



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Departamento de Psicologia

***Burnout e Absentismo Laboral* em Enfermeiros**

**Dissertação para obtenção do grau de mestre em Psicologia
na especialização em Psicologia da Saúde**

Nuno Álvaro Caneca Murcho

FARO

2006

NOME: Nuno Álvaro Caneca Murcho.

DEPARTAMENTO: Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências
Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

ORIENTADOR: Professor Doutor Saúl Neves de Jesus.

DATA: 17 de Julho de 2006.

TITULO DA DISSERTAÇÃO:

- “*Burnout e Absentismo Laboral em Enfermeiros*”.

JURI:

- **Presidente** – Doutor **José Carlos Pestana dos Santos Cruz**, Professor Auxiliar Convidado da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve;
- **Vogais** – Doutora **Maria Cristina Campos de Sousa Faria**, Professora Adjunta da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Beja;
 - Doutor **Saúl Neves de Jesus**, Professor Catedrático da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

Ao Guilherme, por tudo aquilo que representa para mim ...

À Antonieta, pelas minhas ausências, mesmo estando presente ...

Aos meus pais, pela minha menor disponibilidade ...

AGRADECIMENTOS

Esta página destina-se a manifestar a minha gratidão às pessoas que de alguma forma contribuíram com a sua ajuda para a realização desta dissertação, principalmente aos que estiveram ao meu lado, mesmo nos momentos mais difíceis, e que com o seu apoio, carinho e compreensão me ajudaram a ultrapassá-los.

Em primeiro lugar quero agradecer ao Professor Doutor Saúl Neves de Jesus, não só a sua disponibilidade para orientar esta dissertação e as suas críticas oportunas e extremamente úteis que sempre me fez, como também todo o seu apoio, amizade, e principalmente a sua confiança (mesmo quando tudo parecia difícil).

Em segundo lugar, quero agradecer ao meu amigo Mestre Eusébio Pacheco, a ajuda e incentivo que me deu na elaboração deste trabalho que foi uma constante, mesmo nos momentos mais complicados desta minha fase da vida.

Quero também agradecer aos Eng^{os}. José Mendes e Telma Guerreiro, meus cunhados, pelas ajudas informáticas, assim como à minha amiga Elisabete Martins, pelo seu apoio na tradução de alguns aspectos deste trabalho.

Depois, é importante mencionar a colaboração institucional dos organismos e serviços onde foi efectuada a colheita de dados, e que foi imprescindível para que a mesma tivesse corrido da melhor forma. Assim, faço aqui o meu público agradecimento ao Exmo. Sr. Presidente da Administração de Saúde do Algarve, Dr. Rui Lourenço, à Exma. Sra. Coordenadora da SubRegional de Saúde, Dra. Lurdes Guerreiro, ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do Hospital Distrital de Faro, Dr. Gonçalves Júnior, à Exma. Sra. Enfermeira Directora do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, Dra. Adelaide Medinas, assim como a todos os Srs. Enfermeiros Chefes ou Coordenadores e seus substitutos, dos serviços ou Centros de Saúde envolvidos neste estudo, por toda a colaboração prestada.

Agradeço ainda a todos os enfermeiros das equipas onde foi aplicado o instrumento de colheita de dados, a sua disponibilidade para colaborarem no seu preenchimento.

Não podia naturalmente esquecer aqueles que estiveram sempre ao meu lado, e que com o seu apoio e amizade me ajudaram a superar alguns dos momentos mais complicados e difíceis da minha vida, e por isso mesmo também me ajudaram a concluir esta dissertação: a minha família e os meus amigos.

Por fim, uma palavra de agradecimento para todos os colegas da minha turma de Mestrado, pela sua amizade, cooperação e espírito de entreajuda, a todos os níveis excepcional.

A todos vós mais uma vez, o meu muito obrigado. Bem hajam.

RESUMO

Este estudo teve como objectivos conhecer, não só a influência que o *burnout* tem no absentismo laboral dos enfermeiros, como ainda a relação existente nestes profissionais entre estas duas variáveis e os factores sociodemográficos, os objectivos profissionais, a motivação intrínseca, os factores de mal-estar relacionados com este tipo de absentismo, e os problemas de saúde relacionados com o stresse.

Foram estudados 368 enfermeiros distribuídos por 14 unidades (ou serviços) de saúde do Algarve, pertencentes ao Hospital Distrital de Faro e Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, e que englobaram também os Centros de Saúde de Faro e de Portimão.

O instrumento de recolha de dados utilizado consistiu num questionário auto-administrado de tipo misto (com perguntas fechadas e abertas de resposta rápida), constituído por 22 questões, que correspondem a 112 itens, e que incluiu quatro escalas.

Os resultados obtidos permitiram-nos concluir que o absentismo laboral é influenciado pelo *burnout* e pelas variáveis sociodemográficas; que o *burnout* é influenciado pelas variáveis sociodemográficas, pelos factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, pelos objectivos profissionais e pela motivação intrínseca, exercendo por sua vez influência sobre os problemas de saúde relacionados com o stresse. Encontramos ainda relações significativas entre os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, os problemas de saúde relacionados com o stresse e as variáveis sociodemográficas; entre os objectivos profissionais e a motivação intrínseca; e entre esta última variável e os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral.

Palavras-Chave: enfermeiros, *burnout*, absentismo laboral.

«BURNOUT AND ABSENTEEISM IN NURSING PROFESSIONALS»

ABSTRACT

The objective of this study is, not only to understand the influence burnout has on absenteeism in nursing professionals, but also highlight the existing relationship between these two variables and the socio-demographic factors, professional objectives, intrinsic motivation and negative feelings related to this type of absenteeism, as well as stress-related health issues.

A study was conducted with 368 nurses, distributed between 14 health services in the Algarve, from Faro District Hospital and West Coast Hospital Centre, including Health Centres in Faro and Portimão.

Data was collected by means of an auto-questionnaire, consisting of 22 quick-replies, open and close questions, which corresponds to 112 items and includes 4 scales.

The results obtained are conclusive and show that absenteeism in the workplace is influenced by burnout and by socio-demographic variables; and that burnout is influenced by socio-graphic variables, negative feelings related to absenteeism, professional objectives, intrinsic motivation, and hence exerting influence over stress-related health problems. Furthermore, we found significant relationships between negative feelings related with absenteeism, stress-related health problems and socio-demographic variables; between professional objectives and intrinsic motivation; and the latter variable and negative feelings related with absenteeism.

Key words: nurses, burnout, occupational absenteeism.

INDICE

	fl.
INTRODUÇÃO	17
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
CAPITULO 1 – STRESSE OCUPACIONAL E <i>BURNOUT</i> EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	24
1.1. O STRESSE OCUPACIONAL	24
1.1.1. O CONCEITO DE STRESSE	24
1.1.1.1. Mecanismos neuropsicofisiológicos associados ao stresse	26
1.1.2. STRESSE E PROBLEMAS DE SAÚDE	28
1.1.3. O STRESSE OCUPACIONAL NOS ENFERMEIROS	31
1.2. O <i>BURNOUT</i>	36
1.2.1. EVOLUÇÃO DO CONCEITO, MANIFESTAÇÕES E ETIOLOGIA	36
1.2.2. O <i>BURNOUT</i> EM ENFERMEIROS	48
CAPITULO 2 – TRABALHO E ABSENTISMO LABORAL NO CONTEXTO DO SECTOR DE ENFERMAGEM	55
2.1. A MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO	59
2.2. TRABALHAR EM SAÚDE: OS PROFISSIONAIS E A FUNÇÃO	62
2.3. O ABSENTISMO LABORAL NOS ENFERMEIROS	65
2.3.1. CONCEITOS E FACTORES ETIOLÓGICOS DO ABSENTISMO LABORAL	65
2.3.1.1. Uma tipologia do trabalhador absentista	71
2.3.2. O ABSENTISMO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	73
PARTE II – ESTUDO DE CAMPO	77
CAPITULO 3 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	78

3.1. ABORDAGEM METODOLÓGICA	78
3.1.1. PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS.....	78
3.1.2. HIPÓTESES	79
3.2. DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA	81
3.2.1. ESCALA DE FACTORES DE MAL-ESTAR RELACIONADOS COM O ABSENTISMO LABORAL (EFAL)	82
3.2.2. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA.....	84
3.2.3. INVENTÁRIO DE <i>BURNOUT</i> DE MASLACH (MBI).....	85
3.2.4. ESCALA DE PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS COM O STRESSE (EPSRS).....	87
3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA	89
3.3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	90
CAPITULO 4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	94
4.1. ANÁLISE PRÉVIA DAS ESCALAS UTILIZADAS PARA AVALIAR AS VARIÁVEIS EM ESTUDO	94
4.1.1. ESCALA DE FACTORES DE MAL-ESTAR RELACIONADOS COM O ABSENTISMO LABORAL (EFAL)	94
4.1.2. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA.....	100
4.1.3. INVENTÁRIO DE <i>BURNOUT</i> DE MASLACH (MBI).....	100
4.1.4. ESCALA DE PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS COM O STRESSE (EPSRS).....	105
4.2. ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO	106
4.2.1. ABSENTISMO LABORAL.....	107

4.2.2. FACTORES DE MAL-ESTAR RELACIONADOS COM O ABSENTISMO LABORAL	107
4.2.3. OBJECTIVOS PROFISSIONAIS	109
4.2.4. MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA	110
4.2.5. O <i>BURNOUT</i>	111
4.2.6. PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS COM O STRESSE.....	113
4.3. TESTE DE HIPÓTESES	114
4.3.1. <i>BURNOUT</i> E ABSENTISMO LABORAL.....	115
4.3.2. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E ABSENTISMO LABORAL	116
4.3.3. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E <i>BURNOUT</i>	118
4.3.4. FACTORES DE MAL-ESTAR RELACIONADOS COM O ABSENTISMO LABORAL E <i>BURNOUT</i>	120
4.3.5. FACTORES DE MAL-ESTAR RELACIONADOS COM O ABSENTISMO LABORAL	122
4.4.6. <i>BURNOUT</i> E PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS COM O STRESSE.....	123
4.4.7. PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS COM O STRESSE E ABSENTISMO LABORAL.....	125
4.4.8. OBJECTIVOS PROFISSIONAIS E <i>BURNOUT</i>	125
4.4.9. OBJECTIVOS PROFISSIONAIS E ABSENTISMO LABORAL.....	126
4.4.10. MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA E <i>BURNOUT</i>	127
4.4.11. MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA E ABSENTISMO LABORAL	128
4.4. OUTRAS RELAÇÕES SIGNIFICATIVAS ENTRE AS VARIÁVEIS.....	129
4.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	135

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES	159
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	164
ANEXOS	180
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO	181

LISTA DE FIGURAS

fl.

Figura 1 – Representação gráfica do modelo em estudo.....	81
Figura 2 – Diagrama das ligações causais significativas entre o <i>burnout</i> e as suas dimensões, e o absentismo laboral.	115
Figura 3 – Diagrama das ligações causais significativas entre as variáveis sociodemográficas consideradas e o absentismo laboral.	118
Figura 4 – Diagrama das ligações causais significativas entre as variáveis sociodemográficas consideradas e o <i>burnout</i> , nas suas diferentes dimensões.....	120
Figura 5 – Diagrama das ligações causais significativas entre os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral e o <i>burnout</i> , nas suas diferentes dimensões.	122
Figura 6 – Diagrama das ligações causais significativas entre o <i>burnout</i> , nas suas diferentes dimensões, e os problemas de saúde relacionados com o stresse e os seus factores.....	124
Figura 7 – Diagrama das ligações causais significativas entre os objectivos profissionais e o <i>burnout</i> , nas suas diferentes dimensões.	126
Figura 8 – Diagrama das ligações causais significativas entre a motivação intrínseca e o <i>burnout</i> , nas suas diferentes dimensões.....	128
Figura 9 – Representação gráfica do modelo em estudo de acordo com os resultados significativos obtidos.	151
Figura 10 – Representação gráfica de outras associações significativas entre variáveis em estudo consideradas relevantes para este estudo.....	156

Figura 11 – Representação gráfica do modelo final proposto com as relações apuradas entre outras variáveis.	157
---	------------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição das unidades de contexto relativas aos factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral em enfermeiros.	83
Quadro 2 – Itens da escala de avaliação da motivação intrínseca.	84
Quadro 3 – Itens do “Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach” (MBI) na adaptação de Parreira e Sousa (2000).	86
Quadro 4 – Relação dos itens da escala MBI com os factores avaliados.	86
Quadro 5 – Itens da “Escala de problemas de saúde relacionados com o stresse” de Pacheco, Murcho, A. Pacheco e A. Murcho (2006).	88
Quadro 6 – Relação dos itens da EPSR com os factores avaliados.	88
Quadro 7 – Estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas: idade, tempo de serviço na profissão e tempo de serviço no actual serviço (em anos).	91
Quadro 8 – Itens da escala de factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral.	95
Quadro 9 – Resultados obtidos da análise da correlação item-total.	96
Quadro 10 – Estrutura factorial do instrumento após rotação <i>Varimax</i>.	98
Quadro 11 – Factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral.	98
Quadro 12 – Valores de consistência interna dos factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral.	99

Quadro 13 – Resultados obtidos na análise da correlação item-total na escala de avaliação da motivação intrínseca.....	100
Quadro 14 – Resultados obtidos na análise das correlações item-total da MBI.....	101
Quadro 15 – Resultados obtidos na análise das correlações item-total da MBI agrupados nas respectivas subescalas.....	102
Quadro 16 – Resultados obtidos na análise das correlações item-total da EPSR de Pacheco, Murcho, A. Pacheco e A. Murcho (2006).	105
Quadro 17 – Distribuição das respostas dos inquiridos relativamente ao seu absentismo laboral (dias de falta no último ano).	107
Quadro 18 – Valores médios apurados na EFAL e respectivas subescalas.	108
Quadro 19 – Valores médios relativos aos itens da EFAL.....	108
Quadro 20 – Distribuição dos inquiridos relativamente aos objectivos profissionais.....	110
Quadro 21 -Valores médios obtidos na "Escala de avaliação da motivação intrínseca".....	110
Quadro 22 – Valores médios obtidos na escala MBI.....	111
Quadro 23 – Classificação tripartida e estatística básica em profissionais médicos nos EUA (Maslach & Jackson, 1997).....	112
Quadro 24 – Classificação das diferentes dimensões do <i>burnout</i> de acordo com os valores apresentados.....	112
Quadro 25 – Valores obtidos na escala de problemas de saúde relacionados com o stresse e respectivas subescalas.....	113
Quadro 26 – Valores médios relativos aos itens da EPSRS.....	114

Quadro 27 – Coeficientes beta estandardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre o <i>burnout</i> e o absentismo laboral.	115
Quadro 28 – Coeficientes beta estandardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre a medida (absentismo laboral) e as variáveis sociodemográficas.	116
Quadro 29 – Coeficientes beta estandardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre a medida (<i>burnout</i>) e as variáveis sociodemográficas.	118
Quadro 30 – Coeficientes beta estandardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre a medida (<i>burnout</i>) e os factores de mal-estar relacionado com o absentismo laboral, e respectivos factores.	121
Quadro 31 – Coeficientes beta estandardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre o absentismo laboral (medida) e os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral.	123
Quadro 32 – Coeficientes beta estandardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre o absentismo laboral (medida) e os problemas de saúde relacionados com o stresse.	124
Quadro 33 – Coeficientes beta estandardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre o absentismo laboral (medida) e os problemas de saúde relacionados com o stresse.	125
Quadro 34 – Coeficientes beta estandardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre o <i>burnout</i>, nas suas diferentes dimensões (medida) e os objectivos profissionais.	126
Quadro 35 – Coeficientes beta estandardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre o absentismo laboral (medida) e os objectivos profissionais.	127

Quadro 36 – Coeficientes beta estandardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre o <i>burnout</i>, nas suas diferentes dimensões (medidas) e a motivação intrínseca.....	127
Quadro 37 – Coeficientes beta estandardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre o absentismo laboral (medida) e a motivação intrínseca.....	128
Quadro 38 – Correlações entre as variáveis sociodemográficas, os objectivos profissionais, a motivação intrínseca, os problemas de saúde relacionados com o stresse, e os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral.	130
Quadro 39 – Correlações entre as variáveis sociodemográficas, os objectivos profissionais, os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, a motivação intrínseca, e os problemas de saúde relacionados com o stresse.....	132
Quadro 40 – Correlações entre as variáveis sociodemográficas, os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral e os seus factores, os problemas de saúde relacionados com o stresse e os seus factores, os objectivos profissionais, e a motivação intrínseca.	134

INTRODUÇÃO

Os profissionais de Enfermagem (ou enfermeiros) são, de acordo com vários estudos efectuados, dos grupos socioprofissionais que estão mais sujeitos aos efeitos do stresse ocupacional e do *burnout* (Lautert, Chaves & Moura, 1999; Vaz Serra, 1999; Jesus & Costa, 2002; Correia, 1999; Parreira & Sousa, 2000).

As razões para esta situação prendem-se essencialmente com as características específicas desta profissão, designadamente o facto de ser uma profissão que está relacionada com todas as variáveis que afectam as respostas das pessoas aos efeitos do stresse (Neuman, 1982; Fawcett, 1989), de que resulta uma particular proximidade espaço-temporal e psicossocial relativa aos seus utentes, que é impar no contexto das outras profissões da saúde (Caplan, 1954).

Por outro lado, também sabemos que o absentismo laboral está associado ao stresse ocupacional e ao *burnout* (Vaz Serra, 1999; Maslach & Leiter, 1999; Ballone, 2002; Murta & Troccóli, 2004), sendo de referir que consideramos o *burnout* como uma consequência da sujeição dos trabalhadores ao stresse ocupacional crónico (Martinez, 1997; Parreira & Sousa, 2000; La Peña *et al.*, 2002).

Em Portugal, o sector da saúde – nomeadamente a nível do Serviço Nacional de Saúde (SNS) – é dos sectores económicos que apresenta maiores taxas de absentismo laboral, conforme as estatísticas oficiais nos revelam, sendo as doenças não profissionais as suas causas mais relevantes (Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento [DEPP], 2003; Gabinete de Estratégia e Estudos [GEE], 2004).

O absentismo laboral, que podemos definir como um fenómeno de etiologia multifactorial (Silva & Marziale, 2000; Nunes & Vala, 2002) caracterizado por ausências não previstas ao trabalho (Gradzinski, 1998, *cit. in* Nascimento, 2003), tem repercussões directas e indirectas nos custos das empresas, aqui entendidas como organizações laborais que coordenam actividades e desenvolvem procedimentos para atingir fins específicos (Ecahudemaison, 2001).

No caso concreto do sector da saúde, este fenómeno tem repercussões negativas na qualidade dos serviços que prestam aos seus clientes (ou utentes), e em última análise pode afectar o nível de saúde das populações servidas pelas empresas deste sector (*e.g.*, Hospitais, Centros de Saúde).

No contexto dos recursos humanos afectos ao sector da saúde em Portugal, em particular a nível do SNS, os enfermeiros são dos grupos socioprofissionais que reúnem mais elementos em exercício (consultado em 29 de Julho de 2005 em Ministério da Saúde: http://www.dmps.min-saude.pt/recursos_dados_estatisticos_1.asp).

Tendo em conta este facto, e atendendo à especificidade desta profissão conforme mencionamos anteriormente, podemos então pensar que o absentismo laboral nos profissionais de Enfermagem tem um impacto acrescido não só a nível da produtividade deste mesmo sector, como ainda da qualidade dos cuidados de saúde prestados, com todas as repercussões que possam daí advir.

A este respeito concordamos com Silva e Marziale, quando referem que: “*O absentismo na enfermagem é preocupante, pois desorganiza o serviço, gera insatisfação e sobrecarga entre os trabalhadores presentes e conseqüentemente diminui a qualidade da assistência prestada ao paciente*” (2000, pp. 45).

Desse modo, uma vez que o combate ao absentismo laboral passa pela sua prevenção, e para tal é necessário um conhecimento aprofundado das suas causas e relações (Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, 1997), afigura-se-nos como pertinente o desenvolvimento de estudos sobre este tipo de absentismo, neste caso relativos à ocorrência deste fenómeno nos enfermeiros, pelas razões já aludidas, que possibilitem um melhor conhecimento desta problemática a nível deste grupo socioprofissional.

Da literatura consultada, constatamos que grande parte dos estudos realizados sobre o absentismo laboral se reportam principalmente à influência dos aspectos organizacionais, (*e.g.*, o ambiente laboral, os estilos de liderança e as condições de trabalho).

Contudo, e sem negarmos a importância destes factores na causalidade deste fenómeno (mesmo até atendendo à sua etiologia multifactorial), do nosso conhecimento da realidade verificamos que há pessoas que trabalhando na mesma organização e expostas às mesmas condições organizacionais faltam muito, enquanto outros faltam pouco ou nada. Até mesmo nas situações de doença, uns faltam aos primeiros sintomas e outros só em caso extremo (Graça, 1999; 2002).

Esta situação levou-nos a colocar a seguinte questão: **quais são os factores que levam a que umas pessoas falem ao trabalho mais que outras?**

Sabemos que muitas das causas do absentismo laboral estão relacionadas directa ou indirectamente com situações de doença não profissional (DEPP, 2003; GEE, 2004). Por outro lado, autores como Roper, Longan e Tierney (1995) sugerem que o trabalho também é uma actividade de vida. Desse modo podemos pensar que este fenómeno também pode ser visto como uma problemática de saúde.

Assim sendo, concordamos que o estudo do absentismo também pode ser enquadrado no contexto da Psicologia da Saúde, uma vez que esta disciplina científica tem como fim, a partir

do contributo técnico-científico da Psicologia, não somente a promoção e manutenção da saúde, e a prevenção e tratamento da doença e disfunções relacionadas, como também a promoção do bem-estar e da qualidade de vida, tanto na saúde como nas doenças (Ogden, 2004; Pais Ribeiro & Leal, 2004). Como refere Faria: “*A investigação e a praxis em Psicologia da Saúde constituem um contributo de peso para a construção de ambientes de bem-estar individual e social*” (2003, pp. 98).

Então, nesse sentido, e tendo em conta a literatura consultada a este respeito (Jesus, 1998, 2000; Urbina & Urbina de Urbina, 2000; Seikou *et al.*, 2001; Lobato Neves, 2002; Nascimento, 2003; Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha & Cabral-Cardoso, 2003), parece-nos pertinente estudar a influência dos factores individuais no absentismo laboral, nomeadamente: o *burnout*, e concomitantemente o stresse ocupacional, o que engloba quer o stresse *per si*, como algumas das suas implicações, com especial relevância para os problemas de saúde associados ao stresse; as características sociodemográficas; os factores de mal-estar pessoal e profissional, os quais poderão também estar relacionados com o *burnout*; e finalmente, a satisfação ocupacional e a motivação intrínseca dos trabalhadores.

Nesta dissertação distinguiremos duas partes interligadas, que serão o **enquadramento teórico** e o **estudo empírico**.

A primeira parte, o **enquadramento teórico**, terá dois capítulos, um primeiro onde iremos desenvolver os aspectos relacionados com o stresse ocupacional e com o *burnout* em enfermeiros, e outro onde desenvolveremos os aspectos relacionados com o trabalho e o absentismo laboral em profissionais de Enfermagem.

No primeiro capítulo, abordaremos o conceito de stresse (onde incluiremos também os mecanismos neuropsicofisiológicos associados ao stresse), os problemas de saúde relacionados com o stresse, bem como o stresse ocupacional nos profissionais de

Enfermagem. Neste capítulo iremos ainda desenvolver o conceito de *burnout*, incluindo a sua evolução histórico-científica, assim como às suas manifestações e etiologia, e ainda os aspectos específicos deste síndrome em enfermeiros.

No segundo capítulo, iremos desenvolver os aspectos conceptuais relacionados com o trabalho e com o absentismo laboral, assim como algumas especificidades do trabalho e deste tipo de absentismo nas áreas da saúde, em particular no sector de Enfermagem, onde incluiremos a motivação laboral.

A segunda parte, **o estudo empírico**, é constituída por também por dois capítulos que são os seguintes: o terceiro capítulo, que respeita à metodologia; e o quarto capítulo, que respeita à apresentação e análise dos resultados.

Assim, no terceiro capítulo faremos o enquadramento da problemática, bem como definiremos os objectivos e determinaremos as hipóteses de trabalho, tendo em conta todo o referencial teórico consultado para esta pesquisa. Neste capítulo procuraremos ainda caracterizar a população em estudo e descrever os instrumentos de pesquisa a utilizar, os quais são os seguintes: a “Escala de factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral” (desenvolvida propositadamente por nós para este estudo); a “Escala de avaliação da motivação intrínseca”, adaptada do “Instrumento de avaliação das variáveis de motivação profissional” de Jesus (1995); O “Inventário de *Burnout* de Maslach” de Maslach e Jackson (1981), na adaptação para enfermeiros efectuada por Parreira e Sousa (2000); e a “Escala de problemas de saúde relacionados com o stresse”, de Pacheco, Murcho, A. Pacheco e A. Murcho (2006).

No quarto capítulo, faremos a análise prévia das escalas utilizadas para avaliar as variáveis em estudo, assim como efectuaremos a análise descritiva destas variáveis (entre as quais, o absentismo laboral, os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, os objectivos profissionais, a motivação intrínseca, o *burnout* e os problemas de saúde relacionados com o stresse), bem como realizaremos o teste de hipóteses com vista à sua

confirmação. Neste capítulo ainda, iremos procurar apresentar outras relações significativas que encontrarmos entre as variáveis estudadas que não estejam incluídas nas hipóteses determinadas, e que considerarmos relevantes para esta pesquisa, para além de efectuarmos a discussão dos resultados obtidos.

Finalmente, na última parte do trabalho desenvolveremos as conclusões e as implicações desta investigação, onde incluiremos as limitações e dificuldades encontradas, assim como procuraremos sugerir possíveis caminhos para outras pesquisas, tendo em conta os resultados que obtivermos neste estudo.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPITULO 1 – STRESSE OCUPACIONAL E *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Neste capítulo iremos procurar desenvolver os aspectos relacionados com o stresse ocupacional e o *burnout* em enfermeiros.

1.1. O STRESSE OCUPACIONAL

Ao abordarmos o stresse ocupacional, daremos ênfase aos seguintes aspectos: o conceito de stresse, incluindo os mecanismos neuropsicofisiológicos que lhe estão associados; o stresse e problemas de saúde; e o stresse ocupacional nos enfermeiros.

1.1.1. O CONCEITO DE STRESSE

Têm existido diferentes concepções para o stresse, as quais têm vindo a evoluir a partir do século passado.

Um dos primeiros modelos que existiram foi desenvolvido por Cannon, em 1932, sendo designado como um modelo de “luta e fuga”. Posteriormente, Selye, em 1956, conceptualiza esta entidade como um síndrome geral de adaptação (SGA), que ocorre em três fases: reacção de alarme; estágio de resistência; e estágio de exaustão (Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha & Cabral-Cardoso, 2003; Ogden, 2004).

A fase inicial, ou **reacção de alarme**, corresponde a um aumento da actividade e ocorre imediatamente à exposição do indivíduo a uma situação stressante. A segunda fase, ou **estádio de resistência**, envolve *coping* e tentativas de inverter os efeitos do estado de alarme. Por fim, a terceira fase, ou **estádio de exaustão**, é alcançada na altura em que o indivíduo sob

o efeito repetido de uma situação stressante se torna incapaz de mostrar mais resistência (Ogden, 2004).

Outros autores, como Lipp (1996, *cit. in* Camelo & Angerami, 2004), defendem que para além das três fases do SGA (alarme, resistência e exaustão) identificadas por Selye, existe ainda uma outra fase, que se situa entre a fase de resistência e a fase de exaustão, designada por fase de **quase-exaustão**.

Como forma de afastamento dos modelos iniciais de stresse, focalizados nas mudanças fisiológicas, como os modelos de Cannon ou de Selye que referimos anteriormente, desenvolveu-se a teoria dos acontecimentos de vida com o fim de estudar quer o stresse, quer as mudanças com ele relacionadas como resposta às experiências de vida, em que se destacam os trabalhos iniciais de Holmes e Rahe (1967, *cit. in* Ogden, 2004).

Lazarus e Folkman (1984, *cit. in* Gatti, Leão, Silva & Puggina, 2004), suportados na teoria da avaliação cognitiva, conceptualizam o stresse como sendo qualquer evento oriundo do ambiente interno ou externo, que exceda as fontes de adaptação de um indivíduo/sistema social.

Magnusson (1986, *cit. in* Gatti, Leão, Silva & Puggina, 2004), apoiado na teoria interaccionista, vincula o aparelho psíquico ao stresse e à influência do meio ambiente sobre o indivíduo, defendendo que os estímulos externos podem provocar reacções nas pessoas modificando seus comportamentos ou gerando ansiedade.

Por fim, mencionamos o modelo de Vaz Serra (1999), segundo o qual o stresse só se verifica perante situações de tensão desencadeadoras de experiências de stresse, podendo essas situações serem acontecimentos subjectivos (pensamentos, imagens ou sensações internas), ou objectivos (acontecimentos importantes da vida, ou acontecimentos incomodativos do dia-a-dia), e em que as estratégias utilizadas para lidar com o stresse (estratégias de *coping*) podem

ser orientadas para o problema ou para a emoção, sendo estas últimas usadas quando o indivíduo sente que não pode fazer nada em relação ao problema.

Podemos então dizer que o stresse: “(...) *é um processo complexo através do qual um organismo responde aos acontecimentos que fazem parte da sua vida do dia-a-dia, susceptíveis de ameaçar ou de pôr em causa o bem estar desse organismo*” (Gatchel, Baum & Krantz, 1989, *cit. in Pais Ribeiro, 2005, pp. 273*).

Concordamos ainda com Selye (1974, *cit. in Pais Ribeiro, 2005*), quando sugere que o stresse é um processo inerente à vida de todos os organismos. Para este autor, existem dois tipos de stresse: o eustresse, ou “bom stresse”, que é aquele que suscita uma resposta adaptativa por parte dos organismos, e que é necessário; e o distresse, ou “mau stresse”, que resulta de um estímulo tão forte que pode provocar danos no organismo.

A integração de processos não fisiológicos no conceito de stresse possibilitou o desenvolvimento dos conceitos de alostasia, e de carga alostática. Podemos então definir o conceito de alostasia como a capacidade de um organismo encontrar estabilidade através da mudança, e o conceito de carga alostática como a resposta fisiológica adequada ao stresse (que podemos designar como eustresse), e é um aspecto crítico para a sobrevivência (McEwen, 1998, *cit. in Pais Ribeiro, 2005*).

1.1.1.1. Mecanismos neuropsicofisiológicos associados ao stresse

Como vimos, os organismos vivos podem ter dois tipos de respostas ao stresse: uma adaptativa (eustresse) e outra desadaptativa (distresse). Na essência deste conceito encontramos outro, que é o de adaptação.

A este respeito concordamos com Grinker (1974, *cit. in Mitchell & Betrus, 1990*), quando refere que adaptação é um conceito que pode ser classificado por níveis do sistema

biopsicosociológico, que se processam da seguinte forma: ao nível biológico, é dirigida para a sobrevivência ou estabilidade dos sistemas interiores; ao nível psicológico, tem como objectivo a preservação da identidade individual e da auto-estima; a nível social, fornece por um lado a definição dos modos de adaptação para os indivíduos, e por outro, os sistemas de apoio para dominar as tentativas, e ainda a antecipação das tarefas comuns do desenvolvimento.

Na base destes fenómenos adaptativos estão respostas neuropsicofisiológicas dos indivíduos aos stresse, cuja intensidade resulta da intensidade do estímulo (ou stressor), da duração deste mesmo estímulo, e da percepção do seu controlo (Mitchell & Betrus, 1990).

Estas respostas podem ser de tipo fisiológico, psicológico, e comportamental, as quais se encontram interligadas (Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha & Cabral-Cardoso, 2003).

Podemos então dizer que os mecanismos neuropsicofisiológicos do stresse se processam da seguinte forma (Strobe & S. Stroebe, 1999; Ogden, 2004; Pais Ribeiro, 2005):

- Os eixos medula – glândulas supra-renais – simpático, e o eixo glândulas supra-renais – hipófise, são os dois maiores sistemas neuroendócrinos responsáveis por muitas das reacções fisiológicas associadas ao stresse;
- A activação do sistema medula – supra-renal – simpático, conduz a um aumento da secreção de catecolaminas (como a noradrenalina), que originam: estimulação da actividade cardiovascular, levando a um aumento da frequência cardíaca; vasoconstrição periférica e do sistema gastrointestinal que origina aumento da tensão arterial, ocorrendo em simultâneo vasodilatação arterial, o que leva a um aumento do suprimento sanguíneo ao coração; broncodilatação e diminuição da secreção mucosa nas zonas de passagem de ar, facilitando a passagem de ar, e concomitantemente a oxigenação metabólica; libertação da glicose hepática, que eleva o aporte energético muscular assim como o seu potencial; e aumento da tendência de coagulação sanguínea;

- Por outro lado, a activação do sistema supra-renal – hipofisário conduz a um aumento da secreção e à libertação de corticóides (de que o cortisol é o mais importante na fisiologia do stress), que originam: promoção da síntese de glucose hepática, e mobilização da gordura adiposa, com aumento concomitante do nível de lípidos no sangue (como o colesterol), levando a um aumento do fornecimento de energia ao esqueleto e miocárdio; atrofia das estruturas linfáticas, com enfraquecimento do sistema imunitário;
- Também se produz uma activação do sistema opióide, que inicialmente leva a um aumento da resistência à dor, mas que de modo prolongado conduz a uma diminuição desta mesma resistência, assim como também enfraquece a resposta imunitária;
- A nível psicológico produz-se um aumento do medo, da ansiedade e fúria, e diminuição da capacidade cognitiva e da sensibilidade aos outros.

Como observamos, os mecanismos neuropsicofisiológicos associados ao stress, são (ou poderão ser) responsáveis pela ocorrência de problemas de saúde, designadamente quando as respostas são desadaptativas.

1.1.2. STRESSE E PROBLEMAS DE SAÚDE

Murray-Bruce (1983, *cit. in* McKenna, 1990) descreve as reacções físicas ao stress como sendo caracterizadas por haver: aumento da frequência cardíaca e respiratória; subida da pressão arterial; incremento da transpiração; aumento da tensão muscular (que leva ao surgimento de cefaleias, cervicalgias e lombalgias, assim como dores nos braços); olhos “abertos” e em “alerta”.

Para Villalobos (1999), as alterações provocadas pela exposição do indivíduo ao stress podem ser de tipo agudo ou crónico, conforme a duração e a intensidade da exposição a esses mesmos stressores.

Assim, as doenças provocadas pelo stresse agudo incluem: úlceras de stresse; estados de Choque (ou Shock); neurose *post* traumática; neurose obstétrica; *status post* cirúrgico. Por outro lado, as doenças provocadas pelo stresse crónico incluem: dispepsia; gastrite; ansiedade; acidentes; frustração; insónia; colite nervosa; enxaquecas; depressão; agressividade; disfunção familiar; neurose de angustia; transtornos sexuais; disfunção laboral; hipertensão arterial (HTA); enfarte do miocárdio; adições (toxicod dependências, tabagismo, alcoolismo, etc.); acidentes vasculares cerebrais (AVC); condutas anti-sociais; e psicoses (Villalobos, 1999).

Outros autores, referem que os sintomas dos stresse podem ser: físicos, como sejam as palpitações e taquicardia, a hiperventilação, as cefaleias, os problemas gástricos (*e.g.*, gastralgias, náuseas e vómitos), os espasmos musculares, e as mãos e pés frios e húmidos, mialgias; ou mentais, como sejam, a depressão, os pensamentos confusos e/ou negativos, insónia, choro, irritabilidade, preocupações, preocupações desnecessárias e/ou inquietação, e melancolia/tristeza (Hargreaves, 2001).

Estudos desenvolvidos com profissionais de emergência médica pré-hospitalar, detectaram que após as situações stressantes, os indivíduos continuavam a revelar por largos períodos de tempo, alterações dos seus parâmetros vitais, tendo-se encontrado diferenças no género, uma vez que as mulheres tendiam a apresentar uma mais rápida normalização destes parâmetros (Amaral & Pereira, 2004).

Outros estudos realizados com profissionais de saúde mental, que englobaram médicos (de várias especialidades, incluindo psiquiatras), enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos de serviço social, e farmacêuticos, concluíram que os sintomas que estes profissionais apresentam com maior frequência, os quais poderão estar associadas ao stresse crónico e ao *burnout*, são: cefaleias; gripes e constipações; e insónia (Varoli & Souza, 2004).

A este respeito, Varoli e Souza (2004) referem que os sintomas do síndrome de *burnout* (uma situação que resulta da exposição do indivíduo ao stress crónico) são semelhantes aos sintomas encontrados nos quadros depressivos, incluindo: distúrbios do sono; perda de energia e fadiga; perda de interesse nas actividades usuais; diminuição da auto-estima e da auto-confiança; e desapontamento e tristeza.

Finalmente, é importante não olvidarmos a importância da ansiedade, que frequentemente surge associada ao stress, até mesmo porque esta emoção pode ser vista como uma consequência de stress, e por outro lado, como uma das causas de stress ao actuar como stressor, *i.e.*, no fundo como uma resposta e um efeito da adaptação do Homem aos constantes desequilíbrios no seu meio interno e externo, que podemos definir como um estado emocional com componentes psicológicas e fisiológicas, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsor do desempenho, e que somente passa a ser considerada patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objecto específico ao qual se direcione, podendo ser encarada como uma adaptação a um stressor, que é uma resposta a um desequilíbrio do sistema, o qual inicialmente reduz o nível de tensão, obscurecendo a natureza do stressor, embora também actue como um stressor, porque, ao contrário de outras emoções, é sempre entendida como sendo negativa, lançando ainda o sistema num estado de tensão, que muitas das vezes compõe e não alivia a tensão inicial (Taylor, 1992; Andrade & Gorenstein, 1998).

Deste modo, poderemos classificar a ansiedade como sendo ligeira, moderada ou grave, incluindo os seus sintomas: alteração da marcha e da postura; alteração do fâcies (a pessoa parece inquieta, agitada); sudação; e por vezes hiperventilação; taquicardia (se não houver outra patologia cardíaca, sem disrritmias); sensação de opressão externa; tremor das mãos; reacção de antecipação para uma situação inexistente ou com poucas probabilidades de vir a ocorrer; medo de fracassar; e uma falta de confiança nas suas próprias capacidades para

ultrapassar essa ameaça ou problema (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997; Carpenito, 1997; Beck & Emery, 1979/2002).

Podemos então dizer que a exposição do indivíduo ao stresse, seja de uma forma prolongada ou curta em termos temporais, pode provocar alterações na sua saúde, que serão mais ou menos graves consoante a sua capacidade de resistência, a qual é determinada pela barreira que as suas linhas de defesa fazem face aos stressores que as afectam (Neuman, 1982). O que nos leva a concordar com Jesus (2000; 2001; 2004), quando sugere que o stresse influencia o bem-estar.

1.1.3. O STRESSE OCUPACIONAL NOS ENFERMEIROS

Um tipo particular de stresse, e porventura o mais frequente na nossa sociedade, é o stresse laboral (ou ocupacional), o qual podemos definir como sendo um estado psicológico complexo que deriva da percepção cognitiva da adaptação do sujeito às exigências do meio de trabalho (Cox, 1985, *cit. in* Fonseca e Sousa, 1998), e que interfere no estado de saúde, podendo acarretar problemas a este nível (Fonseca e Sousa, 1998; Casas, Repullo & Lorenzo, 2002; Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha & Cabral-Cardoso, 2003).

Os estudos sobre o stresse laboral têm incidido mais frequentemente em três dimensões distintas, que são: os stressores organizacionais (ou agentes de stresse) *per si*; as respostas dos indivíduos a esses mesmos stressores; e as diversas variáveis presentes no processo stressor-resposta (Pascoal & Tamayo, 2004).

Estes stressores, conforme é defendido por Jex (1998, *cit. in* Paschoal & Tamayo, 2004), assentam nas teorias de papéis, das quais emergem dois factores principais: o conflito de papéis (que ocorre quando informações vindas de um membro ou contexto, entra em conflito com as informações vindas de outro membro ou contexto); e a ambiguidade de papéis (em

que as informações relativas ao papel que o colaborador deve desempenhar são pouco claras ou consistentes).

Contudo, é também importante mencionarmos que existem factores individuais que contribuem para a ocorrência de stresse ocupacional, como sejam, a ansiedade e a personalidade de tipo A (Lautert, Chaves & Moura, 1999).

Segundo Carayon, Smith e Haims (1999, *cit. in* Murta & Troccóli, 2004), os stressores organizacionais (ou ocupacionais) podem ser: pressão para produtividade; retaliação; condições desfavoráveis à segurança no trabalho; indisponibilidade de formação e orientação; relação abusiva entre chefias e subordinados; falta de controlo sobre a tarefa; e ciclos de trabalho/descanso incoerentes com limites biológicos.

Esses factores impõem ao trabalhador elevados níveis de exigência laboral, que ele tem que enfrentar, e se a sua capacidade de resistência ao stresse (ou seja de resiliência) for fraca então pode ocorrer stresse ocupacional.

Ou seja, quando maior for a exigência e menor o controlo, mais provável será a ocorrência de stresse e prejuízos para a saúde do trabalhador, sendo o stresse ocupacional responsável por inúmeras doenças, como sejam: doença coronária; *burnout*; afecções músculo esqueléticas relacionadas ao trabalho; desordens de coluna, ombro e pescoço; absentismo e *turnover*; para além de sintomas diversos, como cefaleias, problemas gástricos, desordens de sono, irritabilidade e perda de concentração (Murta & Troccóli, 2004).

A essência do trabalho dos profissionais da saúde (grupo onde o pessoal de Enfermagem se integra) coloca-os, em muitos casos, face às suas próprias limitações na tentativa de impedir o avanço da doença e promover sua cura, e por essa razão, são frequentes os sentimentos de impotência e frustração, considerados stressores em potencial, para além de predispor uma

diversidade de riscos e de complicações, susceptíveis de influírem não só no bem-estar dos enfermeiros, como também no seu desempenho profissional, assim como na qualidade dos cuidados prestados, e desses riscos e complicações destacamos, entre outros, o stresse e a ansiedade (Ferreira, 1999; Souza, Campos, Silva, & J. O. Souza, 2002).

A este respeito, autores como Silva (1994, *cit. in* Varoli & Souza, 2004), referem que o trabalho na saúde é bastante stressante (tensiogénico), devido entre vários factores, às prolongadas jornadas de trabalho, assim como ao número limitados de profissionais.

Estudos efectuados com profissionais da saúde, demonstram que os sintomas psicossomáticos (dores de estômago e do peito, cefaleias e fadiga) são mais prevalentes que os sintomas psicológicos (ansiedade e depressão), como é o caso dos trabalhos de Leppanen e Olkinuora (1987), apresentando alguns estudos valores de prevalência de 20% de sintomas psicossomáticos nestes profissionais, como nos trabalhos que Pitta (1989, *cit. in* Varoli e Souza, 2004) desenvolveu com trabalhadores de hospitais.

Relativamente ao trabalho dos enfermeiros (principalmente em contexto hospitalar) podemos dizer que este é dos que geram mais stresse nos seus profissionais, cuja intensidade varia conforme o tipo de cuidados prestados, e serviço onde se desempenha funções (Lautert, Chaves & Moura, 1999; Gatti, Leão, Silva & Pugina, 2004).

Entre as razões que são apontadas para esta situação, uma delas será indubitavelmente, o facto de a Enfermagem ser, dentro do grupo das profissões de ajuda, aquela cujos profissionais têm uma maior proximidade junto dos seus utentes, a qual, de acordo com Caplan (1954) se pode dizer que é: espacial; temporal; social; e psicológica.

Esta proximidade deve-se principalmente a aspectos socioculturais que emergem das características específicas desta profissão, a qual, segundo autores como Neuman (1982) ou Fawcett (1982; 1989), é definida como sendo uma profissão única que está relacionada com

todas as variáveis (fisiológicas, psicológicas, de desenvolvimento, socioculturais, e espirituais) que afectam as respostas do indivíduos aos stressores (ou agentes de stress), e cujos objectivos da sua intervenção cuidativa são facilitar um bem-estar óptimo ao sistema-cliente (indivíduo, família, comunidade), ajudando a preservar, atingir ou manter a estabilidade do sistema-cliente, e procurando o alívio ou a redução dos stressores que afectam (real ou potencialmente) esse mesmo funcionamento óptimo em qualquer momento.

Assim, a natureza do trabalho de Enfermagem predispõe a uma diversidade de riscos e de complicações, susceptíveis de influírem não só no bem-estar dos enfermeiros, como também no seu desempenho profissional, e ainda na qualidade dos cuidados prestados (Ferreira, 1999).

Para Vaz Serra (1999), os enfermeiros passam por situações de stress ainda maiores que os médicos, provenientes em grande parte da atenção e dos cuidados que têm de prestar continuamente aos doentes, seguidos de conflitos de equipa, sobrecarga de trabalho, falta de autonomia, conflitos de autoridade e de carga física.

Outros autores, como Martins e Martins (1999) ou Koller *et al.* (1990), referem que os enfermeiros estão sujeitos a que surjam distúrbios decorrentes do trabalho por turnos, que não são somente as mudanças dos ritmos biológicos, mas também uma dessincronização da vida familiar e social.

De acordo com Hingley e Cooper (1986, *cit. in* Jesus, Pacheco & Santos, 2003), os enfermeiros utilizam estratégias de *coping* pouco adequadas, como sejam o consumo de drogas e de bebidas alcoólicas.

Para McIntyre, McIntyre e Silvério (1999, *cit. in* Jesus, Pacheco & Santos, 2003), as estratégias de *coping* consideradas como adequadas que estes profissionais mais utilizam, são o apoio social, enquanto que as menos utilizadas são a forma física, a saúde física e as crenças funcionais, se bem que estes profissionais considerem o tempo de lazer, o bom

relacionamento com os doentes, a melhoria de conhecimentos clínicos e a existência de grupos de discussão, os recursos de *coping* mais desejáveis.

Desse modo, pode-se dizer que os enfermeiros são dos grupos socioprofissionais que registam maior stresse (Lautert, Chaves & Moura, 1999; Vaz Serra, 1999; Jesus & Costa, 2002), e que o stresse varia nestes profissionais de acordo com os postos de trabalho, havendo uns que são mais stressantes que outros (Gatti, Leão, Silva & Puggina, 2004).

Por outro lado, o stresse continuado e persistente pode levar ao surgimento do síndrome de *burnout*, que é uma entidade que parece estar associada ao trabalho em Enfermagem (entre outras profissões assistenciais), e que resulta da exposição do trabalhador ao stresse ocupacional crónico (Martinez, 1997; Parreira & Sousa, 2000; La Peña *et al.*, 2002).

Existem formas de prevenir ou minimizar os efeitos nefastos do stresse, que passam, entre outras medidas: pelo reforço do auto-controlo associado a medidas de *coping* eficazes, como seja o calmar da critica interior, exercícios de respiração, *etc.* (Harris, 2003; Ogden, 2004); e pelo uso de estratégias da psicologia positiva, de modo a alterar a percepção que o indivíduo tem de si e das situações que o envolvem (Hargreaves, 2001).

Do ponto de vista da organização, também existem políticas e estratégias que podem ser adoptadas no sentido de prevenir ou minimizar os efeitos nefastos do stresse ocupacional, da ansiedade relacionada, e concomitantemente do *burnout*, as quais passam por dois níveis de intervenção, sendo: um, de cariz «curativo», assente na análise dos sintomas de stresse, no diagnóstico, e posterior actuação nas fontes que são percebidas como indutoras de stresse; e o outro, de cariz preventivo, que assenta essencialmente na gestão de políticas de Recursos Humanos que minimizem o stresse e os efeitos negativos que este origina na eficácia organizacional (Câmara, Guerra & Rodrigues, 1999).

Assim, de acordo com a literatura consultada, podemos dizer que os enfermeiros são dos grupos profissionais mais afectados pelo stress, o que está relacionado com as características próprias desta profissão, assim como com os ambientes de trabalho em que a mesma se exerce, e como resultado desta situação estes profissionais podem vir a desenvolver alterações da saúde a vários níveis, em que se inclui o *burnout*, passando a prevenção ou minimização destas alterações de saúde, pela adopção de medidas apropriadas com impacto no indivíduo e no ambiente organizacional.

1.2. O BURNOUT

De modo a podermos compreender melhor esta síndrome iremos desenvolver os aspectos relacionados com a evolução do conceito desde a sua génese até aos nossos dias, as suas manifestações e etiologia, bem como as suas características e implicações nos profissionais de Enfermagem.

1.2.1. EVOLUÇÃO DO CONCEITO, MANIFESTAÇÕES E ETIOLOGIA

O síndrome de *burnout* (ou *burnout*) foi descrito pela primeira vez em 1974/75, por Herbert Freudenberg, como sendo um estado particular de exaustão emocional, que ocorria com alguma frequência em pessoal que trabalhava em unidades de saúde, e que se caracterizava por uma perda gradual de emoções, da motivação e do empenhamento acompanhado de sintomas físicos e mentais, sendo de referirmos que já antes este termo era utilizado como uma referência ao efeito crónico do abuso de drogas (Caballero Martín, Bermejo Fernandez, Nieto Gómez & Caballero Martinez, 2001; Borges *et al.*, 2002; Pacheco, 2002; Queiroz, 2005).

Posteriormente, Cristina Maslach (1976, *cit. in* Queirós (2005), a partir do seu interesse no estudo do estímulo emocional provocado pelo trabalho, mais especificamente das estratégias cognitivas desenvolvidas pelos indivíduos (como sejam o afastamento, e a desumanização), verificou existir relação entre emoções e comportamentos dos indivíduos no trabalho, designadamente nas profissões que obrigavam a uma relação mais directa e prolongada com as pessoas.

Relativamente à investigação do *burnout*, podemos dizer que existiram duas fases: uma primeira, de natureza mais descritiva e qualitativa, que decorreu desde meados da década de 70 até ao início da década de 80 do século XX, em que os estudos assentaram essencialmente nos sintomas e efeitos do *burnout* a nível da saúde mental, bem como no contexto situacional das profissões de ajuda e nas relações profissionais estabelecidas, designadamente entre prestadores de cuidados e receptores; e outra mais tardia, que começa precisamente no início da década de 80 desse mesmo século, e que se caracteriza por ser de natureza mais quantitativa, com um maior rigor metodológico, utilizando diversas escalas de mensuração (Queirós, 2005).

A este nível, e de acordo com Castro, Paredes e Vilória (2004, *cit. in* Queirós, 2005), podemos dizer que Cristina Maslach foi pioneira nos dois períodos, continuando ainda hoje a produzir investigação relacionada ao estudo do *burnout*.

Assim, Maslach em colaboração com Jackson desenvolvem e apresentam em 1981, um instrumento de medida (escala), destinado a mensurar o *burnout*, que foi designado como o MBI (*Maslach Burnout Inventory*), assim como as suas versões posteriores: o MBI – HSS (*Human Services Survey*); o MBI – ES (*Educators Survey*); e o MBI – GS (*General Survey*) (Caballero Martín, Bermejo Fernandez, Nieto Gómez & Caballero Martinez, 2001; Queiroz, 2005).

De referir ainda que é nesta fase surgem outros instrumentos desenvolvidos por outros autores, de que se destacam o BM (*Burnout Measure*) de Pines e Aronson (1988), que vem na sequência de um outro instrumento, contemporâneo da primeira versão do MBI, criado por estes mesmos autores em conjunto com Kafry (1981), designado por TM (*Tedium Measure*), que correspondia a um constructo sobre o tédio, entretanto posteriormente abandonado e substituído pelo *burnout* (Parreira & Sousa, 2000; Queirós, 2005).

Segundo Queirós (2005), a partir da década de 80 do século XX, a maioria dos estudos realizados nesta área são produzidos principalmente a nível dos serviços de saúde, sociais, e de educação, alargando-se este campo de investigação aos clérigos, informáticos, polícias, militares e gestores, na década de 90 desse mesmo século, sendo que do fim dessa década até aos nossos dias, esses estudos alargaram-se a todas profissões, assistindo-se ao desenvolvimento de estudos longitudinais e testagem de modelos explicativos consistentes.

Ainda Queirós (2005), apresenta um resumo da evolução das diversas teorias explicativas do constructo ou modelos de *burnout*, que sintetizamos da seguinte forma:

- Modelo de Huse e Wells (1978), que identifica as variáveis individuais e organizacionais que poderão estar relacionados com este síndrome, conceptualizando três dimensões para o mesmo;
- Modelo de processo de *burnout* de Cherniss (1980), que considera este síndrome como um processo que é constituído por diferentes estados sucessivos que ocorrem no tempo e representa uma forma de adaptação ou *coping* às causas particulares de stresse;
- Modelo progressivo de Edelwich e Brodsky (1980), que considera o *burnout* composto por quatro etapas diferentes (idealismo, estagnação, frustração, e desmoralização), efectuando-se a progressão ao longo das mesmas de forma cíclica, e podendo repetir-se várias vezes no tempo para que uma pessoa possa completar o ciclo em distintas épocas e trabalhos;

- Modelo de Meier (1983), segundo o qual o *burnout* resultaria de experiências de trabalho repetidas nas quais os indivíduos que apresentem diminuição nas expectativas, terão tendência para apresentar sentimentos negativos, traduzindo-se em comportamentos de baixa performance;
- Modelo de Golembiewski e Munzenrider (1986/88), que considera oito fases evolutivas de *burnout*, sequenciadas segundo uma progressiva virulência, em que a fase de despersonalização é a menos virulenta;
- Modelo de fases de *burnout* de Leiter (1988/89), que considera quatro fases neste síndrome, que vão da mais baixa á mais alta, agrupadas de acordo com as três dimensões do *burnout*, (a exaustão emocional, a despersonalização, e a realização pessoal), embora de ênfase à exaustão emocional, como ponto de partida para o desenvolver desta situação;
- Modelo existencial de Pines (1993), que assenta em dois aspectos primordiais, interligados e que são as expectativas (o primeiro) e a motivação para o trabalho, defendendo que o *burnout* surge quando esta relação se desequilibra;
- Modelo bidimensional de *burnout* de Schaufeli e van Dierendonck (1993), que conceptualiza um constructo bidimensional com dois pólos, que são a exaustão emocional e as atitudes negativas, estando o primeira mais ligada com as queixas somáticas e a tensão psicológica, e o segundo, ao sentimento de despersonalização e de diminuição do desempenho pessoal;
- Modelo geral explicativo de *burnout* de Maslach, Jackson e Leiter (1996), segundo o qual este síndrome surge fruto de exigências (*e.g.* o conflito pessoal, e a sobrecarga de trabalho), em conjugação com a diminuição do controlo, do suporte social, da autonomia, da perícia e do envolvimento na tomada de decisão, que leva ao surgimento de exaustão, cinismo e diminuição na eficácia profissional;

- Modelo explicativo da exaustão no trabalho de Wisniewski e Gargiulo (1997), que assenta no pressuposto que a exaustão (entendida como a resultado de períodos prolongados e frequentes de tensão) surge como variável mediadora entre os agentes de stresse situacionais e o desempenho do profissional, e que levam ao surgimento de *burnout*;
- Modelo de Gil-Monte, Peiró e Valcárcel (1998), que conceptualiza o *burnout* como uma resposta ao stresse ocupacional, que ocorre após as estratégias de *coping* não surtirem efeito, e que progride a partir de uma falta de realização pessoal até à exaustão emocional ou até à despersonalização, ou ainda da exaustão emocional até à despersonalização;
- Modelo de sistema interactivo de *burnout* (Marques-Teixeira, 2002), segundo o qual a exaustão emocional é determinada por dois lados, o organizacional (onde surgem como causas prováveis a sobrecarga de trabalho, assim como os conflitos de papeis laborais), e o pessoal (onde são apontadas como causas a insuficiência de tempo e de recursos humanos, assim como as relações interpessoais), em que no profissional a despersonalização surge como uma estratégia de coping (defensiva) para lidar com a exaustão emocional, quando outros recursos não estão disponíveis.

Maslach e Leiter (1997) referem-se ao *burnout* como sendo o índice da deslocação entre aquilo que as pessoas são, e aquilo que as pessoas querem fazer, representando uma erosão nos valores, dignidade, espiritualidade, e provavelmente, também uma erosão da essência humana. Para estes autores ainda, este síndrome pode ser visto como uma doença, que aumenta gradual e continuamente todo o tempo, colocando as pessoas dentro de uma espiral descendente da qual é difícil sair-se.

O *burnout*, que podemos definir como um estado de exaustão físico, emocional e mental, que resulta dos efeitos do stresse ocupacional continuado e crónico em personalidades com alguma predisposição, e em ambientes de trabalho predisponentes, causada frequentemente

por períodos prolongados de envolvimento em situações de emocionalmente exigentes, como sucede habitualmente com as profissões assistenciais ou de ajuda (como a Medicina, a Enfermagem, a Psicologia, o Serviço Social, *etc.*), manifesta-se em três dimensões (ou fases) distintas que são: a exaustão emocional; a despersonalização (ou cinismo); e a falta de realização pessoal (Maslach & Jackson, 1986, *cit. in* Pueyo, 2000; Maslach & Leiter, 1997, 1999; Pines & Aronson, 1988, *cit. in* Parreira & Sousa, 2000; Ballone, 2002; Plana, Fabregat & Gassió, 2002; Jacques, 2003; Evangelista, Hortense & Sousa, 2004).

De acordo com Guido (2003), o *burnout*, que esta autora define como o stresse crónico que é vivenciado pelo profissional no ambiente de trabalho (emocional e interpessoal), é considerado um síndrome por não haver uma distinção clara na manifestação das suas diferentes etapas, podendo ser caracterizado como uma má adaptação psicológica, psicofisiológica e com reacções comportamentais inadequadas, em que ao contrário do stresse não se relaciona com sentimentos positivos.

Relativamente às características das três dimensões deste síndrome, e de acordo com Maslach e Leiter (1997), elas são as seguintes:

- **Exaustão emocional** – é a primeira destas fases e caracteriza-se pelo sentimento de esgotamento emocional e físico, que é acompanhado de uma sensação de incapacidade e de impotência para desenvolver actividades e para recuperar após as efectuar, de cansaço ao acordar (*i.e.*, acordar tão cansado como se deitou), assim como de uma perda de energia para enfrentar outros projectos ou pessoas;
- **Despersonalização** – caracteriza-se por uma atitude fria e distante em relação às pessoas no trabalho, em que há uma minimização do envolvimento no trabalho e perda dos ideais, o que nos leva a dizermos que esta fase resulta de um tentativa de nos protegermos da exaustão e da falta de realização pessoal, *i.e.*, das outra duas fases (e dimensões) deste síndrome, a qual muitas vezes se torna tão negativa que pode provocar sérios danos no bem-estar e na capacidade de trabalho efectivo das pessoas afectadas;

- **Falta de realização pessoal** – que se caracteriza pelo aumento do sentimento de inadequação, perda de confiança nas suas próprias capacidades e competências, assim como de uma diminuição concomitante da auto-estima.

Jesus (1995; 1996; 2000; 2001), ao abordar a problemática do mal-estar docente, enquadra-o na perspectiva do *burnout*. Aliás, a este respeito, este mesmo autor ao referir-se á concepção de Maslach e Jackson (1981), escreve o seguinte: “(...) *o mal-estar traduz uma resposta inadequada ao stress emocional crónico, tendendo o sujeito a perceber incapacidade para fazer face às exigências profissionais, embora se empenhe ainda mais para tentar corresponder a estas exigências, podendo levar ao esgotamento físico e emocional, à despersonalização e à inadequação pessoal no posto de trabalho*” (Jesus, 2000, pp. 236).

Ou seja, nesta perspectiva, o *burnout* é também sinónimo de mal-estar profissional e pessoal relacionado com o meio laboral.

Outros autores como Hunter *et al.* (1982, *cit. in* Cuevas *et al.*, 1997) sugerem que o *burnout* é uma confirmação do “síndrome de stresse” descrito por Seyle, com as suas fases de alarme, resistência e esgotamento, surgindo como uma resposta do individuo a um stresse constante e excessivo relativamente ao qual é incapaz de se adaptar.

Esta ideia de que o *burnout* surge como uma resposta desadaptativa das pessoas ao stresse, ou seja, como uma estratégia de *coping* inadequada, vem de encontro ao que também é sugerido por Plana, Fabregat e Gassió (2003), os quais concluíram nos estudos que efectuaram, que a exaustão emocional e a falta de realização pessoal são dimensões deste síndrome que emergem quando as estratégias de *coping* são desadequadas, possibilitando o surgimento de sentimentos de despersonalização.

Scaufeli e Buunk (1996) referem que as manifestações de *burnout* podem ser agrupadas em seis grandes categorias que designam como sendo: mentais; físicas; comportamentais; sociais; de atitude; e organizacionais. Para estes autores, as características destas mesmas manifestações são as seguintes:

- Manifestações mentais – numa primeira fase podem ocorrer sintomas afectivos relacionados com a depressão (*e.g.*, a tristeza, e sentimentos de falta de apoio, de perda de esperança e do sentido da vida), sentimento de falhar, de insuficiência e impotência, assim como de perda de auto-estima; e numa segunda fase ocorrem sintomas afectivos relacionados com agressividade e ansiedade, em que há uma perda da tolerância à frustração, acompanhada de irritabilidade, de hipersensibilidade, de uma atitude hostil ou desconfiada, contra todos os que rodeiam o profissional (clientes/utentes, colegas de trabalho, e superiores); enquanto que os sintomas cognitivos (*e.g.* dificuldade de concentração, esquecimentos, e dificuldades em tomar decisões), e sensi-motores (*e.g.* tiques nervosos, tensão muscular, incapacidade para relaxar) podem ser observados em todas as fases;
- Manifestações físicas – podemos observar todos os tipos de manifestações físicas, embora sejam mais particulares cefaleias, náuseas, dores musculares, lombalgias, disfunção sexual, distúrbios do sono, perda do apetite, polipneia, e fadiga crónica, para além do desenvolvimento de distúrbios psicossomáticos como úlceras, perturbações gastrointestinais, e patologia coronária, tendo também sido descritos gripes e constipações prolongadas e recorrentes;
- Manifestações comportamentais – observamos um aumento do nível de excitação (*e.g.* hiperactividade), acompanhado do aumento do consumo de substâncias como o café e ou o álcool, ou mesmo abuso do consumo de drogas ilícitas;
- Manifestações sociais – estas manifestações incluem problemas interpessoais no trabalho entre clientes/utentes, colegas, chefias ou subordinados, e estão relacionadas com a tendência de as pessoas que estão em *burnout* se isolarem dos contactos sociais, embora

também possam ter repercussões na vida familiar, principalmente através de conflitos com o conjugue e/ou os filhos;

- Manifestações de atitude – geralmente observamos distanciamento emocional dos utentes/clientes, para além de uma atitude hipercrítica e destrutiva em relação aos colegas, subalternos ou chefias;
- Manifestações organizacionais – habitualmente estas manifestações são a intenção de abandonar a organização, o *turnover*, e o absentismo, embora sejam relatadas a este nível outro tipo de manifestações como os erros profissionais, os acidentes pessoais no trabalho, a desatenção face às tarefas, e comportamento negligente.

Por outro lado, La Peña *et al.* (2002) agrupam as manifestações do *burnout* em: sintomas; etapas; causas; e consequências.

Por sua vez, Ballone (2002) apresenta o seguinte quadro clínico para caracterizar o *burnout*:

- Esgotamento emocional, com diminuição e perda de recursos emocionais;
- Despersonalização ou desumanização, que consiste no desenvolvimento de atitudes negativas, de insensibilidade ou de cinismo para com outras pessoas no trabalho ou no serviço prestado;
- Sintomas físicos de stresse, tais como cansaço e mal-estar geral;
- Manifestações emocionais (*e.g.* falta de realização pessoal, tendências a avaliar o próprio trabalho de forma negativa, vivências de insuficiência profissional, sentimentos de vazio, esgotamento, fracasso, impotência, baixa auto-estima);
- É frequente irritabilidade, inquietude, dificuldade para a concentração, baixa tolerância à frustração, comportamento tipo paranóide e/ou agressivo para com os clientes/utentes, companheiros e para com a própria família;

- Manifestações físicas – transtornos psicossomáticos, como sejam a fadiga crónica, frequentes dores de cabeça, problemas com o sono, úlceras digestivas, hipertensão arterial, taquidisritmias, perturbações gastrointestinais, perda de peso, dores musculares e de coluna, alergias, *etc.*;
- Manifestações comportamentais, como sejam a probabilidade de condutas aditivas e evitativas, o consumo aumentado de café, álcool, fármacos e drogas ilegais, o absentismo, baixo rendimento pessoal, distanciamento afectivo dos clientes/utentes e companheiros como forma de protecção do ego, aborrecimento constante, atitude cínica, impaciência e irritabilidade, sentimento de onipotência, desorientação, incapacidade de concentração, sentimentos depressivos, frequentes conflitos interpessoais no ambiente de trabalho e dentro da própria família.

Outros autores, como Flores (1994, *cit. in* Martinez, 1997), defendem que o absentismo laboral surge associado o síndrome de *burnout*, mais como um efeito das diferentes manifestações do mesmo, do que como uma causa directa, ou seja, o absentismo laboral surge no contexto do *burnout* como o resultado de problemas de saúde – física ou psicológica – sendo frequente o surgimento de várias situações que podem ser, entre outras: depressões; fenómenos de auto medicação; consumo de substâncias licitas ou ilícitas (psicofármacos, álcool, *etc.*).

No que respeita às causas deste síndrome, podemos dizer que elas são muitas e variadas, englobando desde os stressores organizacionais até expectativas ou ambições irrealistas (McKenna, 2000).

Desse modo, Gil-Monte e Peiró (1997, *cit. in* Borges *et al.*, 2002) classificam os factores etiológicos do *burnout* em dois tipos, que são:

- Factores desencadeadores – que compreendem o ambiente físico de trabalho e conteúdos do posto (e.g. o nível de ruído, vibrações e iluminação, o conforto físico percebido, os trabalhos por turnos, os riscos e perigos percebidos, a sobrecarga percebida, a previsibilidade percebida das tarefas ou do seu controlo), os factores relacionados com o desempenho dos papéis, das relações interpessoais e de desenvolvimento da carreira, e os factores relacionados com a adopção de novas tecnologias, e aspectos da estrutura organizacional, incluindo as questões referentes ao processo de tomada de decisão;
- Factores facilitadores – como sejam as variáveis sociodemográficas (em que se destacam os níveis mais elevados de despersonalização nos homens, variações inconsistentes por género sexual (ou sexo), maior incidência entre os jovens e nas pessoas sem filhos, e menor incidência entre os casados), e as variáveis de personalidade (maior propensão entre os empáticos, sensíveis, humanos e idealistas, o *locus* de controlo externo, os sentimentos de auto-eficácia, e a centralidade do trabalho), os tipos de estratégias de *coping* utilizadas, bem como o apoio social.

DuBrin (2003) classifica as causas de *burnout* em seis áreas, que são: a sobrecarga de trabalho; a falta de controlo sobre o próprio trabalho; a falta de recompensa por uma contribuição de alguém (baixo salário ou ausência de reconhecimento); falta ou quebra da comunidade do trabalho (ausência de ligação entre as pessoas); falta de tratamento justo (ausência de afirmação de valor próprio ou aplicação desigual das regras, em particular relativamente à avaliação do desempenho profissional e promoção); e conflitos de valores entre as exigências do cargo e o código de ética de uma pessoa.

Por sua vez, López-Soriano e Bernal (2002) defendem que os diversos factores implicados na sua génese actuam por longo tempo (como o stress ocupacional) e agrupam-nos em três grupos de factores, que designam como: factores individuais; factores externos; e factores socioculturais.

Méis *et al.* (2003), defendem que as causas de surgimento de *burnout* estão relacionadas com o aumento dos níveis e duração do stresse ocupacional (incluindo sobrecarga de trabalho e insuficientes recursos para minimizar os efeitos do stresse).

Tamayo (2002), num estudo efectuado sobre este síndrome, com o objectivo de determinar o poder de predição das variáveis individuais (afectividade negativa e *coping* no trabalho), encontrou os seguintes resultados: a afectividade negativa correlacionou-se directamente com os três factores do *burnout*, contribuindo significativamente para a predição dos mesmos; as estratégias de *coping* de controlo apresentaram correlações inversas com as dimensões do *burnout*, enquanto o factor de *coping* mostrou correlações directas com essas dimensões; as estratégias de *coping* de controlo evidenciaram-se preditores significativos para os três factores de *burnout*; as estratégias de *coping* foram os preditores significativos para as variáveis desumanização e decepção; nos componentes de percepção de suporte organizacional, a variável sobrecarga apresentou correlações directas com os três factores do *burnout*, mostrando-se preditor significativo para esses factores; o factor suporte material apresentou uma correlação inversa com os factores exaustão emocional e decepção, sendo preditor significativo destes; e o factor suporte social no trabalho correlacionou-se inversamente com os factores desumanização e decepção, contribuindo significativamente para a sua predição desses factores.

Braceras (2002), ao estudar este síndrome em médicos que trabalham na área da oncologia, conclui que esta situação é desencadeada frequentemente por: altos níveis de frustração que estes profissionais suportam, nomeadamente quando cuidam/tratam de doentes que sofrem de doenças crónicas e letais; o grau de ansiedade e de angustia associado ao diagnóstico das doenças, às características dos tratamentos e à incerteza dos resultados; e ainda, à carência de adequada contenção emocional tanto para os doentes, como para a equipa cuidadora, dada a complexidade da tarefa que envolve distintas instâncias profissionais e técnicas de difícil coordenação para os tempos estratégicos que são decisivos considerar.

Cebriá *et al* (2001, *cit. in* Casas, Repullo & Lorenzo, 2002), num estudo sobre traços de personalidade e *burnout*, encontraram uma associação positiva entre a ansiedade e a instabilidade emocional e os elevados níveis de exaustão emocional e de despersonalização.

Outros autores como Tamayo e Tróccoli (2002), encontram relações entre os factores organizacionais e individuais e a exaustão emocional, que consideram a dimensão central do *burnout*, designadamente para a gestão do desempenho, sobrecarga, ascensão na carreira e salários, no que respeita aos factores organizacionais; e para o suporte social e o escape como estratégia de *coping*, no que respeita aos factores individuais como preditores significativos da exaustão emocional.

Contudo, Borges *et al.* (2002) a partir das pesquisas que efectuaram, dão prioridade aos aspectos organizacionais em oposição aos aspectos mais individualizados e restritos.

Assim, e tendo em conta tudo o que até ao momento foi referido relativamente ao *burnout*, concordamos com Alvarez Gallego e Fernandez Rios (1991, *cit. in* Silva, 2000), quando referem que este síndrome não é mais que o produto de uma interacção negativa entre o local, a equipa de trabalho, e os clientes ou utentes, bem como com Mattingly (1997, *cit. in* Cuevas *et al.*, 1997), quando sugerem que este síndrome é um subtil padrão de sintomas, comportamentos, e atitudes, que são únicos para cada pessoa.

1.2.2. O *BURNOUT* EM ENFERMEIROS

Como já mencionamos, o síndrome de *burnout* resulta da exposição do indivíduo ao stresse ocupacional continuado e persistente, e parece afectar os particularmente os enfermeiros, tal como já era sugerido desde a década de 70 do século passado por Freudenberg, e posteriormente por outros autores, como Maslach e Jackson (1981/82) (Correia, 1999; Parreira & Sousa, 2000; Plana, Fabregat & Gassió, 2003; Jacques, 2003; Evangelista,

Hortense & Sousa, 2004). Esta situação pode estar relacionada com as características desta profissão, uma vez que, segundo Câmara (1998), o *burnout* é uma situação frequente em profissionais que entraram nas suas profissões com ideais e motivações grandiosos, e que notam uma depleção gradual do espírito e fé nas suas capacidades, como é o caso dos profissionais de Enfermagem.

A este respeito, Bianchi (1990, *cit. in* Guido, 2003), defende que a natureza da Enfermagem hospitalar quando vinculada ao cuidado de pessoas doentes em que está presente o conflito entre vida e morte, somando-se às dificuldades económicas e sociais desta carreira e da sociedade, torna os enfermeiros propensos ao *burnout*.

Dos factores associados ao surgimento de *burnout*, designadamente nos enfermeiros, mencionamos entre outros, a idade (superior a 45 anos), o género sexual, e as características da personalidade (Quiroz & Saco, 2003), sendo ainda de referir a este respeito, que existem outros tipos de factores associados a este fenómeno, como sejam os factores de mal-estar profissional e pessoal, na medida em que os mesmos podem ser manifestação deste síndrome (Jesus, 2000; 2001; 2004).

Martinez (1997), ao estudar os aspectos epidemiológicos do *burnout* associados aos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que trabalham nos Centros de Saúde e Hospitais encontrou relações entre as seguintes variáveis: o nível de *burnout* e o género sexual (ou sexo), sendo mais elevado nos sujeitos de sexo feminino, bem como no que respeita à dimensão exaustão emocional; a idade com as dimensões exaustão emocional, e falta de realização emocional, que apresentam níveis mais elevados nos sujeitos mais idosos; o estado civil e a dimensão realização pessoal, a qual é mais acentuada nos grupo dos indivíduos que são solteiros, divorciados ou viúvos; a antiguidade na profissão e a falta de realização pessoal, que apresenta níveis mais elevados nos sujeitos com mais tempo de profissão; a quantidade de trabalhadores por local de trabalho e as dimensões exaustão emocional e falta de realização pessoal, que são mais elevadas nos locais que possuem mais

recursos humanos; a quantidade de doentes e o *burnout*, bem como com as dimensões exaustão emocional e falta de realização pessoal, que aumentam com o aumento do número de doentes existente; o nível de prestação de cuidados, o *burnout* e as suas dimensões, que apresentam níveis mais elevados nos profissionais que trabalham nos hospitais em comparação com aqueles que trabalham nos Centros de Saúde; e a profissão, o *burnout* e as suas dimensões, que apresentam níveis mais elevados nos enfermeiros relativamente aos médicos.

Hernández (2003), num estudo similar ao anterior, em que estudou o *burnout* em médicos e enfermeiros que trabalhavam nos dois níveis de cuidados de saúde (cuidados primários e diferenciados, ou secundários) e também em relação ao género sexual, apresenta resultados diferentes desse estudo, excepto no que concerne ao género, onde também os sujeitos de sexo feminino apresentam níveis mais elevados de *burnout*. Contudo, neste último estudo, são os profissionais que trabalham nos cuidados primários e os médicos que apresentam níveis mais acentuados de *burnout*.

Um outro estudo realizado por Pardo Alvarez *et al.* (2002) no sector dos cuidados primários de saúde, embora não tenha recolhido informação que possibilitasse a comparação com os níveis dos cuidados diferenciados, contudo veio indicar que os profissionais que trabalhavam neste nível de cuidados (médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, e auxiliares) apresentam níveis elevados de *burnout*, sendo a dimensão mais relevante a este respeito a exaustão emocional, embora aqui continuem a ser os médicos aqueles que apresentam as pontuações mais altas nas três escalas utilizadas.

Por outro lado, Lopez-Soriano e Bernal (2002) num estudo realizado com profissionais de Enfermagem que trabalham nos cuidados diferenciados de saúde (hospitalares), encontraram níveis de *burnout* elevados, com maior relevância para a dimensão exaustão emocional, concluindo até que provavelmente serão estes valores que levarão a que estes profissionais se desloquem para os cuidados primários de saúde. Neste mesmo estudo, estes autores não

encontraram relação entre a exaustão emocional e outras variáveis sociodemográficas, embora a falta de realização pessoal se correlacione positivamente com a idade e a antiguidade na profissão, e a despersonalização apresente uma correlação positiva com a pertença ao quadro de pessoal do hospital (isto é a uma situação de vínculo institucional permanente).

Valdivia e Méndez (2003), num outro estudo realizado com médicos e enfermeiros a nível hospitalar, embora não tenham encontrado níveis elevados de *burnout* nestes profissionais, contudo verificaram a ocorrência de algumas correlações positivas entre este síndrome e algumas das variáveis em estudo, designadamente com: a profissão de médico; o género masculino; a antiguidade no serviço; o vínculo laboral institucional precário; o estado civil solteiro ou divorciado/separado; a insatisfação laboral; e o ter outra ocupação laboral fora do hospital.

Caballero Martin, Bermejo Fernandez, Nieto Gómez e Caballero Martinez (2001) ao estudarem os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares) que trabalham a nível dos cuidados primários de saúde, principalmente na área da saúde convencional (consultórios e clínicas), não encontraram diferenças significativas no que concerne aos níveis de *burnout* entre estes profissionais, embora apresentem um nível considerado médio-alto. Apesar de não encontrarem um grande relacionamento entre as variáveis sociodemográficas e o *burnout*, contudo estes autores mencionam a relação existente entre os níveis elevados deste síndrome e os indivíduos de sexo masculino.

Autores como Firth e Britton (1989, *cit. in* Gil-Monte, 2002), relacionam o *burnout* com o absentismo laboral nos profissionais de Enfermagem, designadamente na associação encontrada entre o número de faltas dado e a exaustão emocional, o mesmo sucedendo com os trabalhos de Gil-Monte (2002) que encontraram relação entre a baixa realização profissional e os níveis altos de exaustão emocional em enfermeiros, com os factores de stresse ocupacional (falta de reciprocidade nas relações interpessoais e sobrecarga de trabalho), a despersonalização e o absentismo.

Gil-Monte (2002) encontra ainda diferenças de gênero relativas a estes profissionais no que concerne ao *burnout*, sendo que os homens pontuam mais alto que as mulheres na despersonalização, apresentando ainda uma maior falta de reciprocidade e uma maior tendência para o absentismo que as suas colegas femininas. Para este autor, estas diferenças poderão dever-se à representação social desta profissão como essencialmente feminina, estando muito mais virada para o cuidar, no contexto dos padrões sociais da cultura ocidental.

Por outro lado, nesta mesma pesquisa, este autor assinala uma relação significativa entre a sobrecarga laboral e a exaustão emocional, que é positiva, e é comum a ambos os gêneros.

Este mesmo autor num outro estudo que realizou (Gil-Monte, 2003), vem defender que o *burnout* nos profissionais de Enfermagem apresenta características específicas deste grupo profissional. Assim para este autor, os sentimentos de culpa surgem como uma dimensão acrescida às outras três já mencionadas (exaustão emocional, despersonalização, e falta de realização pessoal) nos enfermeiros, identificando dois padrões de desenvolvimento deste síndrome, que são os seguintes:

- Padrão A – em que estes profissionais desenvolvem despersonalização, e esta estratégia de *coping* acaba por funcionar de uma forma eficiente (mas não eficaz) para o manejo do stresse ocupacional, permitindo que os enfermeiros se possam adaptar ao meio laboral, e ainda que não desapareçam as fontes de stresse podem passar a conviver com elas, embora a qualidade do seu trabalho seja deficiente devido a essa resposta (despersonalização) que também resulta deficiente para os clientes e para a organização;
- Padrão B – Em que devido às considerações éticas ou normativas derivadas das obrigações do papel e de outras variáveis psicossociais (como a orientação para a comunidade e o altruísmo) desenvolvem sentimentos de culpa como consequência das atitudes e sentimentos de despersonalização, os quais levam a que os enfermeiros tenham um maior envolvimento laboral como forma de diminuir a sua culpabilidade, mas atendendo a que as condições do meio de trabalho não mudam, assim diminuirá a realização pessoal e

aumentarão os níveis de exaustão emocional e de despersonalização, o que levará a um aumento dos sentimentos de culpa, e a longo prazo, produzirá uma deterioração da saúde destes profissionais, com aumento das taxas de absentismo, e do desejo de abandonar a organização e a profissão.

Um outro estudo, efectuado por La Peña *et al.* (2002), encontra associações entre os níveis elevados de *burnout* (que estes autores apresentam como sinónimo de stress ocupacional) e factores como: o baixo nível de satisfação laboral; uma atitude disfuncional de excessiva necessidade de aprovação, e; uma insuficiente valorização social percebida pelo enfermeiro.

Outros estudos colocam a ênfase nos factores organizacionais. Assim, Robison *et al.* (1991) relacionam os sintomas de *burnout* que detectaram nos profissionais de Enfermagem que estudaram, com a constante pressão no trabalho e com a perda de envolvimento nos processos de decisão, assim como com a diminuição da sua qualidade de vida, o que vem no sentido dos resultados apresentados por Laschinger e Havens (1997), que associam o surgimento deste síndrome com uma perda de *empowerment* dos enfermeiros no seio das organizações da saúde em que trabalham (Laschinger, Sabiston, Finegan & Shamian, 2001).

Nesta perspectiva ainda, Burisch (1993) considera como importantes factores desencadeantes do síndrome, a perda da autonomia, o conflito e ambiguidade de papéis e a falta de suporte social, enquanto que Pines (1993) refere que quando um indivíduo altamente motivado ingressa em um ambiente de trabalho stressante onde recompensa, estímulo e suporte são mínimos estão dadas as condições para o desenvolvimento deste síndrome (Souza, 2002).

Outro autor, Kandolin (1993, *cit. in* Martins, 2004^a), num estudo realizado em profissionais de saúde (onde se incluíam enfermeiros) que praticam trabalho por turnos, detectou e encontrou correlações entre as três dimensões do *burnout* e este tipo de modalidade laboral.

Por fim, de mencionarmos o trabalho de Queirós (2005) que ao investigar o *burnout* no trabalho em enfermeiros portugueses, concluiu que 27% dos profissionais de Enfermagem em Portugal estão nas fases iniciais do processo, cerca de 16% estão nas fases intermédias, e que 2% se encontram nas fases mais avançadas e manifestam já ineficácia profissional.

Este mesmo autor encontra associações entre o aumento dos níveis deste síndrome, e diversos factores dos quais destacamos: a idade, sendo que os indivíduos mais jovens apresentam níveis mais elevados de exaustão emocional, enquanto que os sujeitos mais idosos apresentam níveis mais elevados de cinismo (ou despersonalização); a externalidade (*locus* de controlo externo) que apresenta valores mais elevados nas dimensões exaustão emocional e despersonalização; a categoria profissional, em que a despersonalização é mais acentuada na categoria de enfermeiro graduado; a experiência profissional, em que os enfermeiros com menos experiência pontuam mais na exaustão emocional, ao passo que aqueles que têm mais experiência apresentam valores mais elevados na despersonalização; a situação contratual, em que se verificam níveis mais altos de despersonalização nos sujeitos com vínculo definitivo; o número de horas em segundo emprego, em que os enfermeiros que trabalham mais horas neste outro emprego apresentam maiores níveis de despersonalização; os locais de trabalho (serviços), e a exaustão emocional e a despersonalização, em que os enfermeiros dos serviços de Urgência apresentam pontuações mais elevadas para a exaustão emocional; e o estado civil, em que os enfermeiros casados têm níveis mais elevados de despersonalização que os solteiros.

CAPITULO 2 – TRABALHO E ABSENTISMO LABORAL NO CONTEXTO DO SECTOR DE ENFERMAGEM

Etimologicamente o termo “trabalho” deriva do vocábulo *tripaliu* (que vem de pau ou estaca), e designava um instrumento de tortura ou um instrumento que era utilizado pelos ferreiros para imobilizar os animais que não se deixavam ferrar (Vilela, 1996). Isto indicava que o trabalho estava associado ao sofrimento.

No entanto, como referia S. Tomás, o trabalho é um bem do Homem, o qual não é somente um bem útil que se usufrui, como também é um bem digno, o que significa que corresponde à dignidade do Homem, um bem que expressa esta dignidade e que a aumenta (Rojas, 1987).

Ou seja, nestas duas perspectivas podemos encontrar conceitos antagónicos de trabalho. O que nos coloca um dilema: será que o trabalho é uma tortura, tal como a génese do seu próprio nome, ou que pelo contrário, é um bem? O que é então o trabalho?

Podemos entender o trabalho como a actividade remunerada do Homem (Ecahudemaison, 2001), que é uma fonte de satisfação de necessidades, sejam elas biológicas, de segurança, de relação social, de auto-estima ou, de auto-realização (Peiró, 1993).

Desse modo concordamos com Giddens, quando este autor conceptualiza esta actividade como sendo: “(...) *a realização de tarefas que envolvem o dispêndio de esforço mental e físico, com o objectivo de produzir bens e serviços para satisfazer necessidades humanas*” (1997, pp. 578-579).

Ainda para este último autor, o trabalho é a base do sistema económico, o qual consiste nas instituições que tratam da produção e da distribuição de bens e serviços, podendo-se dividir os

sectores do trabalho em três áreas principais, conforme o sector de actividade económica e que são: o sector primário – relativo à produção de matéria-prima (*e.g.* indústrias mineiras; agricultura); o sector secundário – relativo à transformação de matéria-prima (*e.g.* indústria metalo-mecânica; indústria do calçado); e o sector terciário – relativo à distribuição de bens (*e.g.* empresas de camionagem; armazenistas) e à produção de serviços (*e.g.* sector dos serviços de saúde).

De acordo com a dialéctica marxista, o trabalho é um processo que se estabelece entre Homem e Natureza, no decurso do qual o Homem, através da sua própria actividade, mediatiza, regula, e controla o intercâmbio de substâncias entre ele e a Natureza (Rojas, 1987).

Marx (1867/1980) defende que o processo de trabalho tem um “carácter dual” e é a base de cada sociedade humana, *i.e.*, pessoas cooperando entre si para fazer uso das forças da natureza de modo a satisfazer as suas necessidades, devendo o produto do trabalho, antes de tudo, responder a algumas necessidades humanas, por outras palavras, deve ser útil – aquilo que este autor designava como o “valor de uso”, cujo valor assenta essencial e principalmente em ser útil para alguém.

Podemos ainda dizer que o trabalho é uma das características que permite diferenciar o Homem dos restantes seres vivos, uma vez que o trabalho veio criar para o Homem a possibilidade de ir além da pura natureza, podendo contrapor-se como sujeito ao mundo dos objectos, conquistando assim uma certa autonomia diante dela, sendo talvez a única manifestação da liberdade humana, da capacidade humana de criar a própria forma de existência específica (Marx, 1867/1980).

O trabalho também tem valores que lhe são inerentes. Autores como Porto e Tamayo (2003) definem estes valores como sendo os princípios ou crenças sobre metas ou recompensas

desejáveis, hierarquicamente organizados, que as pessoas procuram por meio do trabalho e que guiam as suas avaliações sobre os resultados e contexto do mesmo, bem como, o seu comportamento laboral e a escolha de alternativas de trabalho.

Os valores relacionados com o trabalho podem ser agrupados em quatro dimensões ou factores de valores de trabalho, que são os seguintes: a realização no trabalho – que se refere à busca de prazer e realização pessoal e profissional, bem como de independência de pensamento e acção no trabalho por meio da autonomia intelectual e da criatividade; as relações sociais – que se referem à busca de relações sociais positivas no trabalho e de contribuição positiva para a sociedade por meio do trabalho; o prestígio – que se refere à busca de autoridade, sucesso profissional e poder de influência no trabalho; e a estabilidade – que se refere à busca de segurança e ordem na vida por meio do trabalho, possibilitando suprir materialmente as necessidades pessoais (Porto & Tamayo, 2003).

Podemos então dizer que o trabalho é uma actividade inerente ao próprio Homem, que é uma necessidade, uma característica, e uma acção indispensável para o seu desenvolvimento individual e colectivo, a qual comporta um conjunto de valores que lhe são intrínsecos.

Nesse sentido, podemos encarar o trabalho como uma actividade de vida, ou seja, como uma actividade que o Homem realiza, e que contribui, em conjunto com outras (como sejam, a alimentação, a comunicação, a eliminação, a respiração, *etc.*), para o complexo processo que é viver (Roper, Logan & Tierney, 1995).

Assim sendo, podemos pensar que disfunções desta actividade de vida, como o absentismo laboral, podem estar relacionadas com problemas de saúde, e neste caso, o trabalho enquanto actividade de vida é também matéria de estudo das Ciências da saúde, como é o caso da Psicologia da Saúde.

Enquanto actividade de vida, o trabalho tem acompanhado a evolução da humanidade, vindo a modificar-se no decurso da mesma. A este respeito, Whitaker (1997) sugere que o trabalho tem assumido diversas concepções ao longo dos tempos.

Então, e ainda segundo Whitaker (1997), podemos dizer que esta evolução conceptual foi a seguinte: inicialmente, nas sociedades primitivas, o trabalho era encarado pelo Homem como um processo de sobrevivência; posteriormente, nas sociedades grega e romana, passou a ser visto como um bem e um mal (perspectiva dualista); finalmente, nas sociedades modernas, a virtude e vocação para o trabalho livre passaram a ser os conceitos mais significativos, tal como é advogado pelas correntes económicas do liberalismo e do neo-liberalismo, que sugerem ainda que o trabalho é a via para a felicidade.

Desse modo, estas correntes fomentaram a importância das profissões liberais, assim como a fragmentação do trabalho em geral (especialização), e tornaram a sociedade mais administrada/burocratizada, levando a que cada cidadão passasse a ser um funcionário que executa pedaços especializadíssimos de projectos que desconhece, numa ordem hierarquizada, limitadora de sua actuação, passando o trabalho a ser um emprego com salários cada vez mais insuficientes, e com uma crescente perda de autonomia dos trabalhadores (Whitaker, 1997).

Por outro lado, o conceito de flexibilização passou a fazer parte do léxico do trabalho no advento do século XXI, principalmente a nível das sociedades ocidentais ou ocidentalizadas, fruto da globalização, traduzindo-se no contexto laboral pela reelaboração dos padrões de trabalho subordinado e pela flexibilização do acesso ao emprego, levando a um aumento da exigência de qualificação/competências dos trabalhadores, o que significa uma reestruturação de novos modelos de produção e organização do trabalho mais adaptáveis (ou flexíveis) às novas exigências da globalização (Rebelo, 2002).

Em síntese podemos dizer que o trabalho proporciona uma forma das pessoas satisfazerem as suas necessidades humanas próprias, sejam elas fisiológicas, psicológicas, ou outras próprias da cultura, e de adquirir um sentido de importância aos seus olhos e aos olhos dos outros, em que as satisfações proporcionadas pelo trabalho, contribuem para o bem-estar geral do indivíduo e os seus sentimentos de auto-valorização (Ardouin, Bustos, Gayó & Jarpa, 2000).

2.1. A MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO

Podemos definir a motivação para o trabalho como um processo complexo, pelo qual o comportamento é mobilizado e sustentado no interesse da realização das metas organizacionais, e que se manifesta por exemplo, quando as pessoas fazem esforços para atingir as metas que lhe são propostas (DuBrin, 2003).

Nesse sentido, concordamos com Pinder (1998) quando sugere que a motivação é: *“O conjunto das forças energética que têm origem no indivíduo quer fora dele, e que moldam o comportamento de trabalho, determinando a sua forma, direcção, intensidade e duração”* (Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha, & Cabral-Cardoso, 2003, pp. 102).

Nesta última definição de motivação, encontramos dois factores de motivação, sendo um interno ao indivíduo, e outro externo, pelo que poderemos falar de dois tipos de motivação que são: a motivação intrínseca; e a motivação extrínseca.

Fontaine (1990, *cit. in* Jesus, 2000) distingue-as dizendo que a primeira é determinada pelo interesse das pessoas na tarefa, e que a segunda é estimulada por um incentivo externo associado ao resultado da tarefa.

A este respeito, podemos dizer ainda que a motivação total pode ser conceptualizada como sendo a soma das duas (Lens & Decruyenaere, 1991, *cit. in* Jesus, 2000).

O conceito de motivação engloba três componentes fundamentais, que são: a energia humana que suscita o comportamento; a direcção que dirige o esforço; e a manutenção ou sustentação que preserva e reforça o comportamento (Steers & Porter, 1991, *cit. in* Neves, 2002).

Sobre este assunto, Neves (2002) sugere que os factores básicos do comportamento em contexto de trabalho contemplam as necessidades, a expectativa, os comportamentos, os objectivos, e o *feedback*.

Estes factores, que também fazem parte da motivação, interligam-se de tal modo que o surgimento de um estado interno de desequilíbrio (que são as necessidades, desejos ou expectativas acompanhadas de antecipação) produz um comportamento (ou acção) que desenvolve um incentivo (ou objectivo) provocando a modificação do estado interno, o que leva ao seu desequilíbrio, e desse modo à retroalimentação do processo.

Assim, podemos dizer que a motivação é imprescindível ao trabalho humano. Desse modo tem havido uma preocupação crescente no estudo e pesquisa sobre este conceito, principalmente pela importância que tem para a vida das pessoas e para o funcionamento das organizações, o que levou ao desenvolvimento de inúmeras teorias sobre a motivação, as quais podem ser divididas, de acordo com Neves (2002), em teorias de conteúdo e de processo, em que as primeiras procuram conhecer e explicar o que motiva o comportamento, e as segundas procuram conhecer e explicar como os eventos e recompensas interagem para motivar o comportamento numa dada direcção.

Dessas teorias, DuBrin (2003) assinala três: a teoria das necessidades de Maslow (necessidades fisiológicas, de segurança, sociais e de amor, de estima e auto-realização) em que à medida que as necessidades de um nível inferior são satisfeitas, perdem força e o nível seguinte é activado; a teoria dos dois factores de Herzberg, que divide os factores do cargo em motivadores e os que promovem insatisfação, e que defende que os factores motivacionais são

aspectos de conteúdo do cargo ou intrínsecos, que tornam o trabalho recompensador, enquanto que os factores de motivação são os aspectos extrínsecos do cargo; e a teoria dos factores das necessidades adquiridas de McClelland, a qual explica que certas necessidades que as pessoas procuram satisfazer são adquiridas pela cultura

De referirmos ainda a teoria da motivação intrínseca e da auto-motivação de Deci (1975), em que a motivação é conceptualizada em termos de necessidade de competência e auto-determinação, que envolvem as pessoas num ciclo de procura de desafios e redução de incongruências, tendendo a motivação intrínseca a diminuir quanto maior for o incentivo intrínseco fornecido (Jesus, 2000; Neves, 2002).

No que concerne ao trabalho dos enfermeiros, a motivação surge como um aspecto crucial, na busca de uma maior eficiência e concomitantemente de uma melhor qualidade nos cuidados de Enfermagem prestados, aliados à satisfação destes profissionais (Pereira & Fávero, 2001).

Fávero (1996, *cit. in* Pereira & Fávero, 2001), refere que os sintomas mais frequentes que podem indiciar existência de desmotivação no seio das equipas de Enfermagem são: a apatia; a indiferença; o descompromisso; a irresponsabilidade; a insatisfação; e a falta de criatividade.

Como forma de prevenir os problemas decorrentes da diminuição da motivação (ou desmotivação), Pisco (2004) ao referir-se a esta temática no contexto da qualidade em saúde, sugere a implementação de um sistema de gestão assente na justiça e imparcialidade, recomendando os seguintes princípios: que os modelos de gestão de recursos humanos nas organizações se centrem na motivação e não na avaliação; que se centrem no desempenho, nos resultados e na missão; que não sejam criados perdedores; que não sejam apenas utilizados incentivos financeiros; que se facilite o despedimento dos trabalhadores com muito

mau desempenho; envolver as chefias intermédias na implementação dos modelos de motivação; e que os sistemas de motivação nas organizações não sejam tidos como lei.

Neste mesmo sentido, autores como Kohn (1993, *cit. in* Cunningham, 2000) propõem as seguintes medidas: abolir os incentivos; reavaliar a avaliação; e criar condições para uma motivação autêntica (que reforce a motivação intrínseca) que assente na colaboração entre os trabalhadores, no reforço e melhoria do conteúdo do trabalho (e não somente no seu contexto), e na possibilidade de auto-determinação por parte dos trabalhadores em relação ao trabalho que executam (reforço do *empowerment*).

2.2. TRABALHAR EM SAÚDE: OS PROFISSIONAIS E A FUNÇÃO

Sendo o trabalho a influência dominante da vida de um Homem, como já vimos anteriormente, podemos então dizer que deve ser visto como uma parte inseparável da vida humana, que hoje em dia é o principal meio para que aquisição de identidade e de *status*. O trabalho é também uma das fontes de satisfação das necessidades humanas, como a auto-realização, a manutenção de relações interpessoais e a sobrevivência, embora possa ainda ser fonte de doença, principalmente quando contém factores de risco para a saúde e o trabalhador não dispõe de instrumental suficiente para se proteger destes riscos (Haddad, 2000; Souza, Campos, Silva & J. O. Souza, 2002; Murta e Tróccoli, 2004).

Dos factores que afectam a saúde dos trabalhadores (factores de risco ou de protecção, conforme o sentido da sua actuação), mencionamos os seguintes: as condições em que se desempenha um posto de trabalho; a oportunidade de controlo; a adequação entre as exigências do cargo e as capacidades da pessoa que o desempenha; as relações interpessoais; a remuneração; e a segurança física (Martins, 2004^b).

No caso particular da Enfermagem, os factores de risco são: um trabalho bastante normalizado, com uma continua fragmentação devido à divisão de tarefas e técnicas; um sistema de turnos, que implica também rotatividade dos elementos da equipa de Enfermagem; a excessiva responsabilidade; a limitação de autonomia; uma população de utentes/doentes envelhecida; alterações no ambiente de trabalho; descoordenação nos cuidados aos utentes/doentes; aumento da complexidade dos cuidados; excesso de tarefas colaterais; sobreavaliação da profissão; pouca liberdade de decisão e de criatividade; e a necessidade de formação continua permanente (Lachman, 1983; Guido, 2003).

O trabalho em saúde tem características comuns a outros processos de trabalho que se dão na indústria e noutros outros sectores da economia, designadamente a divisão social e técnica do trabalho que se processa em três dimensões básicas: a primeira, de natureza formativa dos profissionais de saúde; a segunda, da gestão e da gerência dos serviços; e a terceira, da produção propriamente dita dos serviços, operando acções promocionais, preventivas e curativas sobre a dor, o sofrimento e a procura de serviços de saúde por parte da população (Rodrigues & Araújo, [2004]).

Deste modo, a produção de serviços de saúde pode ser entendida dentro da categoria serviço, a qual expressa a necessidade de cumprir uma finalidade útil. Contudo, os resultados do trabalho não são bens passíveis de comercialização, como produtos mercantis em si mesmos, mas antes, serviços produzidos pelo encontro entre os produtores e os consumidores, o que significa que a produção é singular e se dá no próprio acto (Souza, Galvão, Santos & Roschke, 1993).

Assim sendo, o profissional de saúde durante o exercício de sua actividade, precisa de manter uma relação “humanizada” com seus utentes/clientes.

Por isso mesmo, e apesar do trabalho em saúde ter características comuns a outros sectores ou áreas laborais, como já mencionamos, também tem outro tipo de características que o tornam único. Principalmente porque o objecto da actividade económica nesta área laboral tem por base a vida e a morte das pessoas, ou seja, trabalhar em saúde implica não somente lidar com a dor e o sofrimento alheio, mas também com a alegria e a felicidade. No fundo, trabalhar em saúde significa lidar com os sentimentos dos outros (e saber gerir os próprios sentimentos).

Desta forma, podemos dizer que os profissionais de saúde são “gente que cuida de gente”. E, como refere Marc Oraison [s.d.]: “*Cuidar é ... ajudar a viver ...*” (Lazure, 1994, pp. 7).

A este respeito, Levy (2000) refere que a abordagem clínica – a palavra clínica na sua raiz primitiva significa ao “pé do leito” – supõe sujeitos preocupados com um sofrimento, uma crise que os toca por inteiro, deparando-se o profissional com um ser que tal como ele próprio também pensa e deseja, e em que o fluxo de emoções resultante do encontro entre estes dois sujeitos flui, criando uma relação autêntica entre dois seres e não somente um encontro entre um técnico e uma patologia.

Para Merhy (1995), o modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado. É um serviço peculiar, fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do acto. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo pedagógico de ensino-aprendizagem.

O que vem de encontro ao que é sugerido por Rodrigues e Araújo [2004], ao mencionarem que no campo da saúde o objecto é a produção do cuidado, através do qual poderá ser atingida a cura e a saúde (os verdadeiros objectivos que se deseja atingir), sendo os trabalhadores de saúde sujeitos activos nesse processo de produção.

Nesse sentido, Pires (1999, *cit. in* Trelha, Guitierrez & Cunha [2004]), diz-nos que o trabalho na área da saúde é uma actividade de características não-materiais, cujo produto é a própria realização da actividade, e que se completa no acto da sua realização.

O que está de acordo com Campos e Albuquerque (1998), quando referem que o trabalho no sector da saúde tem especificidades que se expressam na sua organização institucional, e que assentam nas próprias características económicas desta actividade, nomeadamente: a dificuldade do consumidor de escolher o produto que lhe é oferecido (quer pela falta de conhecimento para o fazer, quer pela urgência que a maior parte das situações de doença acarreta); a imprevisibilidade dos resultados, o que dificulta a padronização das funções de produção; a irregularidade da procura por parte do consumidor de cuidados de saúde; e o facto do produto e da actividade serem idênticos.

2.3. O ABSENTISMO LABORAL NOS ENFERMEIROS

Ao longo deste capítulo temos vindo a procurar reflectir sobre vários aspectos relacionados com o trabalho, que nos possibilitem uma melhor compreensão do fenómeno do absentismo laboral, designadamente em profissionais de Enfermagem.

Nesse sentido ainda, iremos agora aprofundar alguns conceitos e factores etiológicos relativos a este fenómeno, bem como as suas características e repercussões nestes profissionais.

2.3.1. CONCEITOS E FACTORES ETIOLÓGICOS DO ABSENTISMO LABORAL

O absentismo laboral é uma situação que afecta negativamente as Empresas – aqui entendidas como organizações laborais (públicas ou privadas), que trabalham para atingir um determinado fim (Ecahudemaison, 2001) – provocando custos directos e indirectos elevados, e pode ser definido como sendo a ausência ao trabalho, ou uma diminuição voluntária no

tempo de trabalho por parte do trabalhador (Peretti, 2001), ou ainda como as ausências não previstas ao trabalho, sendo excluídas desta definição as ausências programadas como sejam férias, folgas e licenças (Gradzinski, 1998, *cit. in* Nascimento, 2003).

Considerando o absentismo laboral como um fenómeno de etiologia multifactorial (Otero, 1993, *cit. in* Silva & Marziale, 2000; Nunes & Vala, 2002), podemos sintetizar essas causas em três grupos de factores etiológicos distintos que são: factores organizacionais; factores individuais; e factores do ambiente de trabalho (Watts-Davies, 1993).

Destes três tipos de factores, os menos estudados são os individuais, embora não sejam os menos importantes, como refere G. Neves (2002), porque o elemento humano é o principal factor responsável pela vantagem competitiva de uma organização. Incluídos neste último tipo de factores, estão os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral (Jesus, 2000).

Este mal-estar ocorre quando os trabalhadores não utilizam de forma eficaz as estratégias de mediação, individuais e colectivas, capazes de fazer face às adversidades do contexto profissional (Jesus, 2001; Mendes, 2004; Siqueira & Padovam, 2004).

De referir ainda que os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral são vários e podem ser agrupados em: factores relacionados com os serviços, carreira, e funções desempenhadas; factores relacionados com aspectos inter-relacionais; factores relacionados com condições de trabalho e remuneração; factores relacionados com gestão do tempo para actividades extralaborais; e factores relacionados com aspectos de saúde física ou psicoemocional (Sekiou *et al.*, 1993; Moncada i Lluís, 2000; Silva & Marziale, 2000; 2003; Urbina & Urbina de Urbina, 2000; Jesus, 2001; Peretti, 2001; Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha & Cabral-Cardoso, 2003).

No que se refere às situações de falta por doença, Graça (1999; 2002) sugere que podem existir três tipos de factores etiológicos: factores de natureza individual; factores de natureza organizacional; e factores de natureza “societal”.

Assim sendo, uma pessoa pode ir trabalhar mesmo estando doente ou sentindo-se doente; uma pessoa pode decidir não ir trabalhar por que está doente ou se sente doente, independentemente de procurar ou não ajuda médica; uma pessoa doente, com incapacidade temporária para o trabalho pode não ficar acamada por decisão do próprio médico, *etc.* (Graça, 2002).

Porque é que então, faltarão ao trabalho então as pessoas? Porque é que uns somente faltam em último caso, e outros parecem faltarem por tudo e por nada? O que leva a que nas mesmas organizações, e nos mesmos ambientes de trabalho, alguns trabalhadores somente falem como último recurso e outros falem por qualquer razão?

Relativamente a estas questões, Hellriegel *et al.* (1993, *cit. in* Nunes & Vala, 2002) sugerem que o absentismo laboral pode ser visto como um reflexo do fracasso da socialização por parte dos trabalhadores, enquanto membros da Empresas, a par de outras situações como sejam: insatisfação profissional, ambiguidade e conflito na adopção do papel, reduzida motivação no trabalho, mal-entendidos e tensões, impressão de ausência de controlo, pouco investimento laboral, falta de adesão à Empresa, rotação de pessoal, prestação medíocre, rejeição dos valores, *etc.*

Couto (1987) diz-nos a este respeito que não parece existir uma relação precisa de causa e efeito, mas sim um conjunto de variáveis que podem levar ao absentismo (Silva & Marziale, 2000; Nascimento, 2003). De referir ainda que o absentismo laboral poderá ser um mecanismo de defesa face às pressões exercidas (Benavides & Benach, 2001; Robbins, 2002).

Parece-nos então que para uma melhor compreensão deste fenómeno é importante conhecermos as suas causas. Até mesmo porque encontramos diferentes tipologias, conforme a literatura consultada, as quais apresentamos em seguida.

Assim, Silva e Marziale (2000) a partir da revisão bibliográfica que efectuaram sobre esta temática, sintetizaram os factores etiológicos do absentismo laboral da seguinte forma: factores de trabalho, sociais, culturais, de personalidade e de doenças (Couto, 1987); doença prolongada, acidentes, licenças de maternidade, atenção a problemas familiares ou formalidades judiciais e até cursos fora da empresa, excepto greve, cursos dentro da empresa, repouso semanal ou compensado, férias e feriados (Bulhões, 1986); factores dependentes da actividade laboral, perilaborais, do meio extra laboral, patologias sofridas pelo trabalhador, factores individuais e factores dependentes do sistema administrativo (Otero, 1993); organização e supervisão deficientes, através da repetitividade de tarefas, da desmotivação e da falta de estímulo, das condições desfavoráveis de ambiente e de trabalho, da precária integração entre os empregados e a organização e dos impactos psicológicos de uma direcção deficiente, que não visa uma política prevencionista e humanista (Alexandre, 1987; Couto, 1987; Chiavenato, 1994; Alves, 1995); e condições de saúde do trabalhador, quanto as condições de vida e trabalho (Bulhões, 1998).

Outros autores, como Rodríguez e Ortiz (1999), referem que os factores que podem levar a situações de absentismo laboral podem ser: problemas de saúde; o stresse e a ansiedade laboral; situações de insegurança e/ou clima laboral insustentável; a falta de valores e de expectativas dos trabalhadores; a insatisfação laboral do indivíduo; a baixa motivação; a falta de promoção laboral e a desigualdade de oportunidades; tratamento desigual; e responsabilidades familiares.

Por outro lado, McDonald e Shaver (1981, *cit. in* Nascimento, 2003), classificam as causas de absentismo laboral em: causas intrínsecas, que estão relacionadas com a natureza e condições de trabalho e que reflectem a satisfação do trabalhador (*e.g.* o trabalho *per si*, a supervisão

insuficiente, a falta de controlo, assim como a sobrecarga e exaustão física); causas extrínsecas, que estão relacionadas com as políticas de pessoal da organização (*e.g.* políticas de pessoal concordantes com as faltas, políticas de pessoal liberais no fornecimento de atestados médicos, falta de canais de comunicação da administração, falta de selecção, treino e orientação adequados, falta de perspicácia em colocar o funcionário em sectores apropriados, baixos salários e condições de trabalho); e causas de personalidade, que respeitam ao comportamento do trabalhador (*e.g.* empregados que criam conflitos entre os membros do grupo, personalidade mais propensa às faltas, e problemas pessoais relacionados com o abuso de álcool e drogas).

Meira (1982, *cit. in* Nascimento, 2003) classifica os factores de absentismo laboral em três tipos que são: factores naturais (*e.g.*, as condições climáticas e epidemiológicas); factores sociais e económicos (*e.g.*, a conjuntura económica, o género, a idade, o estado civil, a categoria, o tempo de empresa, as condições de trabalho e nível salarial); e factores inerentes à própria empresa (*e.g.*, a sua política, pessoal, porte, supervisão, chefia e benefícios implementados nas áreas de assistência médica, condução e alimentação).

Outra tipologia que encontramos sobre o absentismo laboral (Quick & Lapertosa, 1982, *cit. in* Silva & Marziale, 2000), classifica-o relativamente à sua génese em: absentismo por doença (ausências justificadas por atestado médico); absentismo por patologia profissional (acidente de trabalho e/ou doença profissional); absentismo legal (gravidez, nojo, doação de sangue e serviço militar, *etc.*); absentismo compulsório (suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou por outro impedimento de comparecer ao trabalho); absentismo voluntário (razões particulares não justificadas); e outras causas (razões de carácter familiar, por motivos de força maior, por dificuldades ou por problemas financeiros, por problemas de transporte, por baixa motivação para trabalhar; por supervisão precária de chefia e políticas inadequadas de organização).

Urbina e Urbina de Urbina (2000) a partir dos estudos que efectuaram, estabeleceram a seguinte tipologia dos factores/causas de absentismo laboral: factores dependentes do trabalho (*e.g.*, a natureza do trabalho, o tamanho das empresas, o nível de qualificação do trabalhador, as condições a organização do trabalho); factores peri-laborais (*e.g.* os factores politico-partidários, como o facto do trabalhador estar ligado a algum partido ou sindicato que o proteja relativamente às suas faltas de assiduidade); factores do meio extra laboral (que na sua maioria estão dependentes de situações familiares particulares ou de situações temporais como seja a gravidez); factores individuais (o género, a idade, e a personalidade); doenças reais (doenças profissionais e não profissionais); factores dependentes do sistema administrativo (como o sistema de saúde ocupacional que é estabelecido para os trabalhadores); e sistema de compensações (sabendo-se que em estabelecimentos com adequada compensação e estímulos salariais, diminui o absentismo laboral).

Outros autores ainda, como Sekiou *et al.* (2001), classificam os factores causais do absentismo laboral em: factores de ordem pessoal ligados ao emprego (*e.g.* género, idade e estado civil, escolaridade e qualificação dos indivíduos, estatuto profissional, cultura étnica, estado de saúde); factores de ordem organizacional interna (*e.g.* natureza da tarefa e nível de qualificação, condições de trabalho e remuneração); e factores de ordem organizacional externa (*e.g.* distancia do local de trabalho, região onde se localiza a organização ou empresa, e nível de emprego).

Kristensen (1991, *cit. in* Moncada i Lluís (2000), diz-nos que os factores que estão na origem deste fenómeno podem ser de dois tipos : factores positivos (como as actividades de lazer interessantes, o tratamento de familiares, e a necessidade de um alto nível de saúde no trabalho); e factores negativos (como as doenças e lesões, a baixa satisfação laboral, o trajecto casa trabalho longo ou difícil, as normas informais sobre o nível de absentismo, e as condições de trabalho).

Finalmente, outros autores como Peretti (2001), Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha & Cabral-Cardoso (2003), Mallada (2004), ou Kets de Vries (2001, *cit. in* Rego & Couto, 2005), apontam como causas do absentismo os seguintes factores: factores de insalubridade organizacional – como os processos disfuncionais de desequilíbrio trabalho-família, a liderança disfuncional, a sobrecarga de trabalho, as exigências de trabalho conflitantes, a comunicação empobrecida, a ausência de oportunidades para progressão na carreira, as iniquidades nas avaliações de desempenho e nas remunerações, as restrições ao comportamento e excessivas viagens; factores legais – como a maternidade e adopção de menores de 5 anos, a doença normal, os acidentes laborais, as licenças legais, por doença não profissional, formação, falecimento de familiares, *etc.*, as faltas por motivos pessoais não remuneradas (*e.g.*, faltas injustificadas não disciplinares), as faltas não justificadas por motivos disciplinares, os conflitos laborais (greve), e as doenças profissionais; factores pessoais ou individuais – como a insatisfação profissional.

2.3.1.1. Uma tipologia do trabalhador absentista

Relativamente ao trabalhador que falta ao trabalho (absentista laboral), Urbina, e Urbina de Urbina (2000) a partir do estudo do comportamento absentista, procuraram sistematizar as características comuns a cada grupo, elaborando a seguinte proposta de classificação do absentista laboral:

- Absentista de tipo I – Absentistas justificados (são pessoas que necessitam de repouso frequentes devido a doenças físicas ou mentais - profissionais ou não profissionais - devidamente diagnosticadas);
- Absentista de tipo II – Absentistas por patologia recordada (são pessoas que tendo padecido de doença física ou mental perfeitamente definida e já curada, exageram histrionicamente os sintomas, necessitando de repouso frequente);

- Absentista de tipo III – Absentistas circunstanciais (são trabalhadores que devido a circunstâncias familiares ou sociais, pedem para se ausentar para se poderem dedicar à resolução dos problemas surgidos – como as situações de doença em familiares chegados);
- Absentista de tipo IV – Absentistas por falta de enquadramento laboral (são pessoas que estando desenquadradas laboralmente, ou que estando integradas na sua profissão ou ofício, trabalham num ambiente de trabalho hostil ou negativo e que por isso, se tentam evadir desta situação desarmónica);
- Absentista de tipo V – Absentistas por clientelismo político (corresponde àqueles militantes ou membros de partidos políticos, de ordens profissionais, sindicatos ou outras organizações da mesma índole, que recebem alguma remuneração do seu trabalho nessas mesmas organizações, ou que são colocados em determinada função como recompensa pelo seu trabalho a esse nível);
- Absentista de tipo VI – Absentistas patológicos (corresponde àquelas pessoas que patologicamente recusam trabalhar);
- Absentista de tipo VII – Absentistas simuladores (são personalidades psicopáticas que frequentemente e de forma consciente, apresentam sintomas patológicos em busca de repouso para diversos fins);
- Absentista de tipo VIII – Absentistas temporais ou selectivos (são pessoas que não vão trabalhar um dia por semana, geralmente à segunda, ou depois de um dia de festa, devido ao consumo exagerado de bebidas alcoólicas);

Relativamente a esta classificação estes autores elaboram também uma proposta para as possíveis intervenções terapêuticas, clínicas ou laborais, que consiste em: intervenção médica, psicológica e psiquiátrica, para as tendências comportamentais de tipo I, II, VI, VII, e VIII; intervenção psicolaboral para as tendências comportamentais de tipo III e IV, e; intervenção a nível político e ético para a tendência de tipo V (Urbina & Urbina de Urbina, 2000).

2.3.2. O ABSENTISMO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

De acordo com os dados oficiais nacionais, o sector da saúde e da acção social, foi dos sectores produtivos que registou, relativamente aos anos de 2000 a 2003, a maior taxa de absentismo laboral e o maior número de horas de ausência por doença não profissional por trabalhador/ano (Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento, 2003; Gabinete de Estratégia e Estudos, 2004).

No contexto das profissões da saúde, e neste caso dentro do sector da saúde e da acção social anteriormente mencionado, a Enfermagem é dos grupos socioprofissionais mais representativos, não somente por razões de ordem histórica e socioculturais, designadamente pela proximidade espaço-temporal e psicossocial que os enfermeiros/as têm em relação aos seus utentes/clientes (Caplan, 1954), como também pela massa que ocupam relativamente aos restantes recursos humanos pertencente a outras carreiras do Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo de referir que em 2003 o pessoal de Enfermagem correspondia a 28,78% do total dos restantes grupos socioprofissionais do SNS (consultado em 29 de Julho de 2005 em Ministério da Saúde: http://www.dmr.min-saude.pt/recursos_dados_estatisticos_1.asp).

Assim, podemos pensar que os efeitos dos absentismo neste grupo socioprofissional poderão acarretar evidentes prejuízos não só para o funcionamento deste sector, como também, e concomitantemente para os seus utentes/clientes, com todas as graves repercussões que poderá ter a nível do estado de saúde e de bem-estar das populações servidas.

Como referem a este respeito Silva e Marziale: *“O absentismo na enfermagem é preocupante, pois desorganiza o serviço, gera insatisfação e sobrecarga entre os trabalhadores presentes e conseqüentemente diminui a qualidade da assistência prestada ao paciente”* (2000, pp. 45).

De acordo com a literatura consultada, podemos dizer que as causas do absentismo laboral em Enfermagem se devem em grande parte, às faltas por doença. Dos autores consultados destacamos os trabalhos de Nascimento (2003) que identificou uma percentagem de absentismo por razões não previstas relacionadas com faltas por doença na ordem dos 60%; de Silva e Marziale (2000) que referiram que 72% de faltas justificadas por motivos de doença; de Souza, Almeida, Silva e Neves (2001), para os quais o absentismo por motivo de doença do próprio representa 56,38% do total das faltas; ou de Reis *et al.* (2003), que mencionam que 57,6% dos profissionais de Enfermagem das unidades de saúde estudadas tiveram baixa por doença.

No entanto, apesar da doença ser o motivo explícito do absentismo registado, tal não significa que seja a verdadeiro causa deste absentismo, como é reconhecido por Otero (1993) que refere sobre este assunto: “ *a maioria das faltas são justificadas por atestados médicos, o que não significa que todas as ausências sejam sempre decorrentes de causas médicas*” (Silva & Marziale, 2000, 46).

Benavides *et al.* (2001) mencionam a este respeito que, apesar da doença comum ser a justificação médica mais habitual para as situações de falta por doença, essas situações parecem ter uma estreita relação com a qualidade das condições de trabalho. Segundo estes autores ainda, estas doenças têm origem no ambiente de trabalho, designadamente em factores psicossociais, embora não sejam consideradas doenças profissionais.

O que vem de encontro aos estudos desenvolvidos a este respeito por D'hoore, Vandenberghe e Stordeur (1999), que identificam como factores preditores do absentismo em enfermeiros, o controlo do trabalho e o *burnout*, assim como ao estudo desenvolvido por Araújo *et al.* (2003), os quais encontraram uma associação forte entre os aspectos relacionados com o controle do próprio trabalho, a pressão psicológica decorrente do ambiente laboral, e a ocorrência de distúrbios psíquicos menores entre trabalhadores de Enfermagem.

No mesmo sentido, Silva e Marziale (2003) sugerem que alguns dos factores relacionados com o absentismo laboral por doença estão associados às condições ocupacionais específicas desta profissão, assim como aos ambientes de trabalho em que laboram devido à presença de inúmeros factores de risco (biológicos, físicos, químicos, ergonómicos e psicossociais), indicando a necessidade de uma análise profunda e diferenciada dos diferentes postos de trabalho do hospital.

Estes mesmos autores apontam como principais causas de absentismo por doença, na população que estudaram, as situações de foro respiratório, seguidas dos problemas genitourinários que estes autores atribuem em parte ao facto de esta profissão ser predominantemente feminina. Relativamente às outras variáveis estudadas, foram encontradas associações entre o absentismo laboral, a categoria profissional (em que os indivíduos de categoria inferior tendem a faltar mais que os de categoria superior), e o local de trabalho.

Estudos efectuados por Reis *et al.* (2003) detectaram algumas relações entre diversas variáveis e o absentismo, de que se destacam as seguintes: vínculo laboral, em que os enfermeiros com vínculo precário tendem a faltar menos que os que possuem vínculos estáveis (estatutários); a idade, em que os indivíduos mais jovens tendem a faltar mais que os mais idosos, quando se tratam de ausências de curta duração; o género sexual, em que as mulheres tendem a faltar mais que os homens; e a categoria profissional, em que os profissionais de categoria inferior tendem a faltar mais que os sujeitos de categoria hierarquicamente superior, o que vem de encontro aos resultados obtidos por Silva e Marziale (2003), que apresentamos anteriormente.

De assinalarmos que a questão do vínculo laboral é também referida por Nascimento (2003), que encontra no seu estudo relação entre a estabilidade do vínculo laboral e o aumento do absentismo em enfermeiros.

Também esta autora conclui que uma parte do absentismo laboral registado em Enfermagem, não obstante a sua justificação oficial ser por doença não profissional, está associado às condições do ambiente de trabalho.

Finalmente, Duran e Cocco (2004) ao estudarem a capacidade para o trabalho em enfermeiros, encontraram relações entre a diminuição deste índice e o absentismo laboral, sendo de assinalar que observaram uma perda precoce para o trabalho mais acentuada nos sujeitos mais jovens, o que não deixa de ser preocupante, sendo ainda de referir que estas autoras encontraram associações entre o absentismo e as seguintes perturbações (por ordem de importância): músculo-esqueléticas; cardiovasculares; respiratórias; neurológicas e sensoriais; digestivas; genitourinárias; da pele; e do sangue.

De referirmos ainda que os aspectos relacionados com o absentismo laboral em enfermeiros, estão em consonância com alguns dos aspectos gerais mencionados para este fenómeno, designadamente a multifactorialidade deste tipo de absentismo (Silva & Marziale, 2000; Nunes & Vala, 2002; Nascimento, 2003), podendo o mesmo surgir como uma estratégia de *coping* (Benavides & Benach, 2001; Robbins, 2002), resultante das especificidades do trabalho nas áreas da saúde (Campos & Albuquerque, 1998), onde se insere a Enfermagem, com as suas características próprias (Neuman, 1982; Fawcett, 1982, 1989; Lachman, 1983; Ferreira, 1999; Guido, 2003).

PARTE II – ESTUDO DE CAMPO

CAPITULO 3 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Neste capítulo faremos uma abordagem dos procedimentos relativos aos aspectos metodológicos da componente empírica do presente estudo. Desse modo procuraremos descrever de forma sistematizada a abordagem metodológica nas suas diversas componentes (problemática e objectivos, hipóteses e operacionalização das variáveis), as amostras e respectivos procedimentos de amostragem, assim como efectuaremos uma descrição dos instrumentos utilizados para a recolha de informação e respectivos procedimentos de validação.

3.1. ABORDAGEM METODOLÓGICA

Na abordagem metodológica procuraremos delimitar a problemática e definir os objectivos desta investigação, assim como apresentar as hipóteses e as variáveis em estudo e respectiva operacionalização

3.1.1. PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS

Como já referimos, quer da nossa experiência profissional, como ainda da revisão bibliográfica efectuada, constatamos que o absentismo laboral é um fenómeno que afecta os profissionais de Enfermagem, e que se pode repercutir na qualidade dos cuidados prestados.

Na literatura consultada, verificamos que esta temática é abordada mais na perspectiva dos factores organizacionais e do ambiente de trabalho, que na perspectiva dos factores individuais, destacando destes últimos: as características sociodemográficas; os factores de

mal-estar (pessoal e profissional) relacionados com o absentismo laboral; e os problemas de saúde relacionados com o stresse.

De facto, observamos frequentemente que duas ou mais pessoas, trabalhando na mesma organização e submetidas ao mesmo ambiente de trabalho, umas faltam ao trabalho à mais pequena vicissitude, enquanto que outras só não trabalham mesmo em último caso.

Tendo em conta estes pressupostos, formulamos a seguinte questão de partida para este estudo: **quais são os factores que levam a que umas pessoas falem ao trabalho mais que outras?**

Por outro lado, também sabemos que o *burnout* é um síndrome que resulta da exposição dos sujeitos ao stresse laboral crónico, que afecta particularmente os profissionais de Enfermagem, e que está associado ao absentismo laboral (Queirós, 2005).

Assim, e atendendo à questão de partida que formulamos, bem como toda literatura que consultámos, delimitamos o problema de investigação deste estudo, que é: **a influência que o *burnout* tem a nível do absentismo laboral em profissionais de Enfermagem.**

Desse modo, definimos como objectivos para este trabalho:

- Conhecer a influência que o *burnout* tem no absentismo laboral dos enfermeiros;
- Conhecer a relação existente nestes profissionais, entre o *burnout*, o absentismo laboral, os factores sociodemográficos, os objectivos profissionais, a motivação intrínseca, os factores de mal-estar relacionados com este tipo de absentismo, e os problemas de saúde relacionados com o stresse.

3.1.2. HIPÓTESES

A partir do problema de investigação anteriormente delimitado, bem como dos objectivos que definimos para este estudo, determinamos as seguintes questões de pesquisa:

- Qual é a influência do *burnout* no absentismo laboral em profissionais de Enfermagem?

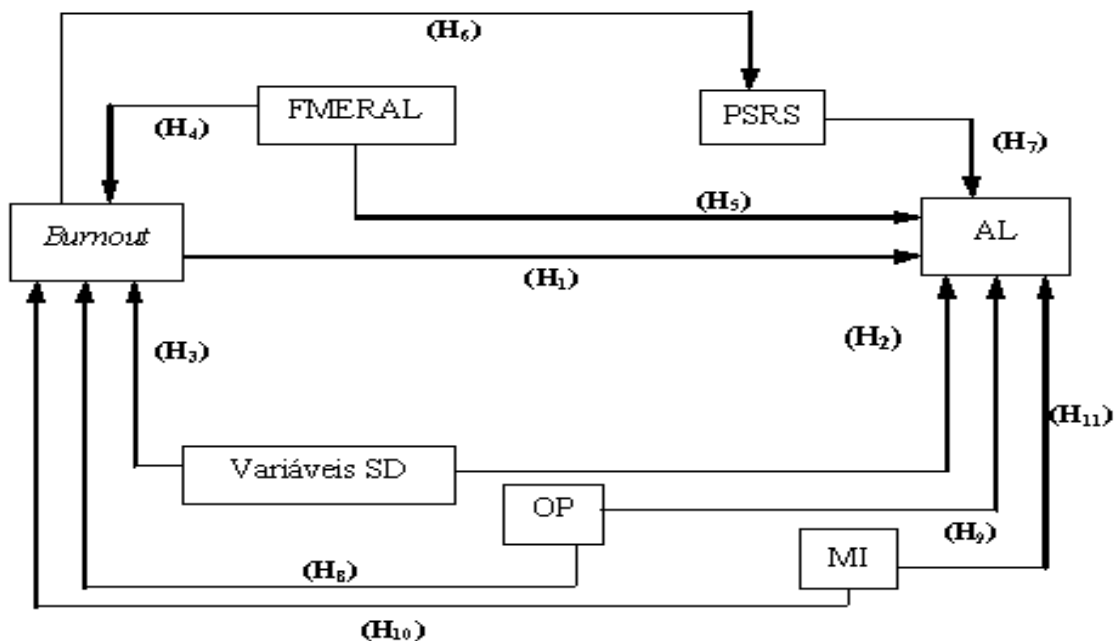
- Quais são as variáveis sociodemográficas que influenciam o *burnout* e o absentismo laboral nos enfermeiros?
- Qual a relação que os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, e que os problemas de saúde relacionados com o stresse, têm com o *burnout* e o absentismo laboral nestes profissionais?
- Qual a relação dos objectivos profissionais e da motivação intrínseca, com o *burnout* e com o absentismo laboral?

De modo a podermos responder a estas questões de pesquisa, e tendo por base todo o enquadramento teórico efectuado, formulamos onze hipóteses que são:

- H₁** – O *burnout* tem influência no absentismo laboral (AL);
- H₂** – Existe influência das variáveis sociodemográficas (SD) sobre o AL;
- H₃** – As variáveis SD influenciam o *burnout*;
- H₄** – Os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral (FMERAL) têm influência no *burnout*;
- H₅** – Os FMERAL têm influência no AL;
- H₆** – O *burnout* influencia os problemas de saúde relacionados com o stresse (PSRS);
- H₇** – Os PSRS têm influência sobre o AL;
- H₈** – Os objectivos profissionais (OP) têm influência no *burnout*;
- H₉** – Os OP influenciam o AL;
- H₁₀** – A motivação intrínseca (MI) tem influência no *burnout*;
- H₁₁** – A MI tem influência no AL.

A forma como todas estas hipóteses concorrem para os objectivos deste estudo, é melhor exemplificada com o modelo da figura 1, que se apresenta a seguir:

Figura 1 – Representação gráfica do modelo em estudo.



Legenda: AL – absentismo laboral; variáveis SD – variáveis sociodemográficas; FMERAL – factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral; PSRS – problemas de saúde relacionados com o stresse; OP – objectivos profissionais; MI – motivação intrínseca; H – hipótese.

3.2. DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Nesta pesquisa utilizamos como instrumento de recolha de dados um questionário auto-administrado de tipo misto (com perguntas fechadas e abertas de resposta rápida), constituído por 22 questões que correspondem a 112 itens (*vide* anexo 1).

Este questionário possui cinco partes, que são as seguintes: a primeira, que respeita aos dados sociodemográficos; a segunda, ao absentismo laboral; a terceira, aos objectivos profissionais e à motivação intrínseca; a quarta, ao *burnout*; e a quinta, por fim, aos problemas de saúde relacionados com o stresse.

Na construção deste instrumento de recolha de dados usamos as quatro escalas a seguir mencionadas: a “Escala de factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral”

(EFAL), desenvolvida especialmente para este estudo por nós; a “Escala de avaliação da motivação intrínseca”, que foi adaptada do “Instrumento de avaliação de variáveis de motivação profissional” de Jesus (1995); o “Inventário de *Burnout* de Maslach”, na adaptação portuguesa para enfermeiros da “*Maslach Burnout Inventory*” (MBI) de Maslach e Jackson (1981), efectuada por Parreira e Sousa (2000); e a “Escala de problemas de saúde relacionados com o stresse” (EPSRS), de Pacheco, Murcho, A. Pacheco e A. Murcho (2006).

De referir ainda que os motivos que levaram a que escolhêssemos este modelo de questionário auto-administrado, prenderam-se principalmente com os seguintes factores: é um tipo de instrumento de colheita de dados que não exige a presença do investigador; garante o anonimato das respostas; e permite ao inquirido o seu preenchimento no momento mais conveniente (Fortin, Grenier & Nadeau, 2003).

3.2.1. ESCALA DE FACTORES DE MAL-ESTAR RELACIONADOS COM O ABSENTISMO LABORAL (EFAL)

Como já mencionámos anteriormente, esta escala foi desenvolvida propositadamente por nós para esta investigação, e com ela pretendemos avaliar o grau de importância que é dada à variável factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral na ocorrência deste tipo de absentismo.

Trata-se de uma escala de tipo Lickert, constituída por 22 itens, agrupados em seis pontos que variam entre 1 = “Pouco” e 6 = “Muito”.

Na sua construção tivemos em conta a consulta de peritos, a revisão da literatura sobre a temática, a realização de entrevistas semi-estruturadas (amostra A), e a aplicação de um questionário com uma questão aberta (amostra B) sobre os factores que habitualmente levam as pessoas a faltarem ao trabalho (Murcho & Jesus, 2006), pelo que podemos dizer que se

tratou de um estudo preliminar tendo em vista a elaboração de um novo instrumento (Hill & A. Hill, 2002).

Relativamente à aplicação do questionário, da análise de conteúdo efectuada, obtivemos 17 unidades de contexto, que correspondem também aos resultados das entrevistas da amostra A, e são os seguintes, conforme o quadro 1:

Quadro 1 – Distribuição das unidades de contexto relativas aos factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral em enfermeiros.

UNIDADES DE CONTEXTO	TOTAL	
	Frequência	%
Insatisfação com a organização dos serviços	5	3,60
Acompanhamento dos filhos	20	14,39
Falta de reconhecimento profissional pelos outros (outros profissionais, utentes/doentes, etc.)	1	0,72
Stresse e ansiedade	6	4,32
Cansaço	12	8,63
Necessidade de tempo para formação continua/pós-graduada	3	2,16
Problemas com os colegas	5	3,60
Sobrecarga de trabalho	2	1,44
Acidentes de serviço/doenças profissionais	2	1,44
Necessidade de resolver assuntos burocráticos pessoais/familiares inadiáveis (finanças, bancos, escola, etc.)	19	13,67
Problemas com os superiores hierárquicos	3	2,16
Trabalho por turnos	11	7,91
Não gostar das funções desempenhadas	2	1,44
Realização de actividades de lazer que não podem ser realizadas durante as férias ou folgas	5	3,60
Mau ambiente de trabalho	4	2,88
Desmotivação	10	7,19
Doença, acidentes e outros problemas de saúde pessoais ou familiares (incluindo maternidade, paternidade, ou morte)	29	20,86
TOTAL	139	100,00

Estas unidades de contexto correspondem a 17 dos itens da EFAL, que estão de acordo com a literatura consultada e ainda com as entrevistas que realizámos com a amostra A, aos quais acrescentámos cinco itens, respectivamente: item nº. 5 (“sentir-se injustiçado no

serviço/instituição onde trabalha”); item n.º. 7 (“baixa remuneração”); item n.º. 16 (“instabilidade laboral”); item n.º. 18 (“sentir que estagnou na carreira”); e item n.º. 21 (“deficientes condições físicas de trabalho”). Assim sendo, a escala completa ficou com 22 itens.

No que respeita aos factores de mal-estar associados ao absentismo laboral, que pretendemos que esta escala mensure, os mesmos serão estimados pela soma dos *scores* nos factores (como variável continua).

3.2.2. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA

A escala de avaliação da motivação intrínseca, inclusa na parte III do instrumento de colheita de dados utilizado nesta pesquisa (*vide* anexo 1, questão 20 do questionário), foi adaptada do “Instrumento de avaliação de variáveis de motivação profissional” de Jesus (1995), que já mencionamos.

Trata-se de uma escala tipo Lickert, com quatro itens e sete pontos que variam entre 1 = “Discordo totalmente” e 7 = “Concordo inteiramente”, sendo os seus itens os que se apresentam no quadro 2.

Quadro 2 – Itens da escala de avaliação da motivação intrínseca.

ITEM
1. A prestação de cuidados de Enfermagem proporciona-me um sentimento de realização.
2. Sinto uma grande satisfação profissional quando presto cuidados de Enfermagem.
3. Prestar cuidados de Enfermagem aumenta os meus sentimentos de auto-estima.
4. Prestar cuidados de Enfermagem contribui para o meu desenvolvimento profissional

Relativamente ao instrumento original, ele foi concebido para professores num estudo que Jesus (1995) realizou com estes profissionais, e trata-se duma adaptação que este autor fez do Questionário IMQ publicado em 1970 por Lawer e Hall, através da sua conversão para um

modelo de sete pontos, e de uma maior especificação do conteúdo dos itens, no sentido de avaliar a motivação intrínseca dos inquiridos para a sua actividade profissional (Jesus, 1995).

Na adaptação por nós utilizada na presente pesquisa, os conteúdos que se referiam aos professores e à sua actividade docente foram modificados de modo a poderem ser aplicados em enfermeiros. Por exemplo, o item 1 da questão 20 do questionário (*vide* anexo 1), que na adaptação efectuada para professores por Jesus (1995) dizia “*dar aulas proporciona-me um sentimento de realização*”, nesta nova versão passou a dizer, “*a prestação de cuidados de Enfermagem proporciona-me um sentimento de realização*”.

De referir ainda, que a consistência interna (α) desta escala relativamente à amostra total foi de 0,848.

3.2.3. INVENTÁRIO DE *BURNOUT* DE MASLACH (MBI)

Neste estudo utilizamos a adaptação para enfermeiros do “Inventário de *Burnout* de Maslach” (MBI) de Maslach e Jackson (1981), efectuada por Parreira e Sousa (2000).

Esta escala é constituída por 22 itens e sete pontos numa escala temporal, que variam entre 0 = “Nunca” e 6 = “Todos os dias”, e permite a avaliação do *burnout* experimentado, aqui conceptualizado como variável continua, variando entre o nível baixo, médio, e alto, através da avaliação dos três factores ali considerados, que são os seguintes (Parreira & Sousa, 2000, 20): a exaustão emocional, que significa estar emocionalmente esgotado e exausto com o trabalho; a despersonalização, que se traduz em respostas impessoais e frieza com os utentes/doentes; e a realização pessoal, ou seja, sentimentos a nível da competência e sucesso atingidos.

Os itens desta escala são os seguintes, conforme o quadro 3:

Quadro 3 – Itens do “Inventário de *Burnout* de Maslach” (MBI) na adaptação de Parreira e Sousa (2000).

ITEM
1. Sinto-me emocionalmente esgotado/a com o meu trabalho.
2. Sinto-me esgotado/a no fim do meu dia de trabalho.
3. Sinto-me fatigado/a quando me levanto de manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho.
4. Posso facilmente compreender como os meus utentes/doentes se sentem acerca das coisas que acontecem.
5. Sinto que trato alguns dos utentes/doentes como “objectos” impessoais.
6. O trabalho com pessoas durante todo o dia esgota-me bastante.
7. Lido de um forma muito eficaz com os problemas dos meus utentes/doentes.
8. Sinto-me exausto/a com o meu trabalho.
9. Sinto que estou a influenciar positivamente as vidas de outras pessoas através do meu trabalho.
10. Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível para com as pessoas.
11. Aborrece-me que o tipo de trabalho que desempenho me pressione bastante emocionalmente.
12. Sinto-me cheio de energia.
13. Sinto-me frustrado/a com o trabalho que realizo.
14. Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu emprego.
15. Não me importo grandemente com o que acontece aos meus utentes/doentes.
16. Trabalhar directamente com as pessoas faz-me sentir demasiado stresse.
17. Posso criar facilmente uma atmosfera relaxante com os meus utentes/doentes.
18. Sinto-me estimulado(a) após trabalhar ao pé dos meus utentes/doentes.
19. No trabalho que desempenho tenho realizado muitas coisas.
20. Sinto-me no limite das minhas forças.
21. No meu trabalho lido com os problemas emocionais de uma forma muito calma.
22. Sinto que os utentes/doentes me culpam por alguns dos seus problemas.

Relativamente à relação dos itens desta escala com os factores que avaliam (exaustão emocional, despersonalização, e realização pessoal), esta é a seguinte (*vide* quadro 4):

Quadro 4 – Relação dos itens da escala MBI com os factores avaliados.

FACTOR	ITEM
Exaustão emocional	1. Sinto-me emocionalmente esgotado/a com o meu trabalho.
	2. Sinto-me esgotado/a no fim do meu dia de trabalho.
	3. Sinto-me fatigado/a quando me levanto de manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho.
	6. O trabalho com pessoas durante todo o dia esgota-me bastante.
	8. Sinto-me exausto/a com o meu trabalho.
	13. Sinto-me frustrado/a com o trabalho que realizo.
	14. Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu emprego.
	16. Trabalhar directamente com as pessoas faz-me sentir demasiado stresse.
20. Sinto-me no limite das minhas forças.	

(cont.)

(cont. quadro 4)

FACTOR	ITEM
Despersonalização	5. Sinto que trato alguns dos utentes/doentes como “objectos” impessoais.
	10. Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível para com as pessoas.
	11. Aborrece-me que o tipo de trabalho que desempenho me pressione bastante emocionalmente.
	15. Não me importo grandemente com o que acontece aos meus utentes/doentes.
	22. Sinto que os utentes/doentes me culpam por alguns dos seus problemas.
Realização pessoal	4. Posso facilmente compreender como os meus utentes/doentes se sentem acerca das coisas que acontecem.
	7. Lido de um forma muito eficaz com os problemas dos meus utentes/doentes.
	9. Sinto que estou a influenciar positivamente as vidas de outras pessoas através do meu trabalho.
	12. Sinto-me cheio de energia.
	17. Posso criar facilmente uma atmosfera relaxante com os meus utentes/doentes.
	18. Sinto-me estimulado(a) após trabalhar ao pé dos meus utentes/doentes.
	19. No trabalho que desempenho tenho realizado muitas coisas.
	21. No meu trabalho lido com os problemas emocionais de uma forma muito calma.

De referirmos ainda que esta escala apresentou uma consistência interna global de 0,816 (Parreira & Sousa, 2000).

3.2.4. ESCALA DE PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS COM O STRESSE (EPSRS)

A “Escala de problemas de saúde relacionados com o stresse” (EPSRS), foi desenvolvida num estudo prévio em 2005, com o objectivo de avaliar os problemas de saúde relacionados com o stresse em profissionais de saúde, e publicada pelos seus autores em 2006, onde nós nos incluíamos (Pacheco, Murcho, A. Pacheco & A. Murcho, 2006).

É uma escala de tipo *Likert*, com 12 itens e sete pontos, variando de 1 = “Nunca” a 7 = “Todos os dias” (*vide* quadro 5).

Quadro 5 – Itens da “Escala de problemas de saúde relacionados com o stresse” de Pacheco, Murcho, A. Pacheco e A. Murcho (2006).

ITEM
1. Alergias.
2. Palpitações.
3. Problemas intestinais.
4. Dores de cabeça.
5. Insónia.
6. Dores de estômago.
7. Tristeza.
8. Dores Musculares.
9. Nervosismo.
10. Irritabilidade.
11. Esquecimentos.
12. Cansaço.

Da análise factorial efectuada pelos seus autores, foram apurados dois factores (F1 – problemas psicossomáticos, e; F2 – problemas somáticos) que explicam 51.54% da variância total, e que correspondem a duas subescalas que são as seguintes (*vide* quadro 6):

Quadro 6 – Relação dos itens da EPSR com os factores avaliados.

FACTORES	ITEM	LOADINGS
Problemas psicossomáticos	5. Insónia.	0,396
	7. Tristeza.	0,672
	9. Nervosismo.	0,772
	10. Irritabilidade.	0,783
	11. Esquecimentos.	0,826
	12. Cansaço.	0,767
Problemas somáticos	1. Alergias.	0,506
	2. Palpitações.	0,579
	3. Problemas intestinais.	0,728
	4. Dores de cabeça.	0,522
	6. Dores de estômago.	0,700
	8. Dores Musculares.	0,609

Podemos ainda mencionar que a consistência interna global desta escala é de 0,84, enquanto que a consistência interna das suas subescalas para os factores somáticos é de 0,73, e para os factores psicossomáticos é de 0,84 (Pacheco, Murcho, A. Pacheco & A. Murcho, 2006).

3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

No presente estudo consideramos apenas a população de enfermeiros que trabalham no sector público da saúde na região do Algarve, uma vez que a relevância do sector privado nesta região em termos de pessoal de Enfermagem afecto, é não só muito diminuta, como na sua grande maioria consiste em profissionais que exercem funções em regime de tempo parcial, sendo o seu local de trabalho principal as instituições de saúde públicas, designadamente os Hospitais e Centros de Saúde.

Assim, podemos dizer que a maior parte dos profissionais de Enfermagem em exercício nas instituições de saúde do Algarve, encontra-se no sector público, e corresponde a 1381 enfermeiros distribuídos maioritariamente pelo Hospital Distrital de Faro, Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, e Centros de Saúde do Barlavento e Sotavento, segundo dados da Direcção Geral de saúde (DGS), referentes ao ano de 2004 (consultado em 13 de Março de 2006 em DGS: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007693.pdf>).

Nesta amostra estudámos os enfermeiros que trabalham nos serviços de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Psiquiatria, e Urgência Geral, do Hospital Distrital de Faro e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (em Portimão), e nos Centros de Saúde de Faro e de Portimão, totalizando 368 enfermeiros distribuídos por 14 unidades de saúde (ou serviços, incluindo os Centros de Saúde).

A razão da escolha destes serviços está relacionada com dois aspectos, que são:

- Procurar por um lado ir de encontro a alguns aspectos da literatura consultada em que este tipo de serviços são tidos como aqueles onde está descrito a existência de maiores níveis de stress ocupacional, como é referido entre outros autores por Gatti, Leão, Silva e Puggina, (2004), atendendo às suas características específicas no que concerne aos serviços

hospitalares, e mesmo aos Centros de Saúde considerados, em virtude de possuírem um Serviço de Atendimento Permanente com características de Urgência pré-hospitalar;

- Tentar obter uma distribuição mais homogênea da amostra em relação às duas grandes áreas geográficas em que se pode dividir a região do Algarve (Sotavento e Barlavento).

3.3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra deste estudo é de conveniência e é constituída pelas respostas de 194 sujeitos pertencentes às instituições e serviços considerados, dos quais 110 do Hospital Distrital de Faro, 64 do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, e 20 dos Centros de Saúde mencionados. As características sociodemográficas desta amostra são apresentadas nos quadros 7 e 8, respeitantes respectivamente às estatísticas descritivas das variáveis: idade (dos inquiridos), número de filhos, idade dos filhos, tempo de serviço na profissão e no actual serviço; e restantes variáveis consideradas.

Da leitura e análise do quadro 7, constatamos que os inquiridos:

- Têm idades compreendidas entre os 21 e os 60 anos, sendo a idade média de aproximadamente 33 anos;
- Têm entre um a quatro filhos, sendo que em média podemos dizer que têm cerca de dois filhos;
- A idade dos filhos, varia entre menos que um ano de idade e os 38 anos, sendo a sua idade média de aproximadamente 13 anos;
- O tempo de serviço na profissão varia entre menos de um ano de serviço e 35 anos, com um tempo médio de exercício profissional de aproximadamente 10 anos;
- O tempo de serviço no actual serviço, varia entre menos que um ano de serviço e 31 anos, com um tempo médio de permanência no serviço onde trabalham de cerca de cinco anos.

Quadro 7 – Estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas: idade, tempo de serviço na profissão e tempo de serviço no actual serviço (em anos).

VARIÁVEL	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MINIMO	MÁXIMO
Idade (dos inquiridos)	32,90	9,43	21	60
Número de filhos existentes	1,74	0,74	1	4
Idade dos filhos	13,34	6,65	<1	38
Tempo de serviço na profissão	9,52	8,97	<1	35
Tempo de serviço no actual serviço	4,53	5,19	<1	31

Da leitura e análise do quadro 8, verificamos que:

- Relativamente ao género sexual, a amostra é maioritariamente feminina, representando o género feminino 75,4% do total desta distribuição;
- A respeito do estado civil, a moda da distribuição situa-se nos inquiridos que são solteiros, representando estes sujeitos 49,2% desta distribuição;
- No que concerne à existência de filhos, a maioria dos inquiridos (64,1%) não tem filhos;
- Em relação à existência de familiares portadores de deficiência ou doença crónica grave a cargo, a moda desta distribuição situa-se nos sujeitos que não têm familiares nestas situações a cargo, e que representam 93,5% desta distribuição;
- No que respeita ao facto de trabalhar e residir no mesmo concelho, a maioria dos inquiridos (66,1%) trabalha e reside no mesmo concelho;
- Relativamente ao tempo de casa ao trabalho, a moda desta distribuição situa-se nos inquiridos que demoram menos de 30 minutos (92,7%);
- No que concerne às habilitações literárias, a amostra é maioritariamente constituída por indivíduos detentores do grau académico de licenciado, e que representam 63,5% desta distribuição;

- Em relação à Enfermagem como primeira escolha profissional, a moda desta distribuição situa-se nos inquiridos que responderam ter sido essa a sua primeira opção profissional (85,5%);
- No que concerne ao tipo de serviço onde trabalha, a maioria dos sujeitos desta distribuição (32,5%) trabalha em serviços de Medicina Interna;
- Em relação a ter escolhido o serviço onde trabalha, a moda desta distribuição (76,7%) situa-se nos sujeitos que escolheram o serviço onde exercem funções;
- Relativamente à existência de especialização profissional, a amostra é maioritariamente constituída por enfermeiros generalistas (não especialistas), que representam 90,2% do total desta distribuição;
- No que respeita ao exercício de algum cargo/função de responsabilidade acrescida no serviço, a maioria dos inquiridos não exercem este tipo de cargos/funções (77,8%), e dos que exercem estes cargos/funções (23,2%, n = 45), a maioria é Chefe de Equipa (33,3%).

Quadro 8 – Estatísticas descritivas das restantes variáveis sociodemográficas.

VARIÁVEL	NIVEIS	FREQUÊNCIA	%
Sexo (género)	Masculino	47	24,6
	Feminino	144	75,4
	Total	191	100,0
Estado civil	Solteiro(a)	95	49,2
	Casado(a)/Junto(a)	87	45,1
	Divorciado(a)/Separado(a)	11	5,7
	Viúvo(a)	0	0,0
	Total	193	100,0
Existência de filhos	Sim	69	35,9
	Não	123	64,1
	Total	192	100,0
Existência de familiares portadores de deficiência ou doença crónica grave a cargo	Sim	12	6,5
	Não	173	93,5
	Total	185	100,0
Residir e trabalhar no mesmo concelho	Sim	127	66,1
	Não	65	33,9
	Total	192	100,0

(cont.)

(cont. quadro 8)

VARIÁVEL	NIVEIS	FREQUÊNCIA	%
Tempo de casa ao trabalho	Até 30 minutos	177	92,7
	Mais de 30 minutos até 1 hora	12	6,3
	Mais de 1 hora e até 1,5 horas	0	0,0
	Mais de 1,5 horas até 2 horas	0	0,0
	Mais de 2 horas	2	1,0
	Total	191	100,0
Habilitações literárias	12°. Ano completo ou menos	2	1,0
	Bacharelato	53	27,6
	Licenciatura	122	63,5
	Pós graduação ou Pós-licenciatura	14	7,3
	Mestrado ou Doutoramento	1	0,5
	Total	192	100,0
A Enfermagem como primeira escolha profissional?	Sim	159	85,5
	Não	27	14,5
	Total	186	100,0
Tipo de serviço onde trabalha	Medicina Interna	63	32,5
	Cirurgia Geral	41	21,1
	Psiquiatria	30	15,5
	Urgência Geral	40	20,6
	Centro de Saúde	20	10,3
	Outro	0	0,0
	Total	194	100,0
Escolheu trabalhar neste serviço?	Sim	148	76,7
	Não	45	23,3
	Total	193	100,0
Ter especialização profissional	Sim	19	9,8
	Não	175	90,2
	Total	194	100,0
Exercer algum cargo/função de responsabilidade acrescida no serviço	Sim	45	23,20
	Não	149	76,80
	Total	194	100,0
Qual cargo?	Enfermeiro-Chefe	9	20,0
	Substituto do Enfermeiro-Chefe	14	31,1
	Responsável pela formação	2	4,4
	Chefe de Equipa	15	33,3
	Coordenador de Núcleo – ARS	5	11,1
	Total	45	100,0

De referir que estes alguns destes resultados vêm de encontro a outros estudos realizados com este grupo socioprofissional, designadamente no que concerne à idade, género sexual, estado civil, e distância de casa ao trabalho (Carapineiro & Lopes, 1997; Queirós, 2005).

CAPITULO 4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo faremos uma análise prévia das escalas utilizadas para avaliar as variáveis em estudo, assim como também procederemos a análise descritiva das variáveis em estudo, bem como ao teste de hipóteses.

4.1. ANÁLISE PRÉVIA DAS ESCALAS UTILIZADAS PARA AVALIAR AS VARIÁVEIS EM ESTUDO

Iremos então efectuar a análise prévia às escalas que utilizamos neste estudo, no que concerne à sua validade e fiabilidade após a sua aplicação à amostra considerada, e que são as seguintes: “Escala de factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral”; “Escala de avaliação da motivação intrínseca”; “Inventário de *Burnout* de Maslach” (MBI); e “Escala de problemas de saúde relacionados com o stress” (EPSRS).

4.1.1. ESCALA DE FACTORES DE MAL-ESTAR RELACIONADOS COM O ABSENTISMO LABORAL (EFAL)

Como se viu anteriormente, esta escala tem 22 itens, os quais são apresentados seguidamente no quadro 9:

Quadro 9 – Itens da escala de factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral.

ITEM
1. Insatisfação com a organização dos serviços
2. Acompanhamento dos filhos
3. Falta de reconhecimento profissional pelos outros (outros profissionais, utentes/doentes, etc.)
4. Stresse e ansiedade
5. Sentir-se injustiçado no serviço/instituição onde trabalha
6. Cansaço
7. Baixa remuneração
8. Necessidade de tempo para formação continua/pós-graduada
9. Problemas com os colegas
10. Sobrecarga de trabalho
11. Acidentes de serviço/doenças profissionais
12. Necessidade de resolver assuntos burocráticos pessoais/familiares inadiáveis (finanças, bancos, escola, etc.)
13. Problemas com os superiores hierárquicos
14. Trabalho por turnos
15. Não gostar das funções desempenhadas
16. Instabilidade laboral
17. Realização de actividades de lazer que não podem ser realizadas durante as férias ou folgas
18. Sentir que estagnou na carreira
19. Mau ambiente de trabalho
20. Desmotivação
21. Deficientes condições físicas de trabalho
22. Doença, acidentes e outros problemas de saúde pessoais ou familiares (incluindo maternidade, paternidade, ou morte)

Relativamente à validação desta escala, podemos dizer que os seus resultados podem ser generalizados à população estudada, dado que foram cumpridos os critérios de Tinsley e Tinsley (1987), segundo os quais, o número de sujeitos deve ser de pelo menos cinco vezes o número de itens da medida em estudo (Jesus, 1995, 1996; Pacheco, 2002).

Dentro de uma perspectiva de rigor, na construção de instrumentos de avaliação psicométrica a análise da correlação de cada item com o total da escala a que pertence, sem o peso do item em causa, deve ser realizada no sentido de permitir uma melhor avaliação da variável em estudo, uma vez que no cálculo das correlações item-total se assume que cada item deve contribuir para avaliar o que se pretende medir (Golden, *et al.* 1984, *cit. in* Jesus, 1995; Hill & A. Hill, 2002). Ou seja, em termos estatísticos deve existir uma correlação forte, superior a

0,3, entre o total e cada item, sendo esta correlação estatisticamente significativa (Reckase, 1984, *cit. in* Jesus, 1995).

A este respeito, e de acordo com alguns dos autores consultados (D’Hainaut, 1997; Pestana & Gageiro, 2000), os níveis de significância (p) com coeficiente de correlação (r) considerados são os seguintes: $p \leq 0,01$ (muito significativo); $p \leq 0,05$ (significativo); $p > 0,05$ (não significativo); $0,2 \geq r \leq 0,3$ (associação baixa); $0,4 \geq r \leq 0,69$ (associação moderada); $0,7 \geq r \leq 0,89$ (associação alta); e $0,9 \geq r \leq 1$ (associação muito alta).

Por outro lado, Rackase (1984, *cit. in* Jesus, 1995) sugere que as correlações dos itens seleccionados devem ter o total superior a 0,3, pelo que iremos considerar como válidos todos os valores em que $r > 0,3$.

Segundo Pacheco (2002), os itens cujas correlações apresentem valores próximos a 0,3 ($r \geq 0,25$), pela natureza deste estudo – exploratório e descritivo – podem ser relevantes, pelo que os iremos considerar neste estudo.

Deste modo, começámos por calcular as correlações entre itens, sendo que estes valores devem ser positivos e significativos, já que se assume que cada item mede algo em comum com os outros itens, e o que se avalia em comum pela totalidade dos itens é a variável latente que pretendemos medir através da escala (quadro 10).

Quadro 10 – Resultados obtidos da análise da correlação item-total.

ITEM	CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL	ITEM	CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL	ITEM	CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL
1	0,609	9	0,687	17	0,429
2	0,109	10	0,732	18	0,617
3	0,556	11	0,242	19	0,725
4	0,592	12	0,417	20	0,748
5	0,709	13	0,610	21	0,720
6	0,638	14	0,488	22	0,226
7	0,663	15	0,565		
8	0,451	16	0,690		

Da análise do quadro 10, podemos verificar que os itens com os n^{os}. 2 (“acompanhamento dos filhos”), 11 (“acidentes de serviço/doenças profissionais”), e 22 (“doença, acidentes e outros problemas de saúde pessoais ou familiares [incluindo maternidade, paternidade, ou morte]”), apresentam correlações item-total inferiores a 0,3 (respectivamente: 0,109; 0,242, e; 0,226) pelo que os excluímos.

Em seguida, após a verificação dos resultados obtidos na correlação dos itens, efectuámos análises factoriais no sentido de tentarmos saber se as estruturas factoriais, na avaliação dos factores em estudo, apresentavam agrupamentos que nos permitissem seleccionar os itens que constituíssem instrumento de medida das variáveis em estudo.

Este procedimento justifica-se dado que, conforme é sugerido por Hill e A. Hill: “*a análise factorial analisa as correlações entre itens para verificar se esses itens medem uma ou mais variáveis latentes*” (2002, pp.140). Assim, a análise factorial é regularmente usada na validação de instrumentos de avaliação psicológica (Jesus, 1996).

Para sabermos se a análise factorial poderia ser efectuada com condições mínimas de razoabilidade, começamos por efectuar os testes de esfericidade de Barlett (BTS) e o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), tendo obtido os seguintes valores: KMO = 0,912; e um nível de significância (p) associado ao BTS = 0,000.

De acordo com autores como Pestana e Gageiro (2000) ou Maroco (2003), podemos considerar que existem condições de utilização deste modelo factorial ($BTS(p) < 0,05$), sendo que a análise factorial resultante é muito boa ($0,09 > KMO < 1$).

Após a análise factorial do instrumento para avaliar os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral (EFAL), verificou-se que este é composto por quatro factores, que explicam 66,30% da variância total, conforme podemos observar no quadro 11.

Quadro 11 – Estrutura factorial do instrumento após rotação *Varimax*.

ITENS	FACTORES			
	1	2	3	4
1	0,323	0,272	0,714	0,050
3	0,154	0,121	0,852	0,155
4	0,212	0,591	0,375	0,050
5	0,383	0,310	0,711	0,088
6	0,165	0,818	0,226	0,120
7	0,208	0,252	0,629	0,412
8	-0,067	0,335	0,137	0,706
9	0,665	0,216	0,353	0,160
10	0,308	0,680	0,231	0,332
12	0,025	0,250	0,034	0,628
13	0,795	0,090	0,203	0,125
14	0,273	0,547	0,049	0,207
15	0,748	0,271	0,100	-0,053
16	0,595	0,184	0,217	0,430
17	0,238	-0,027	0,051	0,828
18	0,312	0,105	0,325	0,722
19	0,703	0,309	0,286	0,195
20	0,645	0,459	0,248	0,176
21	0,350	0,585	0,279	0,321

De acordo com a literatura consultada, atribuímos a seguinte designação aos factores encontrados (*vide* quadro 12):

Quadro 12 – Factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral.

FACTOR	DESIGNAÇÃO	ITEM	LOADINGS
1	Factores interpessoais e do ambiente de trabalho	9	0,665
		13	0,795
		15	0,748
		16	0,595
		19	0,703
		20	0,645
2	Factores psicossomáticos e de condições de trabalho	4	0,591
		6	0,818
		10	0,680
		14	0,547
		21	0,350
3	Factores administrativo-laborais	1	0,714
		3	0,852
		5	0,711
		7	0,629
4	Factores de gestão do tempo e da carreira	8	0,706
		12	0,628
		17	0,238
		18	0,312

Em seguida, passamos a examinar a fiabilidade e a validade deste instrumento. Assim, utilizámos o coeficiente alfa (α) para estimar a consistência interna (fiabilidade interna).

Nos instrumentos de avaliação psicológica, consideramos que um instrumento que apresente uma consistência interna de 0,70 é considerado adequado para avaliar a variável que pretende medir (Hill & A. Hill, 2002).

De seguida, calculamos a consistência interna do instrumento, tendo sido obtido o valor de 0,929. Quanto aos quatro factores, obtivemos os seguintes valores de consistência interna (*vide* quadro 13):

Quadro 13 – Valores de consistência interna dos factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral.

FACTOR	α
F1 – Factores interpessoais e do ambiente de trabalho	0,883
F2 – Factores psicossomáticos e de condições de trabalho	0,840
F3 – Factores administrativo-laborais	0,857
F4 – Factores de gestão do tempo e da carreira	0,778

Assim, podemos dizer que este instrumento (EFAL) apresenta, de acordo com Hill e A. Hill (2002), excelentes valores de medida de fiabilidade ($\alpha > 0,9$), e que as suas subescalas apresentam bons valores de medida de fiabilidade ($0,8 \geq \alpha \leq 0,9$) para F1 a F3, e razoáveis valores para F4.

Embora o objectivo principal deste estudo não seja a construção de instrumentos de avaliação psicológica, podemos dizer que a “Escala de factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral” (EFAL) reúne condições, designadamente de consistência interna, que permitem utilizá-la para medir a variável pretendida.

4.1.2. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA

Relativamente à “Escala de avaliação da motivação intrínseca”, começamos por avaliar as correlações entre cada item e o total para verificar a potência destas correlações, conforme é sugerido por autores como Golden *et al.* (1984, *cit. in* Jesus, 1995), ou Hill e A. Hill (2002), tendo obtido os seguintes valores (*vide* quadro 14):

Quadro 14 – Resultados obtidos na análise da correlação item-total na escala de avaliação da motivação intrínseca.

ITEM	CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL
1. A prestação de cuidados de Enfermagem proporciona-me um sentimento de realização.	0,696
2. Sinto uma grande satisfação profissional quando presto cuidados de Enfermagem.	0,765
3. Prestar cuidados de Enfermagem aumenta os meus sentimentos de auto-estima.	0,674
4. Prestar cuidados de Enfermagem contribui para o meu desenvolvimento profissional	0,662

Podemos então dizer, da leitura e análise do quadro 14, que todos os itens apresentam correlações com o total da escala que podemos considerar fortes, uma vez que todas elas apresentam valores superiores a 0,3, conforme observa a este respeito Reckase (1984, *cit. in* Jesus (1995), que já mencionamos anteriormente.

Relativamente da sua aplicação à amostra em estudo, podemos dizer que a sua consistência interna (α) global é de 0,856, o que, de acordo com Hill e A. Hill (2002), representa um bom valor de medida de fiabilidade ($0,8 \geq \alpha \leq 0,9$).

4.1.3. INVENTÁRIO DE *BURNOUT* DE MASLACH (MBI)

Como já referimos, a variável que pretendemos medir com esta escala (o *burnout*) é tratada como se fosse contínua (Parreira & Sousa, 2000).

Assim, e após a aplicação da escala MBI à amostra estudada, procedemos à realização dos procedimentos necessários para averiguar das suas condições de validade e fiabilidade relativos a esta mesma amostra, apesar deste instrumento ser já internacionalmente conhecido e continuamente avaliado no que respeita a estas condições.

A este respeito concordamos com Fortin, Cote e Vissandjée (2003), quando sugerem que um instrumento de colheita de dados é tanto mais fiável quanto mais vezes tenha sido utilizado e testado no que respeita à sua fiabilidade e validade, desde que os valores obtidos se mantenham em valores iguais ou superiores ao padrão considerado de razoabilidade para este tipo de instrumentos.

Começamos então por verificar a consistência interna global desta escala, tendo obtido um valor de 0,743, que podemos considerar como razoável, o que nos possibilitou avançar para o passo seguinte que foi verificar as correlações existentes entre cada item e o total.

Conforme observamos no quadro 15, os itens 4, 5, 7, 10, 12, 15, 17, 18, 21, e 22, apresentam valores que podemos considerar baixos (< 0,3).

Quadro 15 – Resultados obtidos na análise das correlações item-total da MBI.

ITEM	CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL
1. Sinto-me emocionalmente esgotado/a com o meu trabalho.	0,550
2. Sinto-me esgotado/a no fim do meu dia de trabalho.	0,515
3. Sinto-me fatigado/a quando me levanto de manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho.	0,522
4. Posso facilmente compreender como os meus utentes/doentes se sentem acerca das coisas que acontecem.	0,211
5. Sinto que trato alguns dos utentes/doentes como “objectos” impessoais.	0,243
6. O trabalho com pessoas durante todo o dia esgota-me bastante.	0,531
7. Lido de um forma muito eficaz com os problemas dos meus utentes/doentes.	0,242
8. Sinto-me exausto/a com o meu trabalho.	0,583
9. Sinto que estou a influenciar positivamente as vidas de outras pessoas através do meu trabalho.	0,268
10. Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível para com as pessoas.	0,056

(cont.)

(cont. quadro 15)

11. Aborrece-me que o tipo de trabalho que desempenho me pressione bastante emocionalmente.	0,467
12. Sinto-me cheio de energia.	-0,072
13. Sinto-me frustrado/a com o trabalho que realizo.	0,264
14. Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu emprego.	0,476
15. Não me importo grandemente com o que acontece aos meus utentes/doentes.	0,075
16. Trabalhar directamente com as pessoas faz-me sentir demasiado stresse.	0,475
17. Posso criar facilmente uma atmosfera relaxante com os meus utentes/doentes.	0,063
18. Sinto-me estimulado(a) após trabalhar ao pé dos meus utentes/doentes.	0,091
19. No trabalho que desempenho tenho realizado muitas coisas.	0,258
20. Sinto-me no limite das minhas forças.	0,425
21. No meu trabalho lido com os problemas emocionais de uma forma muito calma.	0,134
22. Sinto que os utentes/doentes me culpam por alguns dos seus problemas.	0,186

Os valores baixos que obtivemos na correlação item-total correspondem aos itens da escala MBI utilizada (*vide* quadro 15), e conforme podemos observar no quadro 16, são na sua grande maioria dos factores realização pessoal ou despersonalização.

Quadro 16 – Resultados obtidos na análise das correlações item-total da MBI agrupados nas respectivas subescalas.

FACTOR	ITEM	CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL
Exaustão emocional	1. Sinto-me emocionalmente esgotado/a com o meu trabalho.	0,550
	2. Sinto-me esgotado/a no fim do meu dia de trabalho.	0,515
	3. Sinto-me fatigado/a quando me levanto de manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho.	0,522
	6. O trabalho com pessoas durante todo o dia esgota-me bastante.	0,531
	8. Sinto-me exausto/a com o meu trabalho.	0,583
	13. Sinto-me frustrado/a com o trabalho que realizo.	0,264
	14. Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu emprego.	0,476
	16. Trabalhar directamente com as pessoas faz-me sentir demasiado stresse.	0,475
	20. Sinto-me no limite das minhas forças.	0,425

(cont.)

(cont. quadro 16)

FACTOR	ITEM	CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL
Despersonalização	5. Sinto que trato alguns dos utentes/doentes como “objectos” impessoais.	0,243
	10. Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível para com as pessoas.	0,056
	15. Não me importo grandemente com o que acontece aos meus utentes/doentes.	0,075
	22. Sinto que os utentes/doentes me culpam por alguns dos seus problemas.	0,186
Realização pessoal	4. Posso facilmente compreender como os meus utentes/doentes se sentem acerca das coisas que acontecem.	0,211
	7. Lido de um forma muito eficaz com os problemas dos meus utentes/doentes.	0,242
	12. Sinto-me cheio de energia.	-0,072
	17. Posso criar facilmente uma atmosfera relaxante com os meus utentes/doentes.	0,063
	18. Sinto-me estimulado(a) após trabalhar ao pé dos meus utentes/doentes.	0,091
	21. No meu trabalho lido com os problemas emocionais de uma forma muito calma.	0,134

Da análise da consistência interna (α) das subescalas desta escala, verificamos que elas apresentam os seguintes valores: exaustão emocional – $\alpha = 0,866$; despersonalização – $\alpha = 0,567$; realização pessoal – $\alpha = 0,820$.

De acordo com Hill e A. Hill (2002), podemos então dizer relativamente à avaliação dos valores de medida da fiabilidade destas subescalas que, à excepção da subescala que avalia a dimensão da despersonalização, as restantes apresentam valores que podemos considerar bons.

De referir que já noutros estudos onde esta escala foi utilizada, a subescala de despersonalização apresentou valores similares.

Destes estudos destacamos os trabalhos de Pinto, Lima e Silva (2003) onde esta escala foi aplicada a professores, e em que esta mesma subescala também apresentou valores de consistência interna semelhantes ($\alpha = 0,56$), assim como as investigações efectuadas por

Borges *et al.* (2002) com profissionais de saúde (incluindo enfermeiros), em que também fazem a mesma referência.

A este respeito, autores como Gil-Monte e Peiró (1997), Jimenez, Rodrigues, Alvarez e Caballero (1997), ou Cadiz *et al.* (1997, *cit. in* Borges *et al.*, 2002), indicam certas debilidades psicométricas deste instrumento (MBI), principalmente no que concerne à consistência do factor de despersonalização, defendendo que esta fragilidade poderá eventualmente estar ligada ao próprio processo evolutivo do *burnout*, uma vez que a despersonalização, tal como já referimos, é o último componente que se estabelece.

Outra das razões apontadas para este fenómeno, e tal como defendem Scahufelli e Enzmann (1998, *cit. in* Pinto, Lima & Silva, 2003), é o facto da subescala de despersonalização apresentar um reduzido número de itens (cinco).

Por outro lado, de referir que no estudo da intercorrelações entre as três subescalas, somente se encontrou uma correlação (r) significativa (p), que é positiva, entre as subescalas da despersonalização e da exaustão emocional ($r = 0,532$; $p = 0,000$).

Contudo, e atendendo a tratar-se de um instrumento com validade e fiabilidade reconhecidas internacionalmente, e utilizado de forma bastante habitual e recorrente em diversas pesquisas efectuadas sobre o síndrome de *burnout*, inclusive com amostras de características semelhantes, e com este grupo profissional, optamos por isso por o não alterar, até mesmo porque, como vimos a sua consistência interna global é razoável. Como aliás sugerem Borges *et al.*, quando se referem a algumas das fragilidades desta escala: “*Entretanto, o MBI é o questionário que melhor dá conta do carácter multidimensional do síndrome*” (2002, 195).

4.1.4. ESCALA DE PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS COM O STRESSE (EPSRS)

Relativamente à “Escala de problemas de saúde relacionados com o stresse” (EPSRS), após a sua aplicação à amostra estudada, fomos analisá-la no que concerne á sua validade e fiabilidade.

Desse modo, e à semelhança do que sucedeu com a outras escalas já mencionadas anteriormente, começamos por procurar conhecer a sua consistência interna global, para a qual obtivemos um valor de $\alpha = 0,848$ e que podemos considerar como sendo um bom indicador de medida da sua fiabilidade (Hill & A. Hill, 2002).

Seguidamente, e em função destes valores passamos à análise da correlação de cada item com o total, cujos resultados apresentamos no seguinte quadro 17.

De acordo com a leitura e análise que efectuamos a estes resultados, podemos dizer que somente o item 1 apresenta uma correlação baixa ($3 <$), que é de 0,114.

Quadro 17 – Resultados obtidos na análise das correlações item-total da EPSR de Pacheco, Murcho, A. Pacheco e A. Murcho (2006).

ITEM	CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL	ITEM	CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL
1. Alergias.	0,114	7. Tristeza.	0,542
2. Palpitações.	0,510	8. Dores Musculares.	0,621
3. Problemas intestinais.	0,435	9. Nervosismo.	0,677
4. Dores de cabeça.	0,581	10. Irritabilidade.	0,648
5. Insónia.	0,486	11. Esquecimentos.	0,535
6. Dores de estômago.	0,454	12. Cansaço.	0,612

Desse modo, procuramos verificar a consistência interna de cada uma das suas subescalas, “problemas psicossomáticos” e “problemas somáticos”, conforme determinado pelos seus autores (Pacheco, Murcho, A. Pacheco & A. Murcho, 2006).

Verificamos então que a subescala “problemas psicossomáticos” apresenta um valor de $\alpha = 0,817$, e que a subescala “problemas somáticos” apresenta um valor de $\alpha = 0,680$, donde

podemos considerar que a primeira subescala tem um valor de fiabilidade bom, e que a segunda apresenta um valor de fiabilidade fraco ou baixo, conforme Hill e A. Hill (2002) sugerem, se bem que, e de acordo com Pais Ribeiro (1999), sejam aceitáveis valores superiores a 0,6, o que é o caso.

No entanto, sendo este último valor muito próximo de 0,7, podemos dizer que estes valores estão de acordo com outros resultados já publicados, referentes a esta escala (Pacheco, Murcho, A. Pacheco & A. Murcho, 2006), que apresentam os seguintes valores para a consistência interna: para a escala global, $\alpha = 0,84$; para a subescala “problemas psicossomáticos”, $\alpha = 0,84$, e; para a subescala “problemas somáticos”, $\alpha = 0,73$ (o qual também é um valor muito próximo de 0,7).

Assim sendo, podemos considerar que esta escala tem condições de fiabilidade e validade que possibilitam a sua utilização neste estudo.

4.2. ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

Neste subcapítulo serão apresentados os resultados da análise descritiva das seguintes variáveis: absentismo laboral; factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral; objectivos profissionais; motivação intrínseca; *burnout*; e problemas de saúde relacionados com o stresse.

Relativamente às **variáveis sociodemográficas**, não as apresentamos aqui, uma vez que já foram previamente apresentadas quando efectuamos a caracterização da amostra.

4.2.1. ABSENTISMO LABORAL

Neste estudo, medimos o absentismo laboral a partir de uma questão fechada (tipo escala gráfica, conforme Fortin, Grenier & Nadeau, 2003), em que os inquiridos eram questionados relativamente aos dias de falta no último ano (*vide* anexo 1).

Então, conforme podemos observar no quadro 18, a moda desta distribuição está situada no grupo de indivíduos que não faltam nenhum dia no último ano (65,4%), e o segundo grupo mais representativo é o dos indivíduos que faltam de 1 a 3 dias (17,8%), o que nos leva a dizer que 83,2% dos sujeitos deste estudo, no último ano, ou não faltaram, ou então faltaram três ou menos dias ao trabalho.

Quadro 18 – Distribuição das respostas dos inquiridos relativamente ao seu absentismo laboral (dias de falta no último ano).

DIAS DE FALTA NO ÚLTIMO ANO	FREQUÊNCIA	%
Nenhum dia	125	65,4
De 1 a 3 dias	34	17,8
De 4 a 7 dias	15	7,9
De 8 a 15 dias	5	2,6
De 16 a 30 dias	7	3,7
Mais de 30 dias	5	2,6
Total	191	100,0

Assim sendo, podemos dizer que a maior parte dos enfermeiros estudados, faltaram no máximo três dias ao trabalho, ou então não faltaram mesmo nenhum dia, pelo que podemos considerar que o absentismo existente não é elevado ou é mesmo baixo.

4.2.2. FACTORES DE MAL-ESTAR RELACIONADOS COM O ABSENTISMO LABORAL

Os factores de mal-estar (profissional e pessoal) relacionados com o absentismo laboral, foram avaliados pela “Escala de factores de mal-estar associados ao absentismo laboral” (EFAL), já mencionada anteriormente.

Relativamente aos resultados apurados com a aplicação desta escala, no que concerne aos valores médios (x) na escala total e subescalas respectivas (EFAL 1 – Factores interpessoais e do ambiente de trabalho; EFAL 2 – Factores psicossomáticos e de condições de trabalho; EFAL 3 – Factores administrativo-laborais, e; EFAL 4 – Factores de gestão do tempo e da carreira), estes foram de aproximadamente três pontos (*vide* quadro 19), ou seja, estes valores aproximam-se da média (atendendo à amplitude da escala - de 1 a 6 pontos).

De referirmos ainda que os valores mais baixos são aqueles que obtivemos na subescala EFAL 4 – Factores de gestão do tempo e da carreira ($x = 2,60$), e que os valores mais elevados foram obtidos na subescala EFAL 2 – Factores psicossomáticos e das condições de trabalho ($x = 3,20$).

Quadro 19 – Valores médios apurados na EFAL e respectivas subescalas.

ESCALA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
EFAL	2,81	0,949	1	6
EFAL 1	2,63	1,101	1	5
EFAL 2	3,20	1,127	1	6
EFAL 3	2,80	1,272	1	6
EFAL 4	2,60	1,042	1	6

Por fim, quisemos ainda conhecer o comportamento dos itens da “Escala de factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral” relativamente às médias que apresentavam, conforme podemos observar no quadro 20.

Quadro 20 – Valores médios relativos aos itens da EFAL.

ITEM	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
1. Insatisfação com a organização dos serviços	2,95	1,637	1	6
3. Falta de reconhecimento profissional pelos outros (outros profissionais, utentes/doentes, etc.)	2,43	1,346	1	6
4. Stresse e ansiedade	3,53	1,319	1	6
5. Sentir-se injustiçado no serviço/instituição onde trabalha	3,09	1,443	1	6
6. Cansaço	3,77	1,436	1	6

(cont.)

(cont. quadro 20)

7. Baixa remuneração	2,84	1,621	1	6
8. Necessidade de tempo para formação contínua/pós-graduada	2,97	1,460	1	6
9. Problemas com os colegas	2,17	1,210	1	6
10. Sobrecarga de trabalho	3,45	1,548	1	6
12. Necessidade de resolver assuntos burocráticos pessoais/familiares inadiáveis (finanças, bancos, escola, etc.)	3,21	1,504	1	6
13. Problemas com os superiores hierárquicos	2,51	1,302	1	5
14. Trabalho por turnos	2,46	1,321	1	6
15. Não gostar das funções desempenhadas	2,41	1,393	1	6
16. Instabilidade laboral	2,61	1,431	1	6
17. Realização de actividades de lazer que não podem ser realizadas durante as férias ou folgas	2,01	1,124	1	6
18. Sentir que estagnou na carreira	2,23	1,318	1	6
19. Mau ambiente de trabalho	2,95	1,485	1	6
20. Desmotivação	3,17	1,522	1	6
21. Deficientes condições físicas de trabalho	2,88	1,487	1	6

Da leitura e análise deste quadro, podemos dizer que os itens que apresentam médias mais elevada são o item 6 “Cansaço” ($x = 3,77$), seguido do item 4 “Stresse e ansiedade” ($x = 3,53$), enquanto que o item com a média menos elevada é o item 17 “realização de actividades de lazer que não podem ser realizadas durante as férias ou folgas” ($x = 2,01$).

4.2.3. OBJECTIVOS PROFISSIONAIS

No que respeita aos objectivos profissionais, e conforme podemos observar no seguinte quadro 21, a moda desta distribuição está situada no grupo de inquiridos que respondeu que pretendia ser enfermeiro durante todo o seu percurso profissional (73,8%), e o segundo grupo mais representativo é o dos sujeitos que mencionam querer pretender manter o exercício da Enfermagem por enquanto, embora no futuro pretendam a vir a exercer outra profissão (21,5%).

Quadro 21 – Distribuição dos inquiridos relativamente aos objectivos profissionais.

OBJECTIVOS PROFISSIONAIS	FREQUÊNCIA	%
Se pudesse gostaria de exercer outra actividade profissional e não a de enfermeiro	9	4,7
Gostaria para já, de exercer a actividade profissional de enfermeiro, embora mais tarde possa vir a preferir outra profissão	41	21,5
Quero ser enfermeiro todo o meu percurso profissional	141	73,8
Total	191	100,0

Assim sendo, podemos dizer que a grande maioria dos enfermeiros estudados (95,3%) pretende manter a sua profissão, ou até o fim do seu percurso profissional, ou pelo menos durante parte deste mesmo percurso.

4.2.4. MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA

Como já referimos, a motivação intrínseca que tratamos como variável continua, é avaliada pela “Escala de avaliação da motivação intrínseca”, que foi adaptada do “Instrumento de avaliação de variáveis de motivação profissional” de Jesus (1995), e é um instrumento com sete pontos que variam entre “1” = “Discordo totalmente” e “7” = “Concordo totalmente”.

Determinamos então a média (\bar{x}) desta escala, que apresentou um valor de aproximadamente seis pontos ($\bar{x} = 5,82$), conforme podemos verificar no quadro 22.

Quadro 22 -Valores médios obtidos na "Escala de avaliação da motivação intrínseca".

MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MINIMO	MÁXIMO
5,82	1,016	1	7

Dos resultados apresentados, podemos dizer que esta média indica um nível elevado de motivação intrínseca, ressaltando a acentuada dispersão que se observa.

4.2.5. O *BURNOUT*

Conforme podemos observar no quadro 23, e considerando os pontos mínimo e máximo (respectivamente, 0 e 6) da escala utilizada para mensurar a variável de *burnout*, que como já referimos é o “Inventário de *Burnout* de Maslach”, na adaptação portuguesa para enfermeiros da “*Maslach Burnout Inventory*” (MBI) de Maslach e Jackson (1981), efectuada por Parreira e Sousa (2000), verificamos os enfermeiros estudados apresentam valores médios (x) mais elevados na realização pessoal ($x = 4,23$), que na exaustão emocional ($x = 2,02$) e na despersonalização ($x = 1,02$).

Quadro 23 – Valores médios obtidos na escala MBI.

DIMENSÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MINIMO	MÁXIMO
Exaustão Emocional	2,02	1,110	0	5
Despersonalização	1,02	0,847	0	4
Realização pessoal	4,23	1,158	0	6

Para estimarmos os níveis de *burnout* (alto, moderado, e baixo) tivemos em conta a metodologia já anteriormente mencionada, e que assenta na soma dos *scores* nos factores, e pelo estabelecimento de intervalos para identificação destes níveis a partir da determinação dos percentis (Parreira & Sousa, 2000), assim como os trabalhos realizados por Maslach e Jackson (1997) com as amostras originais nos Estados Unidos da América (USA), cujos dados relativos à classificação tripartida e estatística básica na amostra original (USA) no grupo de profissionais médicos (por ser aquela que é mais similar ao grupo do enfermeiros, na ausência de outra classificação disponível), apresentamos no seguinte quadro 24.

A este respeito, referimos ainda que os percentis da distribuição são uma medida de tendência não central que nos permite caracterizar com maior rigor outras localizações dos valores da variável em estudo, para além do valor central ou médio das observações efectuadas (Maroco & Bispo, 2003).

Quadro 24 – Classificação tripartida e estatística básica em profissionais médicos nos EUA (Maslach & Jackson, 1997).

ESCALA	CLASSIFICAÇÃO		
	ALTA	MÉDIA	BAIXA
Exaustão emocional	<19	19 -26	> 26
Despersonalização	<6	6-9	> 9
Realização pessoal	> 39	34-39	<34

Conforme podemos observar no quadro 25, a maioria dos sujeitos da população estudada encontra-se distribuída no nível de classificação “baixa” para as dimensões exaustão emocional (57,2%) e despersonalização (61,3%), e no nível “alta” para a dimensão realização pessoal (41,2%), pelo que podemos dizer que nesta população, a maior parte dos enfermeiros apresenta um nível geral baixo de *burnout*, conforme os critérios que utilizamos e que temos vindo a mencionar (Maslach & Jackson, 1997; Parreira & Sousa, 2000; Borges *et al.*, 2002).

Contudo, é ainda importante mencionarmos que o segundo grupo estatisticamente mais significativo, é o dos sujeitos da população estudada que se distribuem pelos níveis de classificação “alta” de exaustão emocional (23,2%) e de despersonalização (23,8%) e nos níveis “baixa” para a realização pessoal (41,2%), *i.e.*, dos enfermeiros que apresentam um nível geral de *burnout* elevado.

Quadro 25 – Classificação das diferentes dimensões do *burnout* de acordo com os valores apresentados.

DIMENSÃO	CLASSIFICAÇÃO (EM %)		
	BAIXA	MÉDIA	ALTA
Exaustão emocional	57,2	19,6	23,2
Despersonalização	61,3	14,9	23,8
Realização pessoal	30,4	28,4	41,2

Assim sendo, e dos resultados apresentados podemos dizer que a maioria dos enfermeiros que estudamos apresentam um nível baixo de *burnout*, embora o segundo grupo estatisticamente mais significativo seja o dos sujeitos que apresentam um nível alto de *burnout*.

4.2.6. PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS COM O STRESSE

Os problemas de saúde relacionados com o stresse que também tratamos como variável continua, foram avaliados pela “Escala de problemas de saúde relacionados com o stresse” (Pacheco, Murcho, A. Pacheco & A. Murcho, 2006), que é uma escala tipo Likert com 12 itens e sete graus de resposta, variando de um (“Nunca”) a sete (“Todos os dias”), e que possui ainda duas subescalas que são: F1 – “problemas psicossomáticos”, e; F2 – “problemas somáticos”.

Assim, e da leitura e análise do quadro 26, observamos relativamente à “Escala de problemas de saúde relacionados com o stresse” (EPSRS) e respectivas subescalas “problemas psicossomáticos” (F1), e “problemas somáticos” (F2), que as médias (x) são aproximadamente idênticas quer para a escala global (EPSRS) quer para a subescalas, se bem que a subescala “problemas somáticos” seja aquela que apresenta a média mais elevada ($x = 2,70$).

Quadro 26 – Valores obtidos na escala de problemas de saúde relacionados com o stresse e respectivas subescalas.

ESCALA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MINIMO	MÁXIMO
EPSRS	2,47	1,053	1	7
F1	2,23	1,025	1	7
F2	2,70	1,220	1	7

Então podemos dizer que estes valores se encontram abaixo do ponto médio desta escala, *i.e.*, que a população estudada apresenta níveis relativamente baixos de problemas de saúde relacionados com o stresse, quer em termos globais quer nos factores psicossomáticos, ou somáticos, se bem que estes últimos sejam aqueles que apresentam níveis ligeiramente mais elevados ($x = 2,70$).

Também quisemos conhecer o comportamento dos itens da “Escala de problemas de saúde relacionados com o stresse” em relação à média, cujos resultados apresentamos no seguinte quadro 27.

Quadro 27 – Valores médios relativos aos itens da EPSRS.

ITEM	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MINIMO	MÁXIMO
1. Alergias	1,86	1,395	1	7
2. Palpitações	1,79	1,097	1	6
3. Problemas intestinais	2,37	1,752	1	7
4. Dores de cabeça	2,96	1,478	1	6
5. Insónia	2,57	1,602	1	7
6. Dores de estômago	1,95	1,285	1	6
7. Tristeza	2,04	1,196	1	6
8. Dores Musculares	3,20	1,775	1	7
9. Nervosismo	2,50	1,504	1	7
10. Irritabilidade	2,80	1,369	1	6
11. Esquecimentos	3,22	1,623	1	7
12. Cansaço	3,96	1,638	1	7

Como podemos verificar da leitura e análise do quadro 27, os itens que apresentam as médias mais elevadas são respectivamente, o item 12, “Cansaço” ($x = 3,96$), e o item 11 “Esquecimentos” ($x = 3,22$).

4.3. TESTE DE HIPÓTESES

Relativamente ao teste de hipóteses, procurámos verificar as hipóteses que formulamos para esta pesquisa, sendo de mencionar que para alguns dos autores consultados, como Fortin (2003^c), esta fase deste trabalho é o núcleo central de um grande número de investigações empíricas de carácter quantitativo.

De referir ainda, que em relação à variável denominada tipo de cargo exercido ou função desempenhada, e para efeitos do tratamento estatístico que possibilite a realização dos testes de hipóteses, a mesma é classificada (*value labels*) na base de dados da aplicação informática utilizada, por ordem crescente inversa ao nível hierárquico do cargo desempenhado, ou seja,

os cargos de maior nível hierárquico terão uma pontuação mais baixa (entre enfermeiro chefe = 0, a coordenador de núcleo - ARS = 5)

4.3.1. BURNOUT E ABSENTISMO LABORAL

No sentido de procurarmos avaliar a hipotética influência do *burnout* sobre o absentismo laboral, realizámos uma análise tipo predictor-critério, através de equações de regressão simples, considerando como medida o absentismo laboral (variável dependente), e como variáveis predictoras as três dimensões deste síndrome (*burnout*): exaustão emocional, despersonalização, e realização pessoal (*vide* quadro 28).

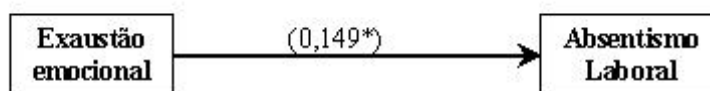
Quadro 28 – Coeficientes beta estandardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre o *burnout* e o absentismo laboral.

VARIÁVEIS PREDITORAS (BURNOUT)	MEDIDAS
	ABSENTISMO LABORAL
Exaustão emocional	0,149*
Despersonalização	0,014
Realização pessoal	-0,032

Legenda: *p <0,05; **p <0,01; ***p <0,001

Assim sendo, e como podemos observar no quadro 28, encontramos uma relação significativa entre a exaustão emocional e o absentismo laboral ($r^2 = 0,149$, $p < 0,05$), embora não tenhamos encontrado outras relações significativas entre as restantes dimensões do síndrome de *burnout* e o fenómeno do absentismo (*vide* figura 2).

Figura 2 – Diagrama das ligações causais significativas entre o *burnout* e as suas dimensões, e o absentismo laboral.



Este facto poderá ter relação com outros resultados apresentados anteriormente (*vide* subcapítulo 4.2.5.), em relação aos níveis de *burnout* nesta amostra e em relação ao absentismo laboral, valores que consideramos baixos. O que está de acordo com a literatura consultada, dado a exaustão emocional ser a primeira dimensão deste síndrome a instalar-se

(Maslach & Leiter, 1997), e por outro lado, o absentismo laboral poder surgir como um mecanismo de defesa face às pressões exercidas (Robbins, 2002)

Desse modo, justifica-se o facto de nesta população a exaustão emocional ser a dimensão do *burnout* que tem relação com o absentismo, e que nos permite dizer que se confirma a hipótese formulada de que o *burnout* tem influência sobre o absentismo laboral.

4.3.2. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E ABSENTISMO LABORAL

Para determinarmos se as variáveis sociodemográficas têm influência no absentismo laboral, foram efectuadas análises tipo predictor-critério através de equações de regressão simples, onde consideramos como medidas o absentismo laboral (variável dependente), e como variáveis predictoras as variáveis sociodemográficas consideradas neste estudo, conforme podemos observar no quadro 29.

Quadro 29 – Coeficientes beta standardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre a medida (absentismo laboral) e as variáveis sociodemográficas.

VARIÁVEIS PREDITORAS (VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS)	MEDIDAS
	ABSENTISMO LABORAL
Idade	0,166*
Sexo (género)	0,078
Estado civil	0,254***
Existência de filhos	- 0,303***
Número de filhos existente	- 0,039
Idade dos filhos	- 0,169
Existência de familiares portadores de deficiência/ Doença crónica grave a cargo	0,035
Residir e trabalhar no mesmo concelho	0,127
Tempo de casa ao trabalho	0,046
Habilitações literárias	- 0,194**
A Enfermagem como primeira escolha profissional	0,061
Tipo de serviço onde trabalha	0,192**
Escolheu trabalhar neste serviço	- 0,077
Tempo de serviço na profissão	0,172*
Tempo de serviço no actual serviço	0,218**

(cont.)

(cont. quadro 29)

VARIÁVEIS PREDITORAS (VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS)	MEDIDAS
	ABSENTISMO LABORAL
Ter especialização profissional	- 0,019
Exercer algum cargo/função de Responsabilidade acrescida no serviço	- 0,114
Tipo de cargo	0,038

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Da leitura e análise do quadro 29, podemos dizer que as variáveis sociodemográficas que influenciam o absentismo laboral são as seguintes: idade ($r^2 = 0,166$; $p < 0,05$); estado civil ($r^2 = 0,254$; $p < 0,001$); existência de filhos ($r^2 = - 0,303$; $p < 0,000$); habilitações literárias ($r^2 = - 0,194$; $p < 0,01$); tipo de serviço onde trabalha ($r^2 = 0,192$; $p < 0,01$); tempo de serviço na profissão ($r^2 = 0,172$; $p < 0,05$); e tempo de serviço no actual serviço ($r^2 = 0,218$; $p < 0,01$).

Assim, dos resultados que obtivemos, podemos inferir que são os enfermeiros mais velhos, assim como aqueles que têm mais tempo de serviço na profissão e no actual serviço, que apresentam maior absentismo no trabalho.

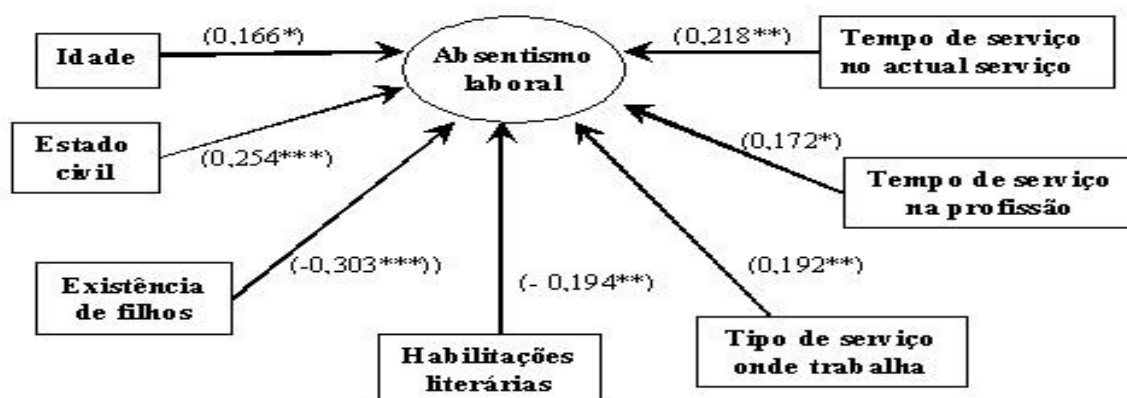
Do mesmo modo, também podemos dizer que se verifica uma tendência para que sejam os sujeitos solteiros aqueles que apresentam menor absentismo, bem como para que sejam os indivíduos com menos habilitações os que apresentam maior absentismo.

Por outro lado, é de se salientar o facto de que a existência de filhos influencia o aumento do absentismo laboral.

Finalmente também encontramos influência do tipo de serviço onde os inquiridos trabalham no absentismo laboral.

Estas relações causais que encontramos entre as variáveis sociodemográficas consideradas que apresentaram resultados significativos e a variável dependente (absentismo laboral), podem ser melhor observadas na figura 3.

Figura 3 – Diagrama das ligações causais significativas entre as variáveis sociodemográficas consideradas e o absentismo laboral.



Podemos então concluir que confirmamos a hipótese formulada de que as variáveis sociodemográficas têm influência no absentismo laboral, tendo encontrado relações significativas com a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a existência de filhos, o tipo de serviço onde trabalha, o tempo de serviço na profissão, e o tempo de serviço no actual serviço, sendo que as relações mais fortes são com a existência de filhos, o estado civil e, o tempo de serviço no actual serviço.

4.3.3. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E *BURNOUT*

A terceira hipótese (H_3) que colocamos foi sabermos se as variáveis sociodemográficas influenciam o *burnout*.

Nesse sentido efectuamos análises tipo predictor-critério através de equações de regressão simples, onde consideramos como medida o *burnout* (variável dependente), e como variáveis predictoras, as variáveis sociodemográficas consideradas neste estudo, conforme podemos observar no quadro 30.

Quadro 30 – Coeficientes beta standardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre a medida (*burnout*) e as variáveis sociodemográficas.

VARIÁVEIS PREDITORAS (VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS)	MEDIDAS		
	EM	DP	RP
Idade	- 0,078	0,031	- 0,060
Sexo (género)	- 0,113	- 0,052	- 0,036

(cont.)

(cont. quadro 30)

VARIÁVEIS PREDITORAS (VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS)	MEDIDAS		
	EM	DP	RP
Estado civil	0,068	0,140	0,055
Existência de filhos	0,015	- 0,154*	0,048
Número de filhos existente	0,150	- 0,110	0,286*
Idade dos filhos	0,100	- 0,109	0,217
Existência de familiares portadores de deficiência/doença crónica grave a cargo	0,026	-0,126	0,054
Residir e trabalhar no mesmo concelho	0,048	0,081	-0,015
Tempo de casa ao trabalho	0,155*	- 0,018	- 0,003
Habilitações literárias	-0,011	0,041	- 0,060
A Enfermagem como primeira Escolha profissional	- 0,026	0,095	0,027
Tipo de serviço onde trabalha	0,059	0,018	0,008
Escolheu trabalhar neste serviço	0,063	- 0,030	0,059
Tempo de serviço na profissão	-0,076	0,020	- 0,053
Tempo de serviço no actual serviço	- 0,096	- 0,027	-0,011
Ter especialização profissional	0,125	-0,114	0,022
Exercer algum cargo/função de Responsabilidade acrescida no serviço	- 0,011	- 0,085	- 0,024
Tipo de cargo	0,435**	-0,002	0,386**

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

EM – Exaustão emocional; DP – Despersonalização; RP – Realização pessoal.

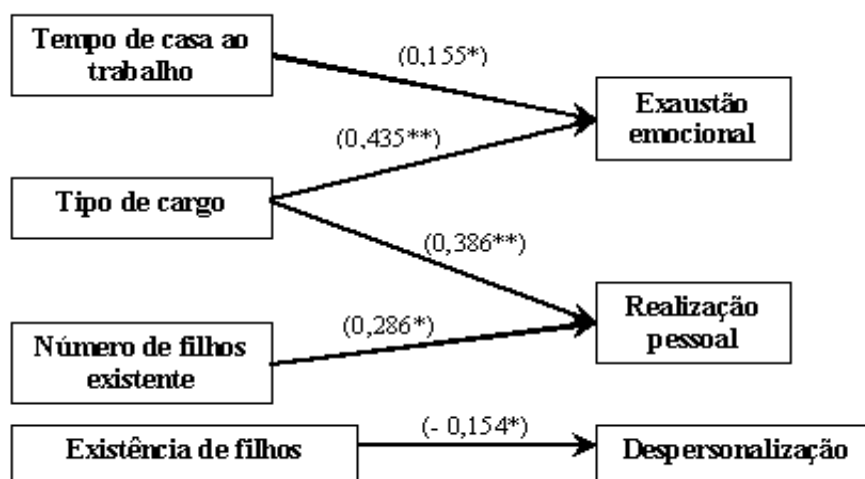
Da leitura e análise do quadro 30, verificamos que as variáveis sociodemográficas que influenciam o *burnout* são as seguintes:

- Para a exaustão emocional, o tempo de casa ao trabalho ($r^2 = 0,155$; $p < 0,05$), e o tipo de cargo ($r^2 = 0,435$; $p < 0,01$);
- Para a despersonalização, é a existência de filhos ($r^2 = - 0,154$; $p < 0,05$), e finalmente;
- Para a realização pessoal, é o número de filhos existente ($r^2 = 0,286$; $p < 0,05$), e o tipo de cargo ($r^2 = 0,386$; $p < 0,01$).

Destes resultados podemos dizer que na população estudada: o aumento do tempo de casa ao trabalho, bem como o exercício de cargos ou funções de responsabilidade acrescida de menor nível hierárquico, leva ao aumento da exaustão emocional; a existência de filhos leva ao aumento da despersonalização; e finalmente, o aumento do número de filhos aumenta a

realização pessoal. De referirmos ainda que as relações mais fortes se verificam para o tipo de cargo, quer na exaustão emocional, quer na realização pessoal (*vide* figura 4).

Figura 4 – Diagrama das ligações causais significativas entre as variáveis sociodemográficas consideradas e o *burnout*, nas suas diferentes dimensões.



Desse modo, concluímos que se confirma a hipótese colocada relativa à influência das variáveis sociodemográficas consideradas no *burnout* (nas suas três dimensões) no que respeita ao tempo de casa ao trabalho, tipo de cargo, existência de filhos, e número de filhos existente.

4.3.4. FACTORES DE MAL-ESTAR RELACIONADOS COM O ABSENTISMO LABORAL E *BURNOUT*

A quarta hipótese que colocamos (H_4) foi se os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral têm influência no *burnout*.

Dado termos determinado que esta variável apresenta outros factores, como já mencionamos no capítulo 4.1.1. onde fizemos a análise prévia da escala que desenvolvemos para medir esta mesma variável, também a vamos considerar neste estudo. Estes factores são os seguintes: Factores interpessoais e do ambiente de trabalho (FMERAL 1); Factores psicossomáticos e de

condições de trabalho (FMERAL 2); Factores administrativo-laborais (FMERAL 3); Factores de gestão do tempo e da carreira (FMERAL 4).

Desse modo, efectuamos equações de regressão simples onde consideramos como medida o *burnout* (variável dependente), e como variáveis predictoras, os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral com o fim de produzir análises tipo predictor-critério conforme podemos observar no quadro seguinte (*vide* quadro 31).

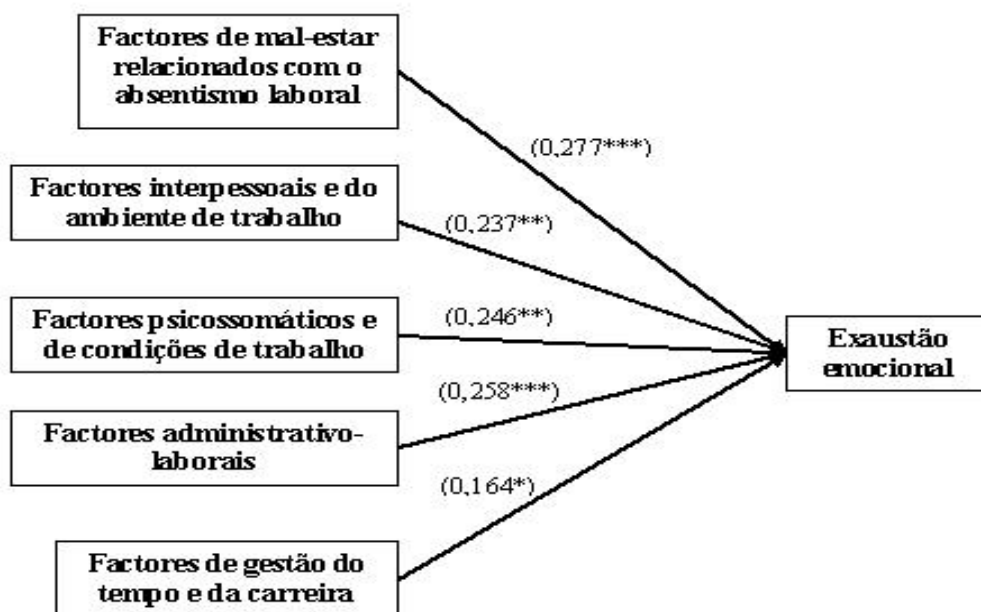
Quadro 31 – Coeficientes beta estandardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre a medida (*burnout*) e os factores de mal-estar relacionado com o absentismo laboral, e respectivos factores.

VARIÁVEIS PREDITORAS	MEDIDAS		
	EM	DP	RP
Factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral	0,277***	0,027	0,035
Factores interpessoais e do ambiente de trabalho	0,237**	-0,020	0,057
Factores psicossomáticos e de condições de trabalho	0,246**	0,030	0,063
Factores administrativo-laborais	0,258***	0,080	0,046
Factores de gestão do tempo e da carreira	0,164*	0,004	- 0,076

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;
EM – Exaustão emocional; DP – Despersonalização; RP – Realização pessoal.

Da leitura e análise do quadro 31, encontramos influência da variável factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral no *burnout*, unicamente a nível da exaustão emocional, apresentando os seguintes resultados (*vide* figura 5): factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral ($r^2 = 0,277$; $p < 0,001$); factores interpessoais e do ambiente de trabalho ($r^2 = 0,237$; $p < 0,01$); factores psicossomáticos e de condições de trabalho ($r^2 = 0,246$; $p < 0,01$); factores administrativo-laborais ($r^2 = 0,258$; $p < 0,001$); e factores de gestão do tempo e da carreira ($r^2 = 0,164$; $p < 0,05$).

Figura 5 – Diagrama das ligações causais significativas entre os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral e o *burnout*, nas suas diferentes dimensões.



Assim sendo, podemos concluir que se confirma a hipótese formulada, ou seja, que os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral têm influencia no *burnout*, designadamente a nível da exaustão emocional, sendo de referir que o aumento dos níveis numa destas variáveis leva ao aumento dos níveis na outra.

De mencionarmos ainda, que as relações mais fortes se verificam com os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral e com os seus factores administrativo-laborais.

4.3.5. FACTORES DE MAL-ESTAR RELACIONADOS COM O ABSENTISMO LABORAL

Relativamente à quinta hipótese (H_5) que formulamos para este estudo, e que é, os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral têm influência sobre o absentismo laboral, procuramos efectuar uma análise tipo predictor-critério, a partir da realização de equações de regressão simples, onde consideramos o absentismo laboral como medida, e como variáveis predictoras, os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral considerados na escala principal e nas respectivas subescalas (respectivamente os factores interpessoais e do

ambiente de trabalho; os factores psicossomáticos e de condições de trabalho; os factores administrativo-laborais; e os factores de gestão do tempo e da carreira), conforme poderemos observar no quadro 32.

Quadro 32 – Coeficientes beta standardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre o absentismo laboral (medida) e os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral.

VARIÁVEIS PREDITORAS	MEDIDAS
	ABSENTISMO LABORAL
Factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral	-0,008
Factores interpessoais e do ambiente de trabalho	-0,027
Factores psicossomáticos e de condições de trabalho	0,012
Factores administrativo-laborais	0,008
Factores de gestão do tempo e da carreira	-0,017

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Assim, e da leitura e análise deste quadro 32, não encontramos resultados que nos permitam dizer que existe influência dos factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral e o absentismo laboral, pelo que, não confirmamos a hipótese que formulámos.

4.4.6. *BURNOUT* E PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS COM O STRESSE

Fomos ainda verificar se confirmávamos a nossa sexta hipótese (H_6), que é a seguinte: o *burnout* influencia os problemas de saúde relacionados com o stresse.

Dado que em ambas as variáveis encontramos dimensões e factores distintos, que no caso do *burnout* são a exaustão emocional, a despersonalização, e a realização pessoal, e no caso dos problemas de saúde relacionados com o stresse são (como desenvolvemos nos capítulos 3.3.4., e 4.1.4.) os problemas psicossomáticos (F1) e os problemas somáticos (F2), vamos também considerá-las neste estudo de modo a podermos confirmar a hipótese que formulámos (H_6).

Assim sendo, efectuamos uma análise tipo predictor-critério a partir da realização de equações de regressão simples, onde consideramos como variável preditora, o *burnout*, e como medida,

os problemas de saúde relacionados com o stresse, conforme podemos observar no seguinte quadro 33.

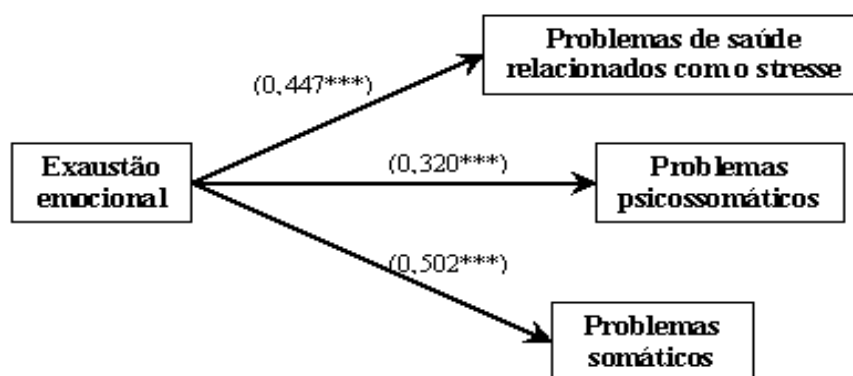
Quadro 33 – Coeficientes beta estandardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre o absentismo laboral (medida) e os problemas de saúde relacionados com o stresse.

VARIÁVEIS PREDITORAS	MEDIDAS		
	PSRS	PPSM	PSM
Exaustão emocional	0,447***	0,320***	0,502***
Despersonalização	- 0,083	- 0,051	- 0,101
Realização pessoal	-0,039	-0,053	-0,023

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;
 - PSRS – Problemas de saúde relacionados com o stresse; PPSM – Problemas psicossomáticos; PSM – Problemas somáticos.

De acordo com a leitura e análise do quadro 33, verificamos que a exaustão emocional tem influência nos problemas de saúde relacionados com o stresse ($r^2 = 0,447$; $p < 0,001$), nos problemas psicossomáticos ($r^2 = 0,320$; $p < 0,001$), e nos problemas somáticos ($r^2 = 0,502$; $p < 0,001$), embora os restantes resultados indiquem não existir influência entre as restantes dimensões do *burnout* e os problemas de saúde relacionados com o stresse, assim como com os respectivos factores considerados (*vide* figura 6).

Figura 6 – Diagrama das ligações causais significativas entre o *burnout*, nas suas diferentes dimensões, e os problemas de saúde relacionados com o stresse e os seus factores.



Podemos então dizer que confirmamos a hipótese formulada, *i.e.*, o *burnout* influencia os problemas de saúde relacionados com o stresse no que respeita à sua dimensão de exaustão emocional, sendo de mencionarmos que a relação mais forte é com os problemas somáticos.

4.4.7. PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS COM O STRESSE E ABSENTISMO LABORAL

A sétima hipótese por nós formulada (H_7) é a seguinte: os problemas de saúde relacionados com o stresse têm influência no absentismo laboral.

De modo a podermos fazer uma análise de tipo predictor-critério, realizámos equações de regressão simples onde consideramos o absentismo laboral como medida, e os problemas de saúde relacionados com o stresse e respectivos factores (problemas psicossomáticos e problemas somáticos) como variável preditora (ou independente), cujos resultados apresentamos na tabela seguinte (*vide* quadro 34).

Quadro 34 – Coeficientes beta standardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre o absentismo laboral (medida) e os problemas de saúde relacionados com o stresse.

VARIÁVEIS PREDITORAS	MEDIDAS
	ABSENTISMO LABORAL
Problemas de saúde relacionados com o stresse	0,028
Problemas psicossomáticos	0,022
Problemas somáticos	0,030

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Da leitura e análise do quadro 34, verificamos então que os problemas de saúde relacionados com o stresse não têm influência no absentismo laboral, pelo que concluímos que não se confirma a hipótese formulada.

4.4.8. OBJECTIVOS PROFISSIONAIS E *BURNOUT*

No que concerne à oitava hipótese (H_8) – os objectivos profissionais têm influência no *burnout* – procuramos efectuar uma análise tipo predictor-critério, realizando equações de regressão simples, onde consideramos como medida o *burnout* (variável dependente), nas suas diferentes dimensões (exaustão emocional, despersonalização, e realização pessoal), e como variável preditora, os objectivos profissionais, conforme podemos observar no seguinte quadro 35.

Quadro 35 – Coeficientes beta standardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre o *burnout*, nas suas diferentes dimensões (medida) e os objectivos profissionais.

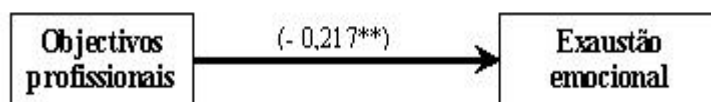
VARIÁVEIS PREDITORAS	MEDIDAS		
	EM	DP	RP
Objectivos profissionais	- 0,217**	- 0,034	- 0,046

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

EM – Exaustão emocional; DP – Despersonalização; RP – Realização pessoal.

Assim, da leitura e análise do quadro 35 verificamos que os objectivos profissionais têm influência na exaustão emocional ($r^2 = - 0,217$; $p < 0,01$), estabelecendo uma relação negativa em que o aumento do nível de uma variável leva à diminuição do nível da outra, pelo que se pode inferir que quando menos elevados são os objectivos profissionais mais acentuado é a exaustão emocional (*vide* figura 7), ou seja, quanto mais precocemente os enfermeiros pretendem abandonar a profissão maior é o nível de exaustão emocional, e no inverso, aqueles que pretendem manter a profissão até ao fim do seu percurso profissional também são aqueles que apresentam menores níveis de exaustão emocional.

Figura 7 – Diagrama das ligações causais significativas entre os objectivos profissionais e o *burnout*, nas suas diferentes dimensões.



Desse modo, e pelos resultados obtidos, podemos dizer que confirmamos a hipótese formulada (H_8) para a dimensão exaustão emocional.

4.4.9. OBJECTIVOS PROFISSIONAIS E ABSENTISMO LABORAL

A nona hipótese que formulamos para este estudo (H_9) é a seguinte: os objectivos profissionais influenciam o absentismo laboral.

No sentido de efectuarmos uma análise tipo predictor-critério, procuramos fazer equações de regressão simples em que consideramos os objectivos profissionais como variável preditora e o absentismo laboral como medida, cujos resultados podemos observar no quadro 36.

Quadro 36 – Coeficientes beta standardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre o absentismo laboral (medida) e os objectivos profissionais.

VARIÁVEIS PREDITORAS	MEDIDAS
	ABSENTISMO LABORAL
Objectivos profissionais	- 0,049

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Conforme verificamos da leitura e análise deste último quadro, os objectivos profissionais não têm influência no absentismo laboral, pelo que não confirmamos a hipótese formulada (H_9)

4.4.10. MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA E *BURNOUT*

Relativamente à décima hipótese deste estudo – a motivação intrínseca influencia o *burnout* – e de modo a verificarmos os pressupostos de confirmação, realizamos uma análise tipo predictor-critério a partir de equações de regressão simples, em que consideramos o *burnout* nas suas diferentes dimensões (a exaustão emocional, a despersonalização, e a realização pessoal) como medida e como variável preditora (independente) a motivação intrínseca, apresentando os seus resultados no quadro 37.

Quadro 37 – Coeficientes beta standardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre o *burnout*, nas suas diferentes dimensões (medidas) e a motivação intrínseca.

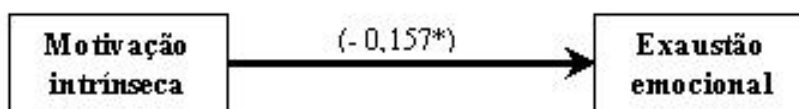
VARIÁVEIS PREDITORAS	MEDIDAS		
	EM	DP	RP
Motivação intrínseca	- 0,157*	0,011	- 0,062

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

EM – Exaustão emocional; DP – Despersonalização; RP – Realização pessoal.

Como podemos então verificar no quadro 37, a motivação intrínseca tem influência na exaustão emocional ($r^2 = - 0,157$; $p < 0,05$) estabelecendo uma relação negativa, donde inferimos que o aumento do nível de motivação intrínseca leva à diminuição do nível de exaustão emocional (*vide* figura 8).

Figura 8 – Diagrama das ligações causais significativas entre a motivação intrínseca e o burnout, nas suas diferentes dimensões.



Assim sendo, concluímos que se confirma a hipótese colocada (H_{10}), para a dimensão do *burnout*, a exaustão emocional.

4.4.11. MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA E ABSENTISMO LABORAL

Finalmente, a última das hipóteses que formulamos para esta investigação, a décima primeira, é a seguinte: a motivação intrínseca influencia o absentismo laboral (H_{11}).

Para confirmarmos esta hipótese, realizamos uma análise tipo predictor-critério a partir de equações de regressão simples, em que consideramos o absentismo laboral como medida e a motivação intrínseca como variável preditora, conforme podemos observar no quadro 38.

Quadro 38 – Coeficientes beta standardizados obtidos através de equações de regressão simples, efectuadas entre o absentismo laboral (medida) e a motivação intrínseca.

VARIÁVEIS PREDITORAS	MEDIDA
	ABSENTISMO LABORAL
motivação intrínseca	- 0,046

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

Da análise e leitura deste último quadro, constatamos que a motivação intrínseca não influencia o absentismo laboral, pelo que podemos dizer que não confirmamos a hipótese colocada.

4.4. OUTRAS RELAÇÕES SIGNIFICATIVAS ENTRE AS VARIÁVEIS

Para além dos resultados que temos vindo a apresentar e analisar em conformidade com os objectivos desta investigação, quisemos também saber quais as relações significativas estabelecidas com as restantes variáveis estudadas, pelas variáveis que se apresentam seguidamente: motivação intrínseca; objectivos profissionais; factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, na escala total e subescalas (respectivamente factores interpessoais e do ambiente de trabalho, factores psicossomáticos e de condições de trabalho, factores administrativo-laborais, e os factores de gestão do tempo e da carreira); e problemas de saúde relacionados com o stresse, assim como os respectivos factores (problemas psicossomáticos, e problemas somáticos).

Tal preocupação veio não só no sentido de aprofundarmos o nosso conhecimento sobre todas as variáveis estudadas, como também de procurarmos saber se viríamos a encontrar relações significativas que eventualmente pudessem ser interessar aos objectivos desta pesquisa.

Assim sendo, realizámos sucessivas correlações de Pearson (r) de modo a determinarmos quais as associações significativas que se estabeleciam entre as variáveis anteriormente mencionadas, assim como os respectivos sentido das tendências lineares.

Começamos então por estabelecer uma série de correlações entre as variáveis sociodemográficas, os objectivos profissionais, a motivação intrínseca, e os problemas de saúde relacionados com o stresse, e os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, cujos resultados podemos observar no quadro 39.

Quadro 39 – Correlações entre as variáveis sociodemográficas, os objectivos profissionais, a motivação intrínseca, os problemas de saúde relacionados com o stress, e os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral.

VARIÁVEIS	FMERAL	FMERAL 1	FMERAL 2	FMERAL 3	FMERAL 4
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	-----	-----	-----	-----	-----
Idade	- 0,106	- 0,106	- 0,138	0,004	- 0,126
Sexo (género)	- 0,073	- 0,107	0,018	- 0,124	- 0,014
Estado Civil	- 0,125	- 0,156*	- 0,107	- 0,019	- 0,139
Existência de filhos	0,086	0,088	0,075	- 0,020	0,169*
Número de filhos existente	0,097	0,055	0,040	0,174	0,069
Idade dos filhos	- 0,041	- 0,087	- 0,145	0,040	0,107
Existência de familiares portadores de deficiência ou doença crónica grave a cargo	0,079	0,035	0,039	0,138	0,070
Residir e trabalhar no mesmo concelho	0,020	0,107	- 0,051	- 0,026	0,009
Tempo de casa ao trabalho	0,116	0,142	0,086	0,072	0,071
Habilitações literárias	0,216**	0,232**	0,192**	0,184*	0,096
A Enfermagem como primeira escolha profissional?	0,034	- 0,010	0,014	0,021	0,115
Tipo de serviço onde trabalha	0,148*	0,162*	0,079	0,198**	0,055
Escolheu trabalhar neste serviço?	- 0,021	0,020	0,049	- 0,093	- 0,085
Tempo de serviço na profissão	- 0,112	- 0,115	- 0,144*	0,006	- 0,115
Tempo de serviço no actual serviço	- 0,167*	- 0,183*	- 0,151*	- 0,027	- 0,193**
Ter especialização profissional	- 0,040	- 0,021	- 0,072	- 0,049	0,020
Exercer algum cargo/função de responsabilidade acrescida no serviço	- 0,016	0,048	- 0,061	- 0,052	0,004
Tipo de cargo	0,385**	0,392**	0,323*	0,310*	0,276
OBJECTIVOS PROFISSIONAIS	- 0,023	- 0,055	0,024	- 0,068	0,036
MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA	0,107	0,077	0,149*	0,015	0,122
PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS COM O STRESSE	0,214**	0,184*	0,185**	0,155*	0,177*
Problemas psicossomáticos	0,204**	0,183*	0,180*	0,132	0,173*
Problemas somáticos	0,198**	0,164*	0,168*	0,157*	0,158*

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

FMERAL – Factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral; FMERAL1 – Factores interpessoais e do ambiente de trabalho; FMERAL2 – Factores psicossomáticos e de condições de trabalho; FMERAL3 – Factores administrativo-laborais; FMERAL4 – Factores de gestão do tempo e da carreira.

Da leitura e análise do quadro 39, podemos dizer que encontramos associações significativas entre os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, e as seguintes variáveis: habilitações literárias ($r = 0,216, p < 0,01$); tipo de serviço onde trabalha ($r = 0,148, p < 0,05$); tempo de serviço no actual serviço ($r = 0,167, p < 0,05$); tipo de cargo ($r = 0,385, p < 0,01$); e problemas de saúde relacionados com o stresse ($r = 0,214, p < 0,01$) – e os seus factores – problemas psicossomáticos ($r = 0,204, p < 0,01$), e problemas somáticos ($r = 0,198, p < 0,05$).

No que respeita às subescalas consideradas para a variável factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, encontramos as seguintes associações que consideramos como significativas:

- Factores interpessoais e do ambiente de trabalho – estado civil ($r = - 0,156, p < 0,05$); habilitações literárias ($r = 0,232, p < 0,01$); tipo de serviço onde trabalha ($r = 0,162, p < 0,05$); tempo de serviço no actual serviço ($r = - 0,183, p < 0,05$); tipo de cargo ($r = 0,392, p < 0,01$); problemas de saúde relacionados com o stresse ($r = 0,184, p < 0,05$) – e os seus factores – problemas psicossomáticos ($r = 0,183, p < 0,05$), e problemas somáticos ($r = 0,164, p < 0,05$);
- Factores psicossomáticos e de condições de trabalho – habilitações literárias ($r = 0,192, p < 0,01$); tempo de serviço na profissão ($r = - 0,144, p < 0,05$); tempo de serviço no actual serviço ($r = - 0,151, p < 0,05$); tipo de cargo ($r = 0,323, p < 0,05$); motivação intrínseca ($r = 0,149, p < 0,05$); problemas de saúde relacionados com o stresse ($r = 0,185, p < 0,01$) – e os seus factores – problemas psicossomáticos ($r = 0,180, p < 0,05$), e problemas somáticos ($r = 0,168, p < 0,05$);
- Factores administrativo-laborais – Habilitações literárias ($r = 0,184, p < 0,05$); tipo de serviço onde trabalha ($r = 0,198, p < 0,01$); tipo de cargo ($r = 0,310, p < 0,05$); problemas de saúde relacionados com o stresse ($r = 0,155, p < 0,05$), e o seu factor problemas somáticos ($r = 0,157, p < 0,05$);

- Factores de gestão do tempo e da carreira – existência de filhos ($r = 0,169, p < 0,05$); tempo de serviço no actual serviço ($r = - 0,193, p < 0,01$); problemas de saúde relacionados com o stress ($r = 0,177, p < 0,05$) – e os seus factores – problemas psicossomáticos ($r = 0,173, p < 0,05$), e problemas somáticos ($r = 0,158, p < 0,05$).

Seguidamente fomos estabelecer correlações entre as diferentes variáveis sociodemográficas, os objectivos profissionais, os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, a motivação intrínseca, e os problemas de saúde relacionados com o stress, conforme podemos observar no quadro 40.

Quadro 40 – Correlações entre as variáveis sociodemográficas, os objectivos profissionais, os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, a motivação intrínseca, e os problemas de saúde relacionados com o stress.

VARIÁVEIS	PSRS	PPSM	PSM
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	----- -	----- -	----- -
Idade	- 0,140	- 0,164*	- 0,103
Sexo (género)	0,154*	0,212**	0,087
Estado Civil	- 0,115	- 0,099	- 0,115
Existência de filhos	0,113	0,119	0,094
Número de filhos existente	- 0,070	- 0,128	- 0,012
Idade dos filhos	- 0,051	- 0,140	0,031
Existência de familiares portadores de deficiência ou doença crónica grave a cargo	- 0,042	- 0,042	- 0,038
Residir e trabalhar no mesmo concelho	0,004	- 0,025	0,027
Tempo de casa ao trabalho	0,175*	0,160*	0,165*
Habilitações literárias	0,063	0,093	0,030
A Enfermagem como primeira escolha profissional?	- 0,123	- 0,118	- 0,113
Tipo de serviço onde trabalha	- 0,145*	- 0,131	- 0,140
Escolheu trabalhar neste serviço?	0,081	0,093	0,062
Tempo de serviço na profissão	- 0,144*	- 0,182*	- 0,095
Tempo de serviço no actual serviço	- 0,229**	- 0,221**	- 0,209**
Ter especialização profissional	0,113	0,132	0,085
Exercer algum cargo/função de responsabilidade acrescida no serviço	0,030	0,027	0,029
Tipo de cargo	0,274	0,276	0,218
OBJECTIVOS PROFISSIONAIS	- 0,077	0,001	- 0,133
MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA	0,030	0,073	- 0,010

(cont.)

(cont. quadro 40)

VARIÁVEIS	PSRS	PPSM	PSM
FACTORES DE MAL-ESTAR RELACIONADOS COM O ABSENTISMO LABORAL	0,214**	0,204**	0,198**
Factores interpessoais e do ambiente de trabalho	0,184*	0,183*	0,164*
Factores psicossomáticos e de condições de trabalho	0,185**	0,180*	0,168*
Factores administrativo-laborais	0,155*	0,132	0,157*
Factores de gestão do tempo e da carreira	0,177*	0,173*	0,158*

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

PSRS – Problemas de saúde relacionados com o stresse; PPSM – Problemas psicossomáticos; PSM – Problemas somáticos.

Da leitura e análise do quadro 40, encontramos as seguintes associações significativas entre os problemas de saúde relacionados com o stresse, e as restantes variáveis consideradas neste quadro: sexo (género) ($r = 0,154$, $p < 0,05$); tempo de casa ao trabalho ($r = 0,175$, $p < 0,05$); tipo de serviço onde trabalha ($r = - 0,145$, $p < 0,05$); tempo de serviço na profissão ($r = - 0,144$, $p < 0,05$); tempo de serviço no actual serviço ($r = - 0,229$, $p < 0,01$); factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral ($r = 0,214$, $p < 0,01$) – e as suas subescalas – factores interpessoais e do ambiente de trabalho ($r = 0,184$, $p < 0,05$); factores psicossomáticos e de condições de trabalho ($r = 0,185$, $p < 0,01$); factores administrativo-laborais ($r = 0,155$, $p < 0,05$); factores de gestão do tempo e da carreira ($r = 0,177$, $p < 0,05$).

No que se refere aos factores da variável problemas de saúde relacionados com o stresse, as associações significativas encontradas são as seguintes:

- Problemas psicossomáticos – idade ($r = - 0,164$, $p < 0,05$); sexo (género) ($r = 0,212$, $p < 0,01$); tempo de casa ao trabalho ($r = 0,160$, $p < 0,05$); tempo de serviço na profissão ($r = - 0,182$, $p < 0,05$); tempo de serviço no actual serviço ($r = - 0,221$, $p < 0,01$); factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral ($r = 0,204$, $p < 0,01$) – e as suas subescalas – factores interpessoais e do ambiente de trabalho ($r = 0,183$, $p < 0,05$); factores psicossomáticos e de condições de trabalho ($r = 0,180$, $p < 0,05$); e factores de gestão do tempo e da carreira ($r = 0,173$, $p < 0,05$);

- Problemas somáticos – tempo de casa ao trabalho ($r = 0,165, p < 0,05$); tempo de serviço no actual serviço ($r = - 0,209, p < 0,01$); factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral ($r = 0,198, p < 0,01$) – e as suas subescalas – factores interpessoais e do ambiente de trabalho ($r = 0,164, p < 0,05$); factores psicossomáticos e de condições de trabalho ($r = 0,168, p < 0,05$); factores administrativo-laborais ($r = 0,157, p < 0,05$); factores de gestão do tempo e da carreira ($r = 0,158, p < 0,05$).

Por fim, fomos estabelecer correlações entre os objectivos profissionais e a motivação intrínseca com as variáveis sociodemográficas, os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, e os problemas de saúde relacionados com o stresse, assim como entre os objectivos profissionais e a motivação intrínseca, conforme podemos verificar no quadro 41.

Quadro 41 – Correlações entre as variáveis sociodemográficas, os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral e os seus factores, os problemas de saúde relacionados com o stresse e os seus factores, os objectivos profissionais, e a motivação intrínseca.

VARIÁVEIS	OBJECTIVOS PROFISSIONAIS	MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	-----	-----
Idade	0,062	0,009
Sexo (género)	0,116	-0,036
Estado Civil	-0,001	-0,044
Existência de filhos	-0,025	-0,001
Número de filhos existente	-0,142	-0,126
Idade dos filhos	-0,101	-0,096
Existência de familiares portadores de deficiência ou doença crónica grave a cargo	-0,109	-0,022
Residir e trabalhar no mesmo concelho	-0,043	-0,040
Tempo de casa ao trabalho	0,026	-0,080
Habilitações literárias	0,002	0,010
A Enfermagem como primeira escolha profissional?	-0,077	-0,044
Tipo de serviço onde trabalha	-0,079	0,036
Escolheu trabalhar neste serviço?	-0,030	0,100
Tempo de serviço na profissão	0,010	0,012
Tempo de serviço no actual serviço	0,116	0,089

(cont.)

(cont. quadro 41)

Ter especialização profissional	0,112	0,027
Exercer algum cargo/função de Responsabilidade acrescida no serviço	0,023	-0,084
Tipo de cargo	-0,165	-0,092
OBJECTIVOS PROFISSIONAIS	-----	0,220**
FACTORES DE MAL-ESTAR RELACIONADOS COM O ABSENTISMO LABORAL	-0,023	0,107
Factores interpessoais e do ambiente de trabalho	-0,055	0,077
Factores psicossomáticos e de condições de trabalho	0,024	0,149*
Factores administrativo-laborais	-0,068	0,015
Factores de gestão do tempo e da carreira	0,036	0,122
MOTIVAÇÃO INTRÍNSECA	0,220**	-----
PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS COM O STRESSE	-0,077	0,030
Problemas psicossomáticos	0,001	0,073
Problemas somáticos	-0,133	-0,010

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Conforme podemos verificar pela leitura e análise do quadro 41, as associações significativas que encontramos entre os objectivos profissionais, a motivação intrínseca e as restantes variáveis consideradas, assim como entre os objectivos profissionais e a motivação intrínseca, são as seguintes:

- Objectivos profissionais – motivação intrínseca ($r = 0,220$, $p < 0,01$);
- Motivação intrínseca – objectivos profissionais ($r = 0,220$, $p < 0,01$); factores psicossomáticos e de condições de trabalho ($r = 0,149$, $p < 0,05$).

4.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos relativamente à caracterização sociodemográfica da população estudada vêm de encontro a outros estudos realizados com enfermeiros (Carapinheiro & Lopes, 1997; Queirós, 2005), designadamente nos aspectos relativos à idade, sexo ou género sexual, estado civil, e distância de casa ao trabalho.

Assim, constatamos que esta população é constituída maioritariamente por: jovens adultos, com uma idade média de 33 anos (que variam entre 21 e 60 anos), de sexo feminino (75,4%); solteiros (49,2%); sem filhos (64,1%), embora os que têm filhos, em média tenham dois (variando entre um e quatro filhos), com uma idade média de 13 anos (variando um ou menos anos e 38); detentores de licenciatura académica (63,5%); residem e trabalham no mesmo concelho (66,1%); demoram menos de 30 minutos de casa ao trabalho (92,7%); e não têm familiares portadores de deficiência ou doença crónica grave a cargo (93,5%).

Para além disso, a maioria: teve a Enfermagem como primeira escolha profissional (85,5%), e escolheu o serviço onde exerce funções (76,7%); trabalha em serviços com valência de Medicina Interna (32,5%); é enfermeiro generalista, *i.e.*, não tem nenhuma especialidade (90,2%); tem um tempo médio de exercício profissional de 10 anos (variando entre menos de um ano e 35 anos); um tempo médio de permanência no serviço onde trabalha de cinco anos (que varia entre menos de um ano e 31 anos); e não exerce nenhum cargo de responsabilidade acrescida no serviço (77,8%), e os que exercem estes cargos (23,2%, n = 45) são chefes de equipa (33,3%).

Por outro lado, em relação ao absentismo laboral, observamos que a maioria dos sujeitos estudados no último ano, não faltou ao trabalho ou no máximo faltou três dias (83,2%), e destes, 65,4% não mesmo faltou mesmo nenhum dia, o que nos leva a dizer que esta população apresenta um absentismo baixo.

Relativamente às escalas que utilizamos neste estudo, e dado que cumprimos os critérios de Tinsley e Tinsley (1987) para a globalidade das escalas, então podemos dizer que os resultados podem ser generalizados para a população estudada (Jesus, 1995, 1996; Pacheco, 2002), salvo devidas ressalvas resultantes do facto da amostra ter sido constituída por conveniência.

Assim, os factores de mal-estar (profissional e pessoal) relacionados com o absentismo laboral foram avaliados pelo instrumento de pesquisa que mencionamos previamente, e que consiste numa escala denominada “Escala de factores de mal-estar associados ao absentismo laboral” (EFAL), na qual encontramos quatro subescalas (EFAL 1 – Factores interpessoais e do ambiente de trabalho; EFAL 2 – Factores psicossomáticos e de condições de trabalho; EFAL 3 – Factores administrativo-laborais, e; EFAL 4 – Factores de gestão do tempo e da carreira).

Verificamos então que o valor médio (x) obtido com esta escala, assim como nas respectivas subescalas, é aproximadamente de três pontos, ou seja, estão situadas em valores médios (atendendo à amplitude da escala - de 1 a 6 pontos), embora seja de referirmos que destes os valores mais baixos foram obtidos na subescala EFAL 4 – Factores de gestão do tempo e da carreira ($x = 2,60$), e os valores mais altos na subescala EFAL 2 – Factores psicossomáticos e das condições de trabalho ($x = 3,20$).

Numa análise do comportamento dos itens desta escala relativamente às médias que apresentavam, observamos ainda que os itens que apresentam médias mais elevadas são o “Cansaço” ($x = 3,77$) e o “Stresse e ansiedade” ($x = 3,53$), o que está em conformidade com os resultados apresentados na subescala relativa aos factores psicossomáticos e das condições de trabalho, uma vez que estes sintomas podem ser considerados como queixas psicossomáticas.

Ou seja, podemos então dizer em termos gerais, que a população estudada atribui aos factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral uma importância média na ocorrência do absentismo laboral, se bem que dê uma maior relevância aos factores psicossomáticos e das condições de trabalho, o que vem de encontro à revisão da literatura que efectuamos, designadamente no que respeita aos aspectos etiológicos do absentismo em Enfermagem.

De facto, e tal como já referimos no enquadramento teórico, apesar do absentismo laboral em Enfermagem ser habitualmente justificado por doença comum, tal não significa que este seja

o verdadeiro motivo para estas ausências (Otero, 1993, *cit. in* Silva & Marziale, 2000). De facto, muitas vezes a responsabilidade por esta situação cabe à qualidade das condições de trabalho (Benavides *et al.*, 2001; Silva & Marziale, 2003).

Doutro modo, o facto de os resultados em termos gerais estarem situados em torno da média, pode estar relacionado com a dificuldade em se encontrar uma relação precisa de causa e efeito relativamente a este tipo de absentismo, tal como é sugerido por Couto (1987) (Silva & Marziale, 2000; Nascimento, 2003).

No que respeita aos objectivos profissionais, a maioria dos enfermeiros estudados (95,3%) pretende manter a profissão, até o fim do seu percurso profissional (73,8%), ou pelo menos durante parte deste mesmo percurso (21,5%), enquanto que para a motivação intrínseca – que foi avaliada pela aplicação da “Escala de avaliação da motivação intrínseca”, adaptada do “Instrumento de avaliação de variáveis de motivação profissional” de Jesus (1995) – os valores encontrados, aproximadamente seis pontos ($x = 5,82$), estejam claramente acima da média desta escala (é uma escala de sete pontos), o que indica um nível elevado neste tipo de motivação, o que está em consonância com os resultados obtidos relativamente aos objectivos profissionais, vindo também de encontro à literatura consultada.

Efectivamente, Pinder (1998, *cit. in* Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha, & Cabral-Cardoso, 2003), define a motivação como a força que moldam o comportamento do indivíduo no trabalho, influenciando entre vários factores, a sua duração, sendo a motivação intrínseca, de acordo com Fontaine (1990, *cit. in* Jesus, 2000), determinada pelo interesse das pessoas na tarefa, o que pode explicar o facto dos enfermeiros estudados apresentarem neste tipo de motivação um nível elevado, assim como de a sua maioria pretender manter a profissão ao longo do percurso profissional.

No entanto, quando abordarmos a relação entre as variáveis em estudo, designadamente nas hipóteses formuladas para esta pesquisa, veremos esta questão mais concretamente.

Relativamente ao síndrome de *burnout*, podemos observar a partir dos resultados obtidos com a aplicação do “Inventário de *Burnout* de Maslach” – na adaptação portuguesa para enfermeiros da “*Maslach Burnout Inventory*” (MBI) de Maslach e Jackson (1981), efectuada por Parreira e Sousa (2000) – que a maioria da população estudada se encontra distribuída pelos níveis de exaustão emocional (57,2%) e de despersonalização (61,3%) classificados como baixos, e pelo nível de realização pessoal (41,2%) considerado alto, o que está de acordo com as médias que encontramos para as dimensões deste síndrome, em que as médias relativas à exaustão emocional ($x = 2,02$) e à despersonalização ($x = 1,02$) são inferiores à realização pessoal ($x = 4,23$).

De referirmos contudo, que o segundo grupo estatisticamente mais significativo é o dos indivíduos que se distribuem pelos níveis de exaustão emocional (23,2%) e de despersonalização (23,8%) classificados como altos, e pelo nível de realização pessoal (30,4%) considerado baixo.

Assim sendo, e conforme os critérios utilizados (Maslach & Jackson, 1997; Parreira & Sousa, 2000; Borges *et al.*, 2002), podemos dizer que o nível geral de *burnout* na maioria dos sujeitos desta população pode ser considerado baixo, embora o segundo grupo estatisticamente mais significativo seja o do sujeitos que apresentam um nível geral de *burnout* considerado elevado.

No que respeita aos problemas de saúde relacionados com o stresse, e como já mencionamos, esta variável foi avaliada por uma escala denominada “Escala de problemas de saúde relacionados com o stresse” (Pacheco, Murcho, A. Pacheco & A. Murcho, 2006), na qual

foram identificadas duas subescalas que são: F1 – “problemas psicossomáticos”, e; F2 – “problemas somáticos”.

Observamos então que o valor médio obtido com a aplicação desta escala, e subescalas anteriormente referidas, se situa abaixo das médias para as mesmas atendendo às suas amplitudes (de um a sete pontos), e variam entre dois pontos aproximadamente, para a “Escala de problemas de saúde relacionados com o stresse” e para a subescala “problemas psicossomáticos” (F1), e cerca de três pontos para a subescala “problemas somáticos” (F2), verificando-se os valores mais elevados nesta última subescala ($x = 2,70$) e os valores mais baixos na primeira subescala ($x = 2,23$).

Uma vez que estes valores se encontram abaixo do ponto médio desta escala, podemos então dizer que a população estudada apresenta níveis relativamente baixos nos problemas de saúde relacionados com o stresse, na escala principal e respectivas subescalas, se bem que os factores somáticos apresentem níveis ligeiramente mais elevados.

Por outro lado, numa análise do comportamento dos itens da “Escala de problemas de saúde relacionados com o stresse” em relação à média, constatamos que as médias mais elevadas se verificaram para os itens “Cansaço” ($x = 3,96$) e “Esquecimentos” ($x = 3,22$), o que vem de encontro a resultados obtidos com a “Escala de factores de mal-estar associados ao absentismo laboral”, em que numa análise semelhante à que efectuamos para esta última escala, o cansaço também prevaleceu sobre os restantes itens, o que também está de acordo com a literatura consultada a este respeito, em que o cansaço, e mesmo os esquecimentos, parecem resultar da resposta do organismo a um estado de tensão física e psíquica prolongada (Strobe & S. Stroebe, 1999; Murta & Troccóli, 2004; Ogden, 2004; Pais Ribeiro, 2005).

Relativamente às hipóteses que formulamos para este estudo, os testes estatísticos realizados permitiram-nos confirmar as seguintes:

H₁ – O *burnout* tem influência no absentismo laboral.

No que respeita a esta hipótese, embora não tenhamos encontrado relações significativas entre todas as dimensões do síndrome de *burnout* e o fenómeno do absentismo laboral, contudo encontramos uma relação significativa entre a exaustão emocional e o absentismo laboral ($r^2 = 0,149$, $p < 0,05$) que é positiva, o que nos leva a inferir a este respeito, que nesta população o aumento do nível de exaustão emocional leva ao aumento deste tipo de absentismo, permitindo-nos dizer que o *burnout* tem influência no absentismo laboral, a nível da exaustão emocional.

Este facto, poderá ter relação com outros resultados que apresentamos, designadamente os níveis baixos de *burnout* e de absentismo laboral que observamos nos sujeitos estudados, embora seja de referirmos em relação ao *burnout*, que o segundo grupo estatisticamente mais significativo corresponde aos sujeitos que apresentam um nível elevado para este síndrome.

De certa forma estes resultados também parecem justificar os valores obtidos relativos ao cansaço e esquecimentos, os quais apresentam médias elevadas, e estão de acordo com o que referem a este respeito Scaufeli e Buunk (1996) relativamente às manifestações de *burnout*, em que assinalam a fadiga (no campo das manifestações físicas), a dificuldade de concentração, e os esquecimentos (enquanto sintomas cognitivos, no campo das manifestações mentais).

Tais factos parecem-nos ser consonantes com a literatura consultada, nomeadamente pela razão de a exaustão emocional ser a primeira dimensão deste síndrome a instalar-se (Maslach & Leiter, 1997; Ballone, 2002), assim como com o facto de o absentismo laboral poder ser um mecanismo de defesa face às pressões exercidas (Robbins, 2002).

H₂ – Existe influência das variáveis sociodemográficas sobre o absentismo laboral.

Dos resultados obtidos podemos dizer que as variáveis sociodemográficas que influenciam o absentismo laboral são as seguintes: idade ($r^2 = 0,166$; $p < 0,05$); estado civil ($r^2 = 0,254$; $p < 0,001$); existência de filhos ($r^2 = - 0,303$; $p < 0,000$); habilitações literárias ($r^2 = - 0,194$;

$p < 0,01$); tipo de serviço onde trabalha ($r^2 = 0,192$; $p < 0,01$); tempo de serviço na profissão ($r^2 = 0,172$; $p < 0,05$); e tempo de serviço no actual serviço ($r^2 = 0,218$; $p < 0,01$).

Desse modo podemos dizer que existe influência das variáveis sociodemográficas no absentismo laboral, inferindo nós destes resultados que são os enfermeiros mais velhos, com mais tempo de serviço na profissão e no actual serviço, com menos habilitações, e que têm filhos, aqueles que apresentam um maior absentismo no trabalho, e que são os sujeitos solteiros aqueles que apresentam menor absentismo, havendo também relação entre o tipo de serviço onde trabalham e o aumento do absentismo.

Estes resultados vêm ao encontro de alguns aspectos da literatura consultada a este respeito. Assim, os autores consultados são unânimes em considerarem como causas do absentismo laboral, variáveis como: a idade; o estado civil; a escolaridade; o local de trabalho, que aqui pode ser visto como o tipo de serviço onde trabalha; e o tempo de trabalho na empresa, que aqui pode ser visto como o tempo de serviço na profissão e no serviço (Meira, 1982, *cit. in* Nascimento, 2003; Urbina & Urbina de Urbina, 2000; Sekiou *et al.*, 2001; Reis *et al.*, 2003).

Por outro lado, estudos realizados por Nascimento (2003) ou por Reis *et al.* (2003) encontraram relação entre a estabilidade do vínculo laboral e o aumento do absentismo nos enfermeiros.

A este respeito, e embora não tenhamos pesquisado esta variável, podemos no entanto pressupor que a relação encontrada entre o aumento do tempo de serviço na profissão e no serviço, e o absentismo laboral, pode indicar que são sujeitos com vínculo laboral mais estável (à partida serão os indivíduos com mais tempo de serviço terão vínculos mais estáveis que os sujeitos com menos tempo de serviço), o que possivelmente vem de encontro a estes resultados e pode explicar o facto de contrariamente a outros estudos, dos quais mencionamos os trabalhos de Reis *et al.* (2003) ou de Duran e Cocco (2004), não termos encontrado relação entre a diminuição da idade e aumento do número de faltas.

No que respeita à relação entre género sexual e absentismo laboral, não encontramos nenhuma associação significativa contrariamente à literatura consultada (Meira, 1982, *cit. in* Nascimento, 2003; Urbina & Urbina de Urbina, 2000; Sekiou *et al.*, 2001; Reis *et al.*, 2003).

Contudo, o facto de termos encontrado relação entre a existência de filhos e o absentismo, mas não, como já foi mencionado, entre o género sexual e este fenómeno, pode-nos levar a pensar que nesta população, os homens e as mulheres são igualmente responsáveis pelo seu cuidado.

H3 – As variáveis sociodemográficas influenciam o *burnout*.

Os resultados obtidos neste estudo levam-nos a inferir que existe influência das variáveis sociodemográficas no *burnout*, relativamente às três dimensões deste síndrome, para os seguintes aspectos: o tempo de casa ao trabalho ($r^2 = 0,155$; $p < 0,05$), e o tipo de cargo ($r^2 = 0,435$; $p < 0,01$), em relação à exaustão emocional; a existência de filhos ($r^2 = - 0,154$; $p < 0,05$) em relação à despersonalização; e o número de filhos existente ($r^2 = 0,286$; $p < 0,05$), e o tipo de cargo ($r^2 = 0,386$; $p < 0,01$) em relação à realização pessoal.

Induzimos então que os sujeitos que levam mais tempo de casa ao trabalho, bem como aqueles que desempenhando cargos/funções de responsabilidade acrescida têm os graus hierárquicos menos importantes, são os que apresentam maior nível de exaustão emocional; os enfermeiros que têm filhos são aqueles que têm níveis mais elevados de despersonalização; e os indivíduos que têm mais filhos e/ou aqueles que desempenhando cargos/funções de responsabilidade acrescida têm os graus hierárquicos menos importantes são os que registam um maior nível de realização pessoal.

Estes resultados estão em consonância com o enquadramento teórico efectuado. Assim, relativamente ao tipo de cargos exercidos, e como já referimos, os enfermeiros que exercem cargos de menor importância hierárquica em termos da organização deste sector e carreira socioprofissional, são aqueles que apresentam os níveis mais elevados de exaustão emocional, embora sejam também aqueles que apresentam os níveis mais elevados de realização pessoal.

A este respeito é importante mencionarmos, até mesmo pela nossa própria experiência profissional, que no exercício destes cargos ou funções quanto mais baixo é o grau hierárquico maior é a pressão, dado que ela é exercida em dois sentidos: de baixo para cima (subalterno-superior); e de cima para baixo (superior-subalterno). Tal facto leva a uma sobrecarga de trabalho, principalmente do ponto de vista psicoemocional (e muitas vezes mesmo físico), levando ao um aumento da exaustão emocional, como é sugerido por Gil-Monte (2002) a partir dos estudos que realizou com enfermeiros.

No entanto, o facto dos enfermeiros que exercem cargos de menor importância hierárquica também terem maiores níveis de realização pessoal, pode decorrer da situação de se encontrarem mais próximos da prestação de cuidados, e portanto, terem também uma maior envolvimento na decisão directa sobre o desenvolvimento dos próprios processos de trabalho, o que de certa forma permite ao trabalhador manter estáveis os valores inerentes ao trabalho (Porto & Tamayo, 2003), aumentando o seu *empowerment* e maximizando os efeitos da motivação profissional (Kohn, 1993, *cit. in* Cunnighan, 2000).

Doutro modo, o facto de o aumento do tempo de casa ao trabalho levar ao aumento dos níveis de exaustão emocional, parece estar relacionado com a sobrecarga e desgaste físico e emocional que morar longe do emprego acarreta, factores que contribuem para o surgimento de *burnout*, o que vem de acordo com o que é mencionado a este respeito por autores como Méis *et al.* (2003) ou Gil-Monte (2002).

Por fim, a parentalidade por toda a problemática envolvente que acarreta nos nossos dias, pode ser vista como um elemento stressor que contribui para o desenvolvimento ou agravamento de stress ocupacional, o qual, como aliás já mencionamos, pode levar ao surgimento de *burnout*, tal como é defendido por autores como Martinez (1997), Parreira e Sousa (2000), ou La Peña *et al.* (2002), o que parece explicar esta associação significativa que encontramos entre a existência de filhos e o aumento do nível de despersonalização.

De facto, e como já foi referido no enquadramento teórico, o trabalho tem-se vindo a tornar cada vez mais exigente para os trabalhadores obrigando a uma maior necessidade de qualificação e de competências, assim como a uma maior disponibilidade da sua parte para participarem no processo produtivo (Whitaker, 1997; Rebelo, 2002).

No campo da saúde, onde a Enfermagem se insere, o trabalho tem especificidades que assentam nas próprias características económicas desta actividade (Campos & Albuquerque, 1998) e que resultam entre outros aspectos, da intensa relação interpessoal que é necessário manter para permitir a eficácia do acto, de modo a cumprir o seu objectivo que é a produção de cuidados (Rodrigues & Araújo, [2004]; Merhy, 1995), o que traz exigências acrescidas sobre estes profissionais e predispõem a uma diversidade de riscos e de complicações (Ferreira, 1999), das quais destacamos o facto dos enfermeiros estarem mais sujeitos aos efeitos do stresse ocupacional que outros grupos socioprofissionais (Lautert, Chaves & Moura, 1999; Vaz Serra, 1999; Jesus & Costa, 2002), o que eventualmente será agravado pela existência de filhos, como mencionamos.

Por outro lado, o facto de termos encontrado uma associação significativa entre o aumento do número de filhos e o aumento da realização pessoal, pode levar-nos a pensar que, apesar da existência de filhos poder propiciar o desenvolvimento do síndrome de *burnout* (por via do aumento da despersonalização, como já referimos), contudo, o ter mais filhos pode diminuir o desenvolvimento deste síndrome (por via do aumento da realização pessoal), parecendo ter aqui um efeito amortecedor ou protector no seu surgimento.

Podemos então pensar a este respeito, que as pessoas que têm mais filhos encaram a parentalidade com menos stresse que aqueles que têm menos filhos, até mesmo por uma questão de maior experiência a este respeito. Além disso, parece-nos que na população de enfermeiros o ter mais filhos é quase sempre uma opção de vida (até pela formação técnica e científica que estes profissionais têm a nível da saúde reprodutiva).

De referir ainda que este resultado, de certa forma colide com alguns aspectos da literatura consultada, designadamente os trabalhos de Gil-Monte e Peiró (1997, *cit. in* Borges *et al.*, 2002), uma vez que para estes autores a inexistência de filhos pode ser um factor facilitador para o surgimento do síndrome de *burnout*.

H4 – Os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral têm influência no *burnout*.

Relativamente a esta hipótese, e a partir dos resultados obtidos, podemos dizer que o *burnout* é influenciado pelos factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral (FMERAL), o que nos leva a dizer que confirmamos a mesma.

Assim sendo, constatamos que os FMERAL bem como as suas subescalas – factores interpessoais e do ambiente de trabalho (FMERAL 1); factores psicossomáticos e de condições de trabalho (FMERAL 2); factores administrativo-laborais (FMERAL 3); factores de gestão do tempo e da carreira (FMERAL 4) – influenciam o síndrome de *burnout*, unicamente para a sua dimensão exaustão emocional, com os seguintes resultados: FMERAL ($r^2 = 0,277$; $p < 0,001$); FMERAL 1 ($r^2 = 0,237$; $p < 0,01$); FMERAL 2 ($r^2 = 0,246$; $p < 0,01$); FMERAL 3 ($r^2 = 0,258$; $p < 0,001$); e FMERAL 4 ($r^2 = 0,164$; $p < 0,05$).

Desse modo, podemos dizer que ao aumento dos níveis nos FMERAL corresponde um aumento dos níveis de exaustão emocional, sendo ainda de referir que as relações mais fortes foram encontradas para a variável em si mesmo (FMERAL) e para os seus factores administrativo-laborais.

De acordo com o enquadramento teórico por nós efectuado, concluímos entre outros aspectos que os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral parecem resultar das respostas inadequadas ao stresse emocional crónico dadas pelos trabalhadores, neste caso enfermeiros, e ocorrem quando não são utilizadas de forma eficaz, estratégias de mediação individuais e colectivas capazes de fazer face às adversidades do contexto profissional (Jesus, 2000, 2001; Mendes, 2004; Siqueira & Padovam, 2004).

Por outro lado, também sabemos que o síndrome de *burnout*, que para alguns autores é um sinónimo do stresse ocupacional crónico (Guido, 2003), apresenta como primeira manifestação a exaustão emocional (Maslach & Leiter, 1997).

Então, podemos dizer que os resultados por nós obtidos ao testar esta hipótese estão em consonância com a literatura consultada, o que parecem explicar o facto de somente termos encontrado relações significativas entre os factores de mal-estar estudados e a exaustão emocional, bem como com o facto de o aumento de nível nestes factores levar aparentemente ao aumento do nível nesta dimensão do *burnout*.

H6 – O *burnout* influencia os problemas de saúde relacionados com o stresse.

Os resultados obtidos permitem-nos dizer que confirmamos esta hipótese, ou seja, que os problemas de saúde relacionados com o stresse são influenciados pelo *burnout*.

Como já havíamos mencionado, a variável problemas de saúde relacionados com o stresse, apresenta dois factores que são os problemas psicossomáticos (F1) e os problemas somáticos (F2).

Desse modo, do tratamento e da análise estatística por nós efectuada para testar esta hipótese, podemos constatar que das dimensões do *burnout* estudadas, somente a exaustão emocional tem influência nos problemas de saúde relacionados com o stresse ($r^2 = 0,447$; $p < 0,001$), bem como com os seus factores: os problemas psicossomáticos ($r^2 = 0,320$; $p < 0,001$); e os problemas somáticos ($r^2 = 0,502$; $p < 0,001$).

Podemos então dizer que o aumento dos níveis de exaustão emocional leva ao aumento da frequência dos problemas de saúde relacionados com o stresse, bem como dos seus factores, estando estes resultados de acordo com o referencial teórico.

Assim, os resultados obtidos estão em consonância com o referencial teórico, uma vez que tal como já havíamos mencionado, a exaustão emocional é a primeira manifestação de *burnout* (Maslach & Leiter, 1997), o qual surge acompanhado de diversos problemas de saúde

associados ao stresse, que podem ser agrupados em manifestações físicas, mentais, comportamentais, sociais, de atitude, e organizacionais (Scaufeli & Buunk, 1996), de que destacamos os sintomas físicos de stresse (Ballone, 2002).

H8 – Os objectivos profissionais têm influência no *burnout*.

Dos resultados obtidos, verificamos que somente encontramos uma associação significativa que é negativa entre os objectivos profissionais e a exaustão emocional ($r^2 = - 0,217$; $p < 0,01$), levando-nos a concluir que os enfermeiros que pretendem abandonar a profissão mais precocemente apresentam níveis mais elevados de exaustão emocional, e no inverso, aqueles que pretendem manter a profissão até ao fim do seu percurso profissional apresentam menores níveis de exaustão.

Este resultados também estão em consonância com alguns aspectos da literatura consultada, designadamente vêm ao encontro do que é sugerido por Hunter *et al.* (1982, *cit. in* Cuevas *et al.*, 1997), quando dizem que o *burnout* surge quando o indivíduo não é capaz de se adaptar ao stresse constante e excessivo, o que pode explicar a relação inversa entre os níveis dos objectivos profissionais e da exaustão emocional, designadamente pelo facto dos indivíduos que pretendem abandonar a profissão mais cedo serem os que apresentam níveis mais elevados de exaustão profissional. Por outro lado, este facto também pode estar relacionado com a frustração profissional, que para Braceras (2002) está associada ao surgimento deste síndrome, assim como à satisfação profissional (La Peña *et al.*, 2002).

Assim sendo, podemos dizer que os objectivos profissionais têm influência no *burnout*, pelo que confirmamos esta hipótese.

H10 – A motivação intrínseca tem influência no *burnout*.

Como podemos constatar dos resultados obtidos, a motivação intrínseca tem influência na exaustão emocional ($r^2 = - 0,157$; $*p < 0,05$) estabelecendo uma relação negativa, o que nos

leva a inferir que o aumento do nível de motivação intrínseca leva à diminuição do nível de exaustão emocional, sendo os enfermeiros mais motivados aqueles que apresentam menor exaustão emocional, o está de acordo com a revisão teórica efectuada.

De facto, esta associação também é mencionada por Pines (1993, *cit. in* Queiroz, 2005) quando sugere no seu modelo que o *burnout* surge quando a relação entre as expectativas e a motivação para o trabalho se desequilibra.

DuBrin (2003) diz que a motivação para o trabalho, manifesta-se quando as pessoas fazem esforços para atingir as metas que lhe são propostas, o que também está em consonância com o que foi referido relativamente aos objectivos profissionais, parecendo que estes factores estão interligados. Por outro lado, Fontaine (1990, *cit. in* Jesus, 2000) define a motivação intrínseca como sendo o interesse das pessoas na tarefa.

Deste modo, e sendo a exaustão emocional a primeira manifestação de *burnout* a surgir (Maslach & Leiter, 1997), como já foi mencionado, faz-nos algum sentido que no contexto das outras dimensões deste síndrome, seja somente esta dimensão a que apresenta uma associação significativa com a motivação intrínseca.

Desse modo, confirmamos a hipótese formulada, de que a motivação intrínseca tem influência no *burnout*.

É de referirmos que não conseguimos confirmar as restantes hipóteses, que são: (**H₅**) “os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral têm influência no absentismo laboral”; (**H₇**) “os problemas de saúde relacionados com o stresse têm influência no absentismo laboral”; (**H₉**) “os objectivos profissionais influenciam o absentismo laboral”; e (**H₁₁**) “a motivação intrínseca tem influência no absentismo laboral”.

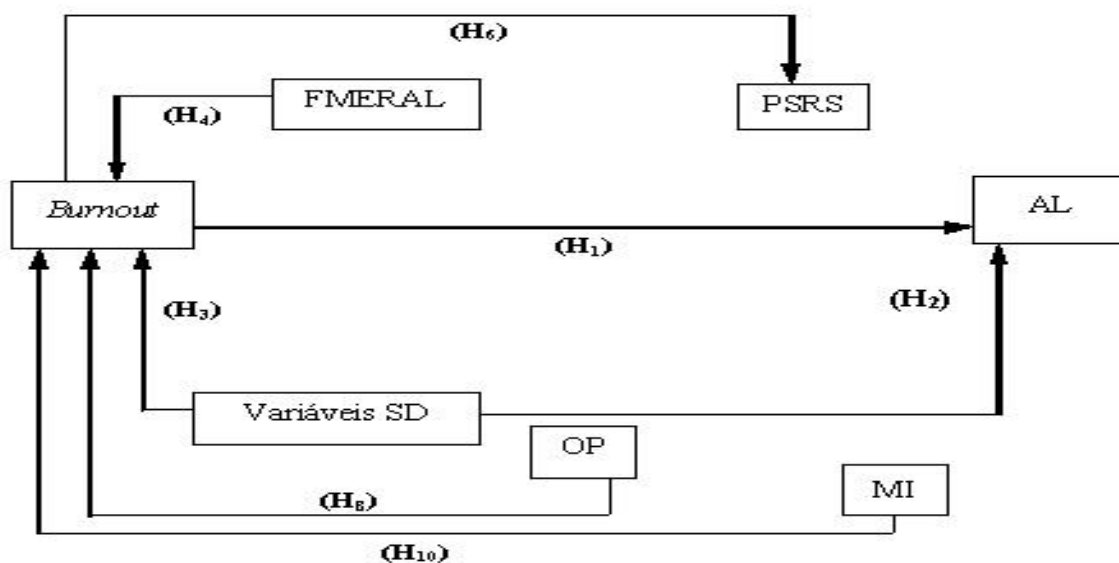
Neste caso, pensamos que o facto de não termos confirmadas estas hipóteses – o que de certa forma também contraria a literatura consultada – pode eventualmente ter relação com os

seguintes aspectos que registamos nesta população: um absentismo baixo ou quase nulo; baixos níveis de *burnout* para a maioria dos inquiridos; os objectivos profissionais serem no sentido de manter a profissão de enfermeiro durante todo o percurso profissional; um nível relativamente elevado na motivação intrínseca; e um nível pouco elevado de frequência de problemas de saúde relacionados com o stresse.

Assim sendo, dos resultados que obtivemos relativamente às hipóteses que formulamos para este estudo, podemos dizer que nesta população o absentismo laboral somente é influenciado pelo *burnout* e pelas variáveis sociodemográficas (as quais também influenciam o *burnout*), e que contrariamente ao que postulamos no início desta pesquisa, os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, os problemas de saúde relacionados com o stresse, a motivação intrínseca, e os objectivos profissionais, não influenciam o absentismo laboral, mas somente o *burnout*, à excepção dos problemas de saúde relacionados com o stresse que são influenciados por este síndrome.

Então, e relativamente ao modelo de relação das variáveis em estudo que propusemos no início desta pesquisa, em função das hipóteses formuladas para a mesma (*cf.* subcapítulo 3.1.2. Hipóteses), o modelo que finalmente verificamos é o seguinte (*vide* figura 9):

Figura 9 – Representação gráfica do modelo em estudo de acordo com os resultados significativos obtidos.



Legenda: AL – absentismo laboral; variáveis SD – variáveis sociodemográficas; FMERAL – factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral; PSRS – problemas de saúde relacionados com o stress; OP – objectivos profissionais; MI – motivação intrínseca; H – hipótese.

Por outro lado, também quisemos conhecer a existência de outras associações que fossem significativas entre algumas das variáveis em estudo que pudessem ser relevantes para este estudo, de acordo com os objectivos que enunciamos para o mesmo, tendo encontrado as seguintes correlações significativas abaixo descritas.

Assim, os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral apresentam correlações positivas com as habilitações literárias ($r = 0,216, p < 0,01$), o tempo de serviço no actual serviço ($r = 0,167, p < 0,05$), o tipo de serviço onde trabalha ($r = 0,148, p < 0,05$), o tipo de cargo exercido ($r = 0,385, p < 0,01$), os problemas de saúde relacionados com o stress ($r = 0,214, p < 0,01$) e os seus factores (problemas psicossomáticos - $r = 0,204, p < 0,01$, e problemas somáticos - $r = 0,198, p < 0,05$), pelo que podemos dizer que nesta população, os sujeitos que atribuem um maior grau de importância aos factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, são aqueles que têm maior grau académico, que trabalham à mais

tempo no actual serviço, que exercem os cargos/funções de responsabilidade acrescida de nível hierárquico mais baixo, e que manifestam um maior nível de frequência nos problemas de saúde relacionados com o stresse, havendo também relação entre o aumento do grau de importância nestes factores de mal-estar e o tipo de serviço onde trabalham.

Os factores interpessoais e do ambiente de trabalho apresentam correlações positivas com o estado civil ($r = 0,156, p < 0,05$), as habilitações literárias ($r = 0,232, p < 0,01$), o tipo de cargo exercido ($r = 0,392, p < 0,01$), o tipo de serviço onde trabalha ($r = 0,162, p < 0,05$), os problemas de saúde relacionados com o stresse ($r = 0,184, p < 0,05$), e os seus factores (problemas psicossomáticos - $r = 0,183, p < 0,05$, e; problemas somáticos - $r = 0,164, p < 0,05$), e negativas com o tempo de serviço no actual serviço ($r = - 0,183, p < 0,05$), donde podemos inferir que existe uma tendência para que nesta população os sujeitos que atribuem um maior grau de importância relativamente a estes factores interpessoais do ambiente de trabalho, sejam aqueles que não são solteiros, que tem um maior grau académico, que exercem os cargos/funções de responsabilidade acrescida de menor nível hierárquico, que manifestam um maior nível de frequência nos problemas de saúde relacionados com o stresse, em todas os seus factores, e que têm menos tempo de serviço no actual serviço, havendo também relação entre o aumento do grau de importância nesta última variável e o tipo de serviço onde trabalham.

Os factores psicossomáticos e de condições de trabalho apresentam correlações positivas com as habilitações literárias ($r = 0,192, p < 0,01$), o tipo de cargo exercido ($r = 0,323, p < 0,05$), a motivação intrínseca ($r = 0,149, p < 0,05$), os problemas de saúde relacionados com o stresse ($r = 0,185, p < 0,01$), e os seus factores (problemas psicossomáticos - $r = 0,180, p < 0,05$, e; problemas somáticos - $r = 0,168, p < 0,05$), e negativas com o tempo de serviço na profissão ($r = - 0,144, p < 0,05$), e no actual serviço ($r = - 0,151, p < 0,05$), donde podemos inferir que os sujeitos que manifestam um maior grau de importância nestes factores psicossomáticos e de condições de trabalho, são aqueles que têm um maior grau académico, que exercem

cargos/funções de responsabilidade acrescida no serviço de menor nível hierárquico, que têm um maior nível de motivação intrínseca, que apresentam um maior nível de frequência nos problemas de saúde relacionados com o stresse, e que têm menos tempo de exercício profissional.

Os factores administrativo-laborais apresentam correlações positivas com as habilitações literárias ($r = 0,184, p < 0,05$), tipo de serviço onde trabalha ($r = 0,198, p < 0,01$), tipo de cargo desempenhado ($r = 0,310, p < 0,05$), e com os problemas de saúde relacionados com o stresse ($r = 0,155, p < 0,05$), e a sua dimensão problemas somáticos ($r = 0,157, p < 0,05$), donde podemos inferir que os sujeitos que atribuem um maior grau de importância a estes factores administrativo-laborais são aqueles que possuem um maior grau académico, que desempenham cargos/funções de responsabilidade acrescida no serviço onde trabalham de menor nível hierárquico, e que apresentam um maior nível de frequência nos problemas de saúde relacionados com o stresse (principalmente nos problemas somáticos), havendo também relação entre o aumento do grau de importância nesta última variável e o tipo de serviço onde trabalham.

Os factores de gestão do tempo e da carreira apresentam correlações positivas com a existência de filhos ($r = 0,169, p < 0,05$), e com os problemas de saúde relacionados com o stresse ($r = 0,177, p < 0,05$), e os seus factores (problemas psicossomáticos - $r = 0,173, p < 0,05$), e; problemas somáticos - $r = 0,158, p < 0,05$), e negativas com o tempo de serviço no actual serviço ($r = - 0,193, p < 0,01$), donde podemos inferir que os sujeitos que atribuem um maior grau de importância aos factores de gestão do tempo e da carreira são aqueles que têm filhos, que trabalham à menos tempo no actual serviço, e que apresentam um maior nível de frequência nos problemas de saúde relacionados com o stresse.

Os problemas de saúde relacionados com o stresse apresentam correlações positivas com o género sexual ($r = 0,154, p < 0,05$), o tempo de casa ao trabalho ($r = 0,175, p < 0,05$), os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral ($r = 0,214, p < 0,01$), e os seus

factores (factores interpessoais e do ambiente de trabalho - $r = 0,184$, $p < 0,05$; factores psicossomáticos e de condições de trabalho - $r = 0,185$, $p < 0,01$; factores administrativo-laborais - $r = 0,155$, $p < 0,05$; e actores de gestão do tempo e da carreira - $r = 0,177$, $p < 0,05$), e negativas com o tipo de serviço onde trabalha ($r = - 0,145$, $p < 0,05$), bem como com o tempo de serviço na profissão ($r = - 0,144$, $p < 0,05$), e no actual serviço ($r = - 0,229$, $p < 0,01$), donde podemos inferir que os sujeitos que apresentam um maior nível de frequência nestes problemas de saúde relacionados com o stresse, são de sexo feminino, levam mais tempo de casa ao trabalho, atribuem um maior grau de importância aos factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral e seus factores, e têm menos tempo de exercício na profissão e de trabalho no serviço actual, havendo ainda relação entre o aumento do nível de frequência nesta última variável e o tipo de serviço onde trabalham.

Os problemas psicossomáticos apresentam correlações positivas com o género sexual ($r = 0,212$, $p < 0,01$), o tempo de casa ao trabalho ($r = 0,160$, $p < 0,05$), os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral ($r = 0,204$, $p < 0,01$), e todas as suas subescalas (factores interpessoais e do ambiente de trabalho - $r = 0,183$, $p < 0,05$; factores psicossomáticos e de condições de trabalho - $r = 0,180$, $p < 0,05$; factores administrativo-laborais - $r = 0,132$, $p < 0,05$; e factores de gestão do tempo e da carreira - $r = 0,173$, $p < 0,05$), e negativas com a idade ($r = - 0,164$, $p < 0,05$), e negativas com o tempo de serviço na profissão ($r = - 0,182$, $p < 0,05$), e no actual serviço ($r = - 0,221$, $p < 0,01$), donde podemos dizer que, e à excepção do tipo de serviço onde trabalham em que não encontramos uma associação significativa, inferimos que o aumento do nível de frequência nestes problemas psicossomáticos corresponde às mesmas relações que mencionamos no parágrafo anterior para os problemas de saúde relacionados com stresse.

Os problemas somáticos apresentam correlações positivas com o tempo de casa ao trabalho ($r = 0,165$, $p < 0,05$), os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral

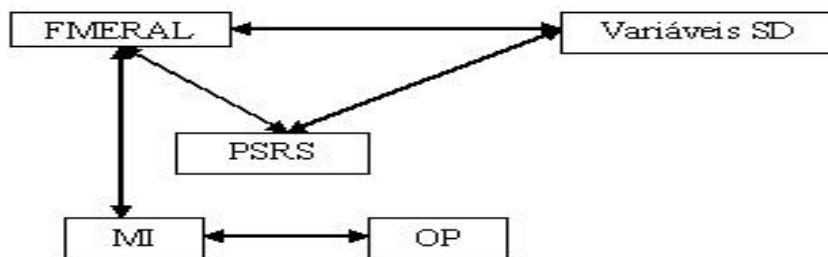
($r = 0,198$, $p < 0,01$) e todas as suas subescalas (factores interpessoais e do ambiente de trabalho - $r = 0,164$, $p < 0,05$; factores psicossomáticos e de condições de trabalho - $r = 0,168$, $p < 0,05$; factores administrativo-laborais - $r = 0,157$, $p < 0,05$, e; factores de gestão do tempo e da carreira - $r = 0,158$, $p < 0,05$), e negativas com o tempo de serviço no actual serviço ($r = - 0,209$, $p < 0,01$), donde podemos inferir que os sujeitos que apresentam um maior nível de frequência nos problemas de saúde relacionados com o stresse nos seus factores somáticos, são aqueles que levam mais tempo de casa ao trabalho, que atribuem um maior grau de importância aos factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral e os seus factores, e que trabalham à menos tempo no actual serviço.

Os objectivos profissionais apresentam correlações positivas com a motivação intrínseca ($r = 0,220$, $p < 0,01$), o que nos leva a inferir que existe uma tendência para que sejam os sujeitos que apresentam maiores níveis de motivação, aqueles que pretendem manter mais tempo a sua profissão. De referir que este dado vem ao encontro de outros resultados que obtivemos, designadamente o facto de a maioria dos profissionais deste estudo ter como objectivos profissionais a pretensão de serem enfermeiros durante todo o seu percurso profissional, bem como os níveis elevados de motivação intrínseca que se verificaram.

A motivação intrínseca apresenta correlações positivas com os objectivos profissionais ($r = 0,220$, $p < 0,01$), como já referimos, bem como com os factores psicossomáticos e de condições de trabalho ($r = 0,149$, $p < 0,05$), donde inferimos que o aumento do nível de frequência dos factores psicossomáticos corresponde ao aumento do nível de motivação intrínseca, mantendo em relação aos objectivos profissionais o que foi mencionado no parágrafo anterior.

Desse modo, e resumindo, podemos dizer então que encontramos associações significativas nestas variáveis as quais *grosso modo* podem ser sintetizadas no esquema seguinte (*vide* figura 10):

Figura 10 – Representação gráfica de outras associações significativas entre variáveis em estudo consideradas relevantes para este estudo.

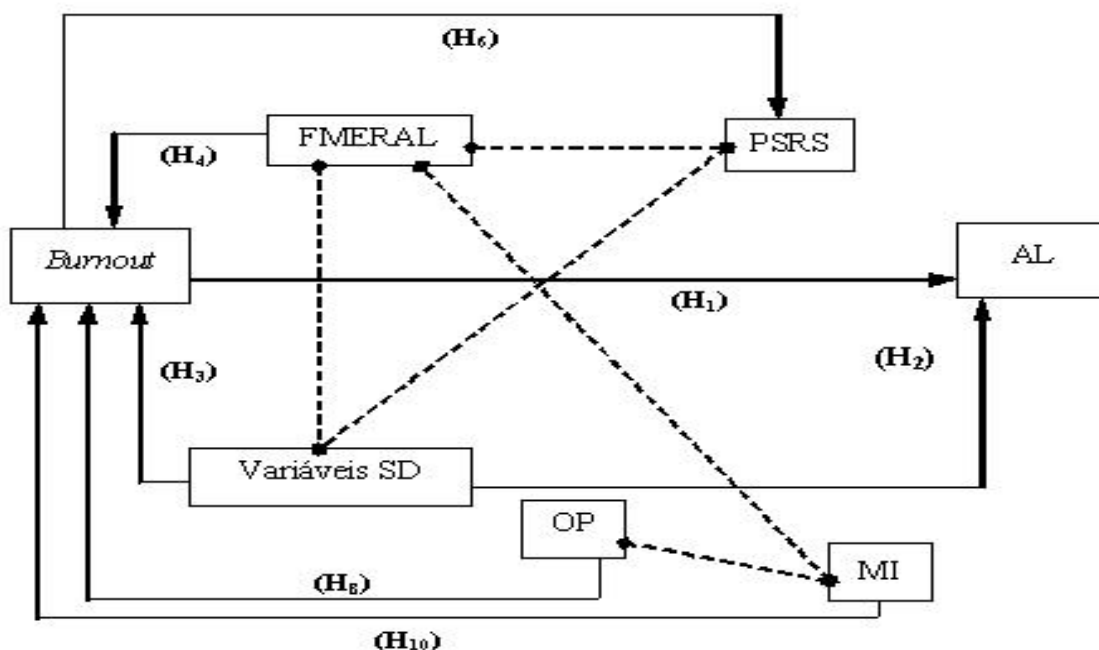


Legenda: Variáveis SD – variáveis sociodemográficas; FMERAL – factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral; PSRS – problemas de saúde relacionados com o stresse; OP – objectivos profissionais; MI – motivação intrínseca.

Desta representação gráfica, e em função dos resultados obtidos a este respeito, podemos dizer que os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, os problemas de saúde relacionados com o stresse e as variáveis sociodemográficas estabelecem relações significativas entre si, e que a motivação intrínseca se relaciona significativamente com os objectivos profissionais, e com os factores de mal-estar anteriormente mencionados.

Deste modo, verificamos que este modelo se enquadra no modelo final que apuramos com o teste de hipóteses, conforme o esquema seguinte (*vide* figura 11):

Figura 11 – Representação gráfica do modelo final proposto com as relações apuradas entre outras variáveis.



Legenda: AL – absentismo laboral; variáveis SD – variáveis sociodemográficas; FMERAL – factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral; PSRS – problemas de saúde relacionados com o stresse; OP – objectivos profissionais; MI – motivação intrínseca; H – hipóteses

Finalmente, constatamos relativamente às variáveis estudadas e hipóteses formuladas para este estudo que, o absentismo laboral é influenciado pelas variáveis sociodemográficas e pelo síndrome de *burnout*, o qual por sua vez é influenciado por estas últimas variáveis sociodemográficas, bem como pelos factores de mal-estar relacionados com o stresse, pelos objectivos profissionais, e pela motivação intrínseca, influenciando por sua vez os problemas de saúde relacionados com o stresse.

Para além disso, também encontramos relações significativas entre os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, e os problemas de saúde relacionados com o stresse e as variáveis sociodemográficas, bem como entre os objectivos profissionais e a motivação

intrínseca, e ainda entre esta última variável e os factores de mal-estar que referimos anteriormente.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Tendo em conta tudo o que foi desenvolvido ao longo deste estudo, bem como os resultados obtidos, concordamos em que foram atingidos cabalmente os objectivos propostos para o mesmo.

Desse modo, podemos dizer que, se por um lado conseguimos estudar a relação entre o absentismo laboral e o *burnout* em profissionais de Enfermagem, para além de termos conhecido a influência de outros factores associados, como sejam os factores sociodemográficos, os problemas de saúde relacionados com o stresse, os objectivos profissionais, a motivação intrínseca, e os factores de mal-estar relacionados com este tipo de absentismo, por outro lado também conseguimos determinar de certa forma a influência do *burnout* no absentismo laboral nos enfermeiros, tendo descrito a relação que existe entre o *burnout*, o absentismo laboral, e os outros factores associados que mencionamos anteriormente, conforme as conclusões a que chegamos.

De referirmos ainda a este respeito, que estas conclusões nos possibilitaram dar resposta às questões de pesquisa que levantamos inicialmente e que, relembramos, são as seguintes: qual é a influência do *burnout* no absentismo laboral em profissionais de Enfermagem? Quais são as variáveis sociodemográficas que influenciam o *burnout* e o absentismo laboral nos enfermeiros? Qual a relação que os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, e os problemas de saúde relacionados com o stresse, têm com o *burnout* e o absentismo laboral nestes profissionais? Qual a relação dos objectivos profissionais e da motivação intrínseca com o *burnout* e com o absentismo laboral?

Assim sendo, e de acordo com os resultados obtidos com esta pesquisa, concluímos tratar-se de uma população que é constituída por enfermeiros que maioritariamente são jovens adultos

(com uma idade média de 33 anos), de sexo feminino, solteiros, sem filhos (ou têm dois filhos, em média, no caso dos que têm filhos), com o grau académico de licenciado, que residem e trabalham no mesmo concelho, e portanto demoram menos de 30 minutos de casa ao trabalho, sem familiares dependentes a cargo (por deficiência ou doença crónica grave), para os quais a Enfermagem foi a primeira escolha profissional, e que também escolheram o serviço onde exercem actualmente funções, trabalham em serviços de Medicina Interna, não têm nenhuma especialidade em Enfermagem, têm um tempo médio de exercício profissional de 10 anos na profissão, e de cinco anos no serviço onde actualmente trabalham, e não exercem cargos ou funções de responsabilidade acrescida no serviço (e os que desempenham esses cargos são chefes de equipa).

Por outro lado, também concluímos que a maioria dos sujeitos desta população apresenta um nível baixo de absentismo laboral, tendo três ou menos dias de faltas no último ano ou mesmo nenhuma, que atribui uma importância média aos factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, tem como objectivo profissional ser enfermeiro até ao fim do seu percurso profissional, tem um nível de motivação intrínseca elevado, apresenta um nível geral de *burnout* que podemos considerar baixo (embora refiramos que o segundo grupo estatisticamente mais significativo seja o dos sujeitos que apresentam um nível de *burnout* elevado), e finalmente, apresentam um nível baixo de problemas de saúde relacionados com o stresse.

Assim sendo, e tendo em conta as hipóteses formuladas bem como os resultados encontrados, podemos dizer que o absentismo laboral é influenciado:

- Pelo *burnout*, na sua dimensão de exaustão emocional, onde foi encontrado uma associação positiva;

- Pelas variáveis sociodemográficas correspondentes à idade, estado civil, tipo de serviço onde trabalha, tempo de serviço na profissão e no actual serviço, onde encontramos associações positivas, bem como pelas habilitações literárias e pela existência de filhos, que apresentaram associações negativas.

Por outro lado, o *burnout* é influenciado:

- Pelas variáveis sociodemográficas correspondentes ao tempo de casa ao trabalho, e o tipo de cargo, em relação à exaustão emocional, em que encontramos associações positivas, pela existência de filhos em relação à despersonalização, e pelo número de filhos existente, e tipo de cargo em relação à realização pessoal, onde encontramos associações negativas;
- Pelos factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, e suas subescalas (factores interpessoais e do ambiente de trabalho, factores psicossomáticos e de condições de trabalho, factores administrativo-laborais, e factores de gestão do tempo e da carreira) em relação à exaustão emocional, onde encontramos associações positivas;
- Pelos objectivos profissionais em relação à exaustão emocional, onde encontramos uma associação negativa;
- Pela motivação intrínseca em relação à exaustão emocional, onde também encontramos uma associação negativa.

Em relação a outras associações significativas que encontramos entre as variáveis estudadas e que consideramos relevantes para este estudo apesar de não estarem incluídas nas hipóteses que formulamos, concluímos a este respeito que os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, os problemas de saúde relacionados com o stresse e as variáveis sociodemográficas estabelecem relações significativas entre si, e que a motivação intrínseca se relaciona significativamente com os objectivos profissionais e com estes mesmos factores de mal-estar.

Desse modo, podemos dizer que relativamente ao modelo que propusemos no início deste estudo em função das hipóteses que formulámos para o mesmo, que o mesmo se confirmou no que concerne às relações preconizadas para o síndrome de *burnout*, mas não para o absentismo laboral, à excepção das relações previstas entre este tipo de absentismo e este síndrome.

Concluimos então a este respeito, que o modelo de relações existentes é o seguinte: o absentismo laboral é influenciado pelas variáveis sociodemográficas e pelo *burnout*; o *burnout* é influenciado pelas variáveis sociodemográficas, pelos factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, pelos objectivos profissionais, e pela motivação intrínseca; e os problemas de saúde relacionados com o stress são influenciados pelo *burnout*. De referir que também encontramos relações significativas entre os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral, os problemas de saúde relacionados com o stress, e as variáveis sociodemográficas; e entre os objectivos profissionais e a motivação intrínseca; e ainda entre a motivação intrínseca e os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral.

Podemos então dizer então que os resultados e conclusões que obtivemos neste estudo vêm ao encontro da literatura consultada, na maioria dos aspectos, embora estejam em desacordo noutros, designadamente no que concerne nas relações entre algumas variáveis sociodemográficas (*e.g.*, a idade, género sexual, existência e número de filhos), o absentismo laboral e o *burnout*, bem como entre a motivação intrínseca, os objectivos profissionais, e este tipo de absentismo.

Pensamos que provavelmente alguns destes resultados poderão ter ligação com algumas das características desta população, de que destacamos os baixos níveis de absentismo laboral e de *burnout*, bem como os níveis elevados de motivação intrínseca e de objectivos profissionais.

Por outro lado, poderíamos ter incluído neste estudo algumas outras variáveis, designadamente o vínculo profissional que não pesquisamos, dada a pertinência com que é associado ao absentismo laboral, principalmente em populações de enfermeiros, e que viemos a constatar posteriormente à aplicação do instrumento de colheita de dados.

Finalmente, gostaríamos ainda de mencionar que este estudo nos abre caminho para outras pesquisas, designadamente em relação a alguns aspectos específicos da problemática considerada, como sejam as relações existentes entre o vínculo contratual, a parentalidade, o absentismo laboral e o *burnout*.

De qualquer forma, e dada a crescente importância que o estudo das questões relacionadas com o absentismo laboral tem no contexto das nossas empresas (públicas ou privadas), principalmente no sector da saúde, pensamos que se justifica desenvolver e alargar a sua pesquisa não somente em relação aos profissionais de Enfermagem, como também a outros grupos socioprofissionais que trabalham nesta área, de modo a aprofundar o nosso conhecimento deste tipo de absentismo nesta área de trabalho, que nos permitam fornecer contributos para a sua prevenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, J., & Pereira, A. (2004). O stresse dos profissionais do INEM. In J. L. Pais Ribeiro & Isabel Leal (Ed.). *5º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 707-711). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Andrade, L. H. S. G.; Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de psiquiatria clínica*, 25 (6). Consultado em 8 de Novembro de 2005, em Revista de Psiquiatria Clínica: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>.
- Araújo, T. M. *et al.* (2003). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de Enfermagem. *Revista de saúde Pública*, 37(4), 424-433.
- Ardouin, J, Bustos, C, Gayó, R., & Jarpa, M. (2000). *Motivación y satisfacción laboral*. Consultado em 15 de Outubro de 2005 em APSIQUE: <http://www.apsique.com/tiki-index.php?page=labomotysatis>.
- Ballone, G. J. (2002). *Síndrome de Burnout*. Consultado em 1 de Março de 2004, em PsiqWeb Psiquiatria Geral em: <http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress4.html>.
- Beck, A.T.; Emery, G. (2002). *Coping with anxiety and panic*. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Therapy and Research (trabalho original publicado em 1979).
- Benavides, F. G. *et al.* (2001). Working conditions and sickness absence: a complex relation. *J. Epidemiol. Community Health*, 55, 368-doi:10.1136/jech.55.5.368. Consultado em 5 de Setembro de 2005 em JECH On-line: <http://jech.bmjournals.com>.
- Benavides, F. G., & Benach, J. (2001). Working conditions and sickness absence: a complex relation. *J Epidemiol Community Health*, 55, 368.

- Borges *et al.* (2002). O síndrome de *burnout* e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia: reflexão e crítica* 15(1), 189-200.
- Braceras, D. (2002). *El stress laboral del médico*. Consultado em 01 de Março de 2004 em Equipo Interdisciplinario de Oncologia: <http://www.cancerteam.com.ar/brac049.html>.
- Caballero Martín, M. A., Bermejo Fernandez, F., Nieto Gómez, R., & Caballero Martinez, F. (2001). Prevalência e factores de asociados al burnout en un área de salud. *Atención primaria*, 27(5), 53-59.
- Câmara, J. (1998). Síndrome de exaustão e instituições para toxicodependentes. *Toxicodependências*. 4(1). Consultado em 06 de Março de 2004, em Toxicodependências: http://www.toxicodependencias.pt/frames_msie.html.
- Câmara, P. B., Guerra. P. B., & Rodrigues, J. V. (1999). *Humanator – Recursos Humanos e sucesso empresarial* (3ª. ed.). Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2004). Sintomas de estresse nos trabalhadores actuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latino-am. Enfermagem*, 12(1), 14-21.
- Campos, F. E., & Albuquerque, E. M. (1998). *As especificidades contemporâneas do trabalho no sector saúde: Notas introdutórias para uma discussão*. Consultado em 22 de Março de 2004, em Asociación Latino Americana de Sociología del Trabajo: <http://www.alast.org/PDF/OPS/OPS-Campos.PDF>.
- Caplan, G. (1954). The nurse's role in the mental health of the maternity and childhood. *Nursing Outlook*, 2(1). (tradução da Escola de Enfermagem Psiquiátrica de Lisboa).
- Carapinheiro, G., & Lopes. N. M. (1997). *Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses – estudo sociográfico de âmbito nacional*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- Carpenito, L.J. (1997). *Diagnóstico de enfermagem: aplicação à Prática Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul.
- Casas, J., Repullo, J. R., & Lorenzo, S. (2002). Estrés laboral en médo sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. *Revista Calidad Asistencial*, 17(4), 237-246.
- Correia, A. G. (1999). O Burnout nos profissionais dos Centros de Atendimento de Toxicodependentes: causas e conseqüências. *Toxicodependências*, 3(5), 69-79.
- Cuevas, C. *et al.* (1997). Burnout e reactividad al estrés. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 41, 10-18.
- Cunningham, A. E. I. (2000). *El mapa – una guía para el mejoramiento de la calidad en la pequeña y mediana empresa, basada en el método de W. Edwards Deming*. Saltillo: Organización de los Estados Americanos/Cooperación Alemana para el Desarrollo. Consultado em 12 de Outubro de 2005 em Organização dos Estados Americanos: http://www.science.oas.org/OEA_GTZ/LIBROS/EL_MAPA/mapa_all.pdf
- D'Hainaut, L. (1997). *Conceitos e métodos de Estatística* (vol. I, 2ª. ed.). Lisboa: Fundação Calouste Goulbenkian.
- Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento – Ministério da Segurança Social e do Trabalho (2003). *As condições de trabalho e o absentismo*. (Lisboa): Autor.
- D'hoore, W., Vandenberghe, C., & Stordeur, S. (1999). *Épuisement professionnel et absentéisme chez les infirmières*. Consultado em 5 de Setembro de 2005, em Association Latine Pour l'Analyse des systèmes de santé: <http://www.alass.org/fr/calass99-2.htm>.
- DuBrin, A. J. (2003). *Fundamentos do comportamento organizacional*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

- Duran, E. C. M., & Cocco, M. I. M. (2004). Capacidade para o trabalho em trabalhadores de Enfermagem do Pronto-Socorro de um hospital universitário. *Rev Latino-am Enfermagem*, 12(1), 43-49.
- Echaudemaison, C. D. (Coord.). (2001). *Dicionário de Economia e Ciências Sociais*. Porto: Porto Editora.
- Evangelista, R. A., Hortense, P., & Sousa, F. A. E. F. (2004). Estimação de magnitude do estresse, pelos alunos de graduação, quanto ao cuidado de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, 12(6), 913-917.
- Faria, M. C. C. S. (2003). Educação para a saúde no ensino superior – presentes no futuro. *Ler educação*, 2(3), 95-118.
- Fawcett, J. (1989). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing* (2^a ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Fawcett, J. (1982). A framework for analysis and evaluation of conceptual models of Nursing with analysis and evaluation of the Neuman Systems Model. In Betty Neuman (Ed.). *The Neuman systems model: application to Nursing education and practice* (pp. 30-43). Norwalk: Appleton-Century-Crofts.
- Ferreira, A. X. (1999). A Enfermagem, uma profissão exposta a diversos factores de risco. *Nursing*, 12(139), 38-40.
- Fonseca e Sousa, J. P. (1998). *O impacto do stresse ocupacional no bem-estar físico e emocional dos fisioterapeutas*. Consultado em 26 de Janeiro de 2005, em Fisiopraxis: <http://www.fisiopraxis.pt/fnj/out98.html>.
- Fortin, M. F. (2003^c). Os objectivos da investigação e as suas questões ou hipóteses. In Marie-Fabienne Fortin (Org.). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3^a ed., pp. 100-110). Loures: Lusociência.

- Fortin, M. F., Coté, J., & Vissandjée, B. (2003). Etapas do processo de investigação. In Marie-Fabienne Fortin (Org.). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ª. ed., pp. 34-43). Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F., Grenier, R., & Nadeau, M. (2003). Métodos de colheita de dados. In Marie-Fabienne Fortin (Org.). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ª. ed., pp. 240-265). Loures: Lusociência.
- Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (1997). *A prevenção do absentismo no trabalho: sinopse de investigação*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- G. Neves, J. (2002). Gestão de Recursos Humanos: Evolução do problema em termos de conceitos e práticas. In A. Caetano, & J. Vala (Org.). *Gestão de Recursos Humanos – Contextos, processos e técnicas* (2ª. ed., pp. 3-30). Lisboa: Editora RH.
- Gabinete de Estratégia e Estudos. (2004). *Barómetro da Produtividade* (2ª. ed.). Consultado em 28 de Julho de 2005, em Ministério da Economia e da Inovação: http://www.gee.min-economia.pt/resources/docs/publicacao/barometro/8.Legislação_laboral_2ªedição_05.pdf.
- Gatti, M. F. Z., Leão, E. R., Silva, M. J. P., & Puggina, A. C. G. (2004). Comparação entre os níveis de ansiedade e stress apresentados e percebidos pela equipa de enfermagem. *Enfermeria global*, 5. Consultado em 01 de Fevereiro de 2005, em Enfermeria Global: <http://www.um.es/eglobal>.
- Giddens, A. (1997). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, 7(1), 3-10.
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica InterAção Psy*, 1(1), 19-33.

- Graça, L. (1999). *O Processo de Adoecer, Faltar e Voltar ao Trabalho*. Consultado em 11 de Março de 2005, em Escola Nacional de saúde Pública: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos11.html>.
- Graça, L. (2002). *Baixa por doença e incapacidade temporária para o trabalho*. Consultado em 11 de Março de 2005, em Escola Nacional de saúde Pública: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos151.html>.
- Guido, L. A. (2003). *Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica*. Tese de Doutoramento, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. Consultado em SABER – Biblioteca Digital de Teses e Dissertações – Universidade de São Paulo em 2 de Fevereiro de 2005: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-22122003-160217/publico/Laura.tese.pdf>.
- Haddad, M. C. L. (2000). Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. *Revista Espaço para a saúde*, 1 (2), 75-88.
- Hargreaves, G. (2001). *Gerir o stress*. Lisboa: Livros e Livros.
- Harris, C. (2003). *Minimize o stresse, maximize o sucesso*. Lisboa: Plátano Editora.
- Hernández, J. R. (2003). Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primário y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(2), 103-10.
- Hill, M. M, & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2ª. Ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Jacques, M. G. C. (2003). Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 15(1), 97-116.
- Jesus, S. N. (1995). *A motivação para a profissão docente – contributo para a clarificação de situações de mal-estar e para a formação de estratégias de formação de professores*.

- Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Jesus, S. N. (1996). *Motivação para a profissão docente*. Coleção Ciências da Educação e Desenvolvimento Humano, 14, Aveiro: Estante Editora.
- Jesus, S. N. (1998). *Bem-estar dos professores: estratégias para realização e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora.
- Jesus, S. N. (2000). *Motivação e formação de professores*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Jesus, S. N. (2001). Factores de mal e de bem-estar em profissionais de educação e de saúde. In *Estudos de Homenagem ao Prof. Doutor Manuel Gomes Guerreiro* (pp. 197-206). Faro: Fundação para o desenvolvimento da Universidade do Algarve.
- Jesus, S. N. (2004). Gestão do Stresse: formulação e aplicação de um curso de formação. *Educação: Revista do Centro de Educação*, 29(1). Consultado em 16 de Agosto de 2005, em Universidade Federal de Santa Maria: <http://www.campus-oei.org/n9019.htm>.
- Jesus, S. N., & Costa, M. L. (2002). Escala de factores de stress de profissionais de saúde. In Isabel Leal, Inês P. Cabral, & José P. Ribeiro (Ed.). *4.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – a saúde numa perspectiva de ciclo de vida* (pp. 141-145). Lisboa: Instituto Português de Psicologia da Saúde.
- Jesus, S. N., Pacheco, J. E., & Santos, J. V. C. (2003). Escala de estilos de vida saudável em profissionais da saúde. *Encontro: Revista de Psicologia*, 8(8), pp. 5-8.
- Kaplan, H., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de psiquiatria dinâmica: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (7.ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Koller, M., et al. (1990). Changements survenus en cinq ans dans la vie familiale, la satisfaction et la santé de travailleurs postés. *Le Travail Humain*, 53(2), 153-174.

- La Peña *et al.* (2002). Factores relacionados con el estrés profesional en personal de enfermería del área de salud de Badajoz. *Enfermería clinica*, 2(12), 59-64.
- Lachman, V. D. (1983). *Stress management*. New York: Grane & Stratton
- Laschinger, H. K. S. , Sabiston, J. A., Finegan, J., & Shamian, J. (2001). Voices from the Trenches: Nurses' Experiences of Hospital Restructuring in Ontario. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 14(1). Consultado em 11 de Fevereiro de 2005 em Nursing Leadership: <http://www.nursingleadership.net/NL141/NL141HLaschinger.html>.
- Lautert, L, Chaves, E. H. B., & Moura, G. M. S. S. (1999). O stress na atividade gerencial do enfermeiro. *Rev Panam Salud Publica*, 6(6), 415 – 425.
- Lazure, H. (1994). *Viver – A Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Leppanen, R., & Olkinuora, M. (1987). Psychological stress experienced by care personel. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 13, 1-8.
- Levy, A. (2000). *O Posicionamento Clínico*. Ciências Clínicas e Organizações Sociais. São Paulo: Ed. Autêntica.
- López-Soriano, F., & Bernal, L. (2002). Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial*, 4(17), 201-205.
- Mallada, J. R. (2004). *La gestión del ausentismo laboral en las empresas españolas*. Consultado em 27 de Julho de 2005, em Publimatic – Atenea: <http://www.publimatic.com/hacecuerpo.php?d=nuevosrumbos&numart=24644&numedi=2004-01-27&seccion=documentos>.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística – com utilização do SPSS* (2ª. ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Maroco, J., & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Martinez, J. C. A. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome del burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*. 71(3), 293-303.
- Martins, M. C. A. (2004^a). Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. *Millenium – on line*, (28). Consultado em 28 de Janeiro de 2005, em Instituto Superior Politécnico de Viseu: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium28/18.htm>.
- Martins, M. C. A. (2004^b). Factores de risco psicossociais para a saúde Mental. *Millenium – on line*, (29). Consultado em 16 de Agosto de 2005, em Instituto Superior Politécnico de Viseu: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium29/33.pdf>.
- Martins, P., & Martins, A. C. (1999). O regime de horário de trabalho e a vida social e doméstica: satisfação e estratégias de coping – Um estudo numa amostra de enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3(XVII), 529-546.
- Marx, K. (1980). *O Capital: crítica da economia política* (livro I). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. (trabalho original publicado em 1867).
- Maslach, C. P., & Leiter, P.M. (1999). *Fonte de Prazer ou Desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa*. Campinas: Papirus.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1997). *MBI, inventario «burnout» de Maslach*. Madrid: TEA Ediciones.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: how organizations cause stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- McKenna, E. (2000). *Business psychology & organizational behavior*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Méis, L. et al. (2003). The growing competition in Brazilian science: rites of passage, stress and burnout. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 36(9), 1135-1141.

- Mendes, A.M. (2004). Sofrimento e saúde no trabalho. In J. L. Pais Ribeiro & Isabel Leal (Ed.). *5º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 665-670). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Merhy, E. E. (1995). *O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)*. Rio de Janeiro: CEBES.
- Mitchell, P. H, & Betrus, P. A. (1990). Adaptação, «stress», domínio e controlo do «Stress». In W. J. Phipps, B. C. Long, & N. F. Woods (Ed.). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* (1º. vol., pp. 131-145). [s.l.]: Lusodidacta.
- Moncada i Lluís, S. M. (2000). *Continguts del treball i incapacitat temporal: en la cohort "casa gran" de treballadors de l'ajuntament de Barcelona*. Tese de Doutoramento, Universidade Autònoma de Barcelona, Barcelona. Consultado em 27 de Julho de 2005, em Servidor de Tesis Doctorals en Xarxa: http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0927102-141127/sml1de5.pdf.
- Murcho, N. A. C., & Jesús, S. N. (2006). Escala de Factores de Absentismo Laboral (EFAL): Um estudo prévio. In Isabel Leal, J. L. Pais Ribeiro, & Saul N. de Jesus (Ed.). *6º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 805 – 810). Faro: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Murta, S. G., & Tróccoli, B. T. (2004). Avaliação da intervenção em estresse ocupacional. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 20(1), pp. 39-47.
- Nascimento, G. M. (2003). *Estudo do Absentismo de Trabalhadores de Enfermagem em uma unidade básica e distrital de saúde do Município de Ribeirão Preto - SP*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Consultado em 27 de Julho de 2005, em Biblioteca de Teses e Dissertações –

Universidade de São Paulo: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-21052004-110529/publico/Dissertacao.pdf>.

- Neuman, B. (1982) *The Neuman Sysytems Model - Application to Nursing education and practice*. Connecticut: Appleton - Century-Crofts.
- Neves, A. L. (2002). *Motivação para o trabalho* (2ª. ed). Lisboa: Editora RH.
- Nunes, F., & Vala, J. (2002). *Cultura organizacional e gestão de Recursos Humanos*. In A. Caetano, & J. Vala (Org.). *Gestão de Recursos Humanos – Contextos, processos e técnicas* (2ª. ed., pp. 119-150). Lisboa: Editora RH.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª. ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pacheco, J. E. P. (2002). *Stress e Coping nos estudantes do Ensino Básico*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro, Universidade do Algarve.
- Pacheco, J. E. P., Murcho, N., Pacheco, A. S., & Murcho, A. (2006). Escala de problemas de saúde relacionados com o stresse. In Isabel Leal, J. L. Pais Ribeiro, & Saul N. de Jesus (Ed.). *6º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 727 – 732). Faro: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pais Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pais Ribeiro, J. L., & Leal, I. (Ed.). (2004). Preambulo. In autor. *5º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 1-3). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pardo Alvarez, J. *et al* (2002). ¿Estamos quemados en atención primaria? *Medicina de Familia (And)*, 3(4), 245-250
- Parreira, P., & Sousa, F. (2000). Contacto com a morte e síndrome de burnout. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 1, 17-23.

- Pascoal, T., & Tamayo, A. (2004). Validação da escala de stresse no trabalho. *Estudos de psicologia*, 9(1), 45-53.
- Peiró, J. M. (1993). *Desencadeantes del Estrés Laboral*. Salamanca: Endema.
- Pereira, M. C. A., & Fávero, N. (2001). A motivação no trabalho na equipa de Enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, 9(4), 7-12.
- Peretti, J. M. (2001). *Recursos Humanos* (3ª. ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS* (2ª. ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Pina e Cunha, M., Rego, A., Campos e Cunha, R., & Cabral-Cardoso, C. (2003). *Manual do comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: Editora RH.
- Pinto, A. M., Lima, M. L., & Silva, A. L. (2003). Stress profissional em professores portugueses: incidência, preditores e reacção de burnout. *Psychologica*, 33, 181-194.
- Pisco, L. (2004). Avaliação ou motivação? *Qualidade em saúde*, (10), 4-6.
- Plana, A. P., Fabregat, A. A., & Gassió, J. B. (2003). Burnout syndrome and coping strategies: a structural relations model. *Psychology in Spain*, 7(1), 46-55.
- Porto, J. B., & Tamayo, A. (2003). Escala de valores relativos ao trabalho: EVT. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(2), 145-152.
- Pueyo, R. C. (2000). El síndrome de burnout o de desgaste profesional. *JANO EMC*, 58(1334), 56-58. Consultado em 2 de Agosto de 2005, em Doyma: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=9224>.
- Queirós, P. J. P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.

- Quiroz, V. R., & Saco, M. S. (2003). Factores asociados al Síndrome Burnout en Médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco. *SITUA*, 23(12), 11-22.
- Rebelo, G. (2002). As virtudes da flexibilidade estratégica e ofensiva. *Recursos Humanos Magazine*, 3(22), 20 – 23.
- Rego, A., & Couto, S. (2005). *Como os climas organizacionais autenticizóticos explicam o absentismo, a produtividade e o stresse: um estudo luso-brasileiro*. Documentos de Trabalho em Gestão, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial, Universidade de Aveiro, Aveiro. Consultado em 27 de Julho de 2005 em Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial – Universidade de Aveiro: http://www.egi.ua.pt/wp_gestao/WP5_OA_stresse_prod_abse.pdf.
- Reis, R. J. *et al.* (2003). Fatores relacionados ao absentismo por doença em profissionais de Enfermagem. *Revista de saúde Pública*, 37(5), 616-623.
- Robbins, S. P. (2002). *Comportamento organizacional* (2ª. ed.). S. Paulo: Prentice-Hall do Brasil.
- Rodrigues, M. P., & Araújo, M. S. S. [2004?]. *O fazer em saúde: Um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da Família*. Consultado em 25 de Março de 2004, em Observatório RH NESC/UFRN: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf.
- Rodríguez, A., & Ortiz, Y. (1999). Absentismo laboral. *Salud y Seguridad*. 2(2). Consultado em 25 de Julho de 2005, em Servicio de Prevención de Riesgos Laborales/Gabinete de Prevencion y Calidad Ambiental de la Universidad de Granada: <http://www.ugr.es/~gabpca/salud-2.htm>.
- Rojas, M. C. (1987). Psiquiatría del Trabajo - Salud Mental Ocupacional. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, 33(69), 75-84.

- Roper, N., Logan, W.W., & Tierney, A. J. (1995). *Modelo de Enfermagem* (3ª ed.). Alfragide: Editora McGraw-Hill de Portugal.
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (1996). Professional Burnout. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst & C. L. Cooper (Ed.). *Handbook of work and health psychology* (pp. 311-346). [s.l.]: John Wiley & Sons Ltd.
- Sekiou, L., et al. (2001). *Gestion des ressources humaines* (2ª. ed.). Bruxelles: Éditions De Boek.
- Silva, D. M. P. P., & Marziale, M. H. P. (2000). Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Revista latino-americana de Enfermagem*, 8(5), 44-51.
- Silva, D. M. P. P., & Marziale, M. H. P. (2003). Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo em trabalhadores de Enfermagem de um hospital universitário. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 25(2), 191-197.
- Silva, F. P. P. (2000). Burnout: um desafio à saúde do trabalhador. *PSI – Revista de Psicologia Social e Institucional*, 2(1). Consultado em 31 de Agosto de 2004 em: <http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm>.
- Siquiera, M.M.M., & Padovam, V. A. R. (2004). Influências de percepção de suporte no trabalho e de satisfação com o suporte social sobre bem-estar subjectivo de trabalhadores. In J. L. Pais Ribeiro & Isabel Leal (Ed.). *5º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 659-664). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Souza, A. D., Campos, C. S., Silva, E. C., & Souza, J. O. (2002). *O estresse e o trabalho*. Consultado em 2 de Fevereiro de 2005, em Fundacentro – Centro Estadual de Stª. Catarina: <http://www.fundacentro.sc.gov.br/areas/6.pdf>.

- Souza, A. M. A., Galvão, E. A., Santos, I., & Roschke, M. A. (1993). *Processo Educativo nos Serviços de saúde*. Consultado em 25 de Março de 2004, em Organização Pan-Americana da saúde: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T4.pdf.
- Souza, S. R. O. S., Almeida, J. F., Silva, M. J., & Neves, M. G. (2001). *Absenteísmo de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de Adulto*. Consultado em 24 de Outubro de 2005 em “Calass 2001 – XII Congrès l’Alass”: <http://www.alass.org/es/Actas/57-BR.doc>.
- Souza, W. C. (2002). *O estresse ocupacional e os profissionais de saúde*. Consultado em Fisionet em 2 de Fevereiro de 2005: http://fisionet.com.br/materias_id.asp?id=1029.
- Stroebe, W., & S. Stroebe, M. (1999). *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Tamayo, M. R. (2002). *Burnout: relações com a afetividade negativa, o coping no trabalho e a percepção de suporte organizacional*. Consultado em 30 de Dezembro de 2004, em UNB: http://www.unb.br/ip/web/pos/res_d_2002.htm.
- Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte social e com as estratégias de *coping* no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7(1), 37-46.
- Taylor, C. M. (1992). *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica – de Mereness* (13^a. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas do Sul.
- Trelha, C. S., Gutierrez, P. R., & Cunha, A. C. V. [2004?]. *O Processo de Trabalho do Profissional Fisioterapeuta*. Consultado em 25 de Março de 2004, em Centro de Ciências da saúde – UEL: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n1/doc/fisio.htm>.
- Urbina, J. E., & Urbina de Urbina, M. E. (2000). Absentismo Laboral - Circunstancias Somato-Psico-Sociales: Propuesta a una Clasificación. *Archivos Venezolanos de Psiquiatria y Neurología*, 46(95). Consultado em 8 de Março de 2004, em Infomedic on line: <http://www.infomedonline.com.ve/psiquiatria/art46953.pdf>.

- Valdivia, R. Q., & Méndez, S. S. (2003). Factores asociados al síndrome burnout en médicos enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Essalud del Cusco. *SITUA*, 12(23), 11-22.
- Varoli, I., & Souza, C. B. (2004). O sofrimento dos que tratam: *burnout* em profissionais de saúde mental. In J. L. Pais Ribeiro & Isabel Leal (Ed.). *5º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 691-697). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Autor.
- Vilela, M. (Coord.). (1996). *Dicionário do Português Básico*. Rio Tinto: Correio da Manhã/Edições Asa.
- Villalobos, J. O. (1999). *Estrés y trabajo*. Consultado em 20 de Janeiro de 2005 em MedSpain: http://www.medspain.com/n3_feb99/stress.htm.
- Watts-Davies, R. (1993). *Absentismo*. Lisboa : Gradiva.
- Whitaker, D. (1997). *Escolha da carreira e globalização* (11ª ed.). [s.l]: Editora Moderna.

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO