



Cesaltino Manuel Silveira da Fonte

ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA PORTUGUÊS DO QUESTIONÁRIO DE *COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY* (CBI)

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre, orientada pela Senhora Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe. e Co-orientada pelo Mestre José Carlos Rodrigues Gomes

Agosto de 2011



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Cesaltino Manuel Silveira da Fonte

ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA PORTUGUÊS DO
QUESTIONÁRIO DE *COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY*
(CBI)

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade
de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientadores: Prof. Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe; Co-orientador
Mestre José Carlos Rodrigues Gomes

Coimbra, 2011

Imagem da capa: Pintura

Da autoria de: Cristina Lourenço

À minha esposa Elisa
Aos meus filhos Tiago e Francisco

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, pelo privilégio que me deu ao aceitar a orientação desta dissertação, pela disponibilidade, tempo despendido e todo o apoio prestado.

Agradeço igualmente ao meu co-orientador, Mestre José Carlos por todo o apoio, incentivo, disponibilidade demonstrada e pelas correcções e sugestões pertinentes em todas as etapas que conduziram à concretização deste trabalho.

À Mestre Fernanda Vital, à Mestre Paula Carvalho, ao Enfermeiro Nuno Machado e Enfermeiro Nelson Oliveira pelo apoio na Comissão de Juízes.

Por fim gostaria de estender os meus agradecimentos a todos os enfermeiros do Centro Hospitalar do Médio Tejo que se disponibilizaram em preencher os questionários, pela receptividade e pelo interesse demonstrados.

Índice

INTRODUÇÃO	1
Parte I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1. <i>BURNOUT</i>	5
1.1. DEFINIÇÃO DE BURNOUT	6
1.2. DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DO CONCEITO DE BURNOUT.....	8
1.3. CAUSAS DE BURNOUT.....	9
1.4. CONSEQUÊNCIAS E MANIFESTAÇÕES DO BURNOUT	14
1.5. PRINCIPAIS MODELOS TEÓRICOS.....	18
1.5.1. MODELO DE CHERNISS	18
1.5.2. MODELO DE MASLACH E JACKSON.....	19
1.5.3. MODELO DE GOLEMBIEWSKY.....	20
1.5.4. MODELO DE LEITER.....	21
1.5.5. MODELO DE COMPARAÇÃO SOCIAL DE BUUNK E SCHAUFELI.....	22
1.5.6. MODELO DO STRESSE LABORAL CRÓNICO DE GIL MONTE	23
1.5.7. MODELO DE <i>COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY</i>	25
1.6. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DO BURNOUT.....	26
1.7. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO BURNOUT.....	28
2. VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE <i>COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY</i> (CBI) E CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS DOS RESPECTIVOS ESTUDOS	30
Parte II – ESTUDO EMPÍRICO	37
3. METODOLOGIA	37
3.1. TIPO DE ESTUDO	37
3.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	38
3.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	40
3.3.1. EQUIVALÊNCIA LINGUÍSTICA E CONCEPTUAL DA ESCALA CBI.....	44
3.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	47
3.5. TRATAMENTO DE DADOS	48
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	51

4.1. CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA.....	51
4.2. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA MBI.....	56
4.3. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA CBI	66
4.4. NÍVEIS DE BURNOUT DOS ENFERMEIROS.....	71
5. CONCLUSÃO	77
6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	79
7. APLICAÇÕES DO ESTUDO	81
BIBLIOGRAFIA.....	83
ANEXOS	91
Anexo 1 – Pedido de autorização para a utilização do questionário CBI	92
Anexo 2 – Autorização para utilização do questionário CBI	94
Anexo 3 – Autorização para recolha de dados	105
Anexo 4 – Instrumento de colheita de dados.....	107

Índice de quadros

Quadro 1 – Caracterização das amostras relativas à validação do questionário de <i>Copenhagen Burnout Inventory</i> (CBI) nos diferentes países	31
Quadro 2 – Características psicométricas do questionário de <i>Copenhagen Burnout Inventory</i> (CBI) decorrentes das validações desenvolvidas nos vários países onde foi aplicado	33
Quadro 3 – Caracterização das amostras relativas às dimensões do <i>burnout</i> do questionário de <i>Copenhagen Burnout Inventory</i> (CBI) nos diferentes países.	34
Quadro 4 – Pontuações médias de <i>burnout</i> das escalas do CBI para as 15 principais profissões no estudo de referência – PUMA.	35
Quadro 5 – Caracterização da amostra relativamente à idade.....	51
Quadro 6 – Distribuição da amostra quanto às características sócio-demográficas.	52
Quadro 7 – Distribuição da amostra quanto às características socioprofissionais.....	53
Quadro 8 – Caracterização da amostra relativamente ao “Tempo de exercício: na enfermagem, na Instituição e no serviço”	55
Quadro 9 – Caracterização da amostra relativamente à questão “Há quanto tempo fez férias pela última vez?”	55
Quadro 10 – Distribuição da amostra quanto às questões “No último mês, pensou, alguma vez, que se pudesse: Mudaria de Profissão, de Instituição e de Serviço?”	56
Quadro 11 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (<i>alfa de Cronbach</i> das escalas do MBI)	60
Quadro 12 – Correlação dos itens com a escala do MBI a que pertence (excluindo esse item) e com as escalas a que não pertencem	65
Quadro 13 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (<i>alfa de Cronbach</i> das escalas do CBI).....	67
Quadro 14 – Correlação dos itens com as escalas do CBI a que pertence (excluindo esse item) e com as escalas a que não pertencem	69
Quadro 15 – Correlações de <i>Pearson</i> entre as escalas do CBI e do MBI.....	71

Quadro 16 – Caracterização da amostra relativamente aos níveis de <i>burnout</i> (MBI)	72
Quadro 17 – Distribuição da amostra relativamente aos níveis de <i>burnout</i> de acordo com as escalas do MBI	73
Quadro 18 – Caracterização da amostra relativamente aos níveis de <i>burnout</i> (CBI)	75
Quadro 19 – Distribuição da amostra relativamente aos níveis de <i>burnout</i> de acordo com as escalas do CBI	75

Índice de figuras

Figura 1 – Processo de adaptação transcultural do Questionário de <i>Copenhagen Burnout Inventory</i>	46
---	----

Lista de siglas e acrónimos

MBI – *Maslach Burnout Inventory*

BM – *Burnout Measure*

PUMA – *Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction*

CBI – *Copenhagen Burnout Inventory*

ICN – *International Council of Nurses*

CIPE® – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*

CESQT – *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*

SQT – *Síndrome de Quemarse por el Trabajo*

MBI-HSS – *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*

MBI-ES – *Maslach Burnout Inventory - Educators Survey*

MBI-GS – *Maslach Burnout Inventory - General Survey*

CBI-SS – *Copenhagen Burnout Inventory – Student Survey*

OLBI – *Oldenburg Burnout Inventory*

CHMT – *Centro Hospitalar do Médio Tejo*

CBI-PT – *Copenhagen Burnout Inventory – versão portuguesa*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

Resumo

O estudo actual teve como objectivos validar o questionário de *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) para a população Portuguesa, originando a versão Portuguesa do CBI, determinar as suas características psicométricas e determinar os níveis de *burnout* nos enfermeiros portugueses. Realizou-se um estudo de investigação metodológica a partir do questionário de CBI (Kristensen, *et al.*, 2005). O instrumento foi validado numa amostra de duzentos e vinte e oito (228) enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (75,0%) com uma média de idades de 35,5 anos (desvio padrão = 8,5). Para validação da escala foi solicitada a autorização aos autores do instrumento original, assim como à direcção da instituição onde foram recolhidos os dados. O CBI é constituído por dezanove (19) itens, distribuídos por três escalas: o *burnout* pessoal com seis (6) itens que avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pela pessoa; o *burnout* relacionado com o trabalho com sete (7) itens que analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho e o *burnout* relacionado com o cliente com seis (6) itens que avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa em relação ao trabalho efectuado com os clientes. O coeficiente de *alfa de Cronbach* observado nas três escalas (0,845; 0,866 e 0,843 respectivamente) permite afirmar que o instrumento apresenta uma boa consistência interna. Verificamos ainda que as três escalas do CBI apresentam uma boa validade convergente com o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e discriminante, nenhum item se correlaciona mais com as outras escalas do que com a sua própria o que indicia uma estrutura bem definida. Os enfermeiros apresentam índices baixos de *burnout* nas três escalas do CBI. Os resultados indicam que a escala validada apresenta boas

características psicométricas, sendo fiável e válida para a identificação e mensuração do *burnout*, o que permite a sua aplicação prática e em futuras investigações.

Palavras-chave: *burnout*; pessoal; trabalho; utente; enfermeiro.

Abstract

The current study aimed to validate the questionnaire of Copenhagen Burnout Inventory (CBI) for the Portuguese population, originating the Portuguese version of the CBI; to determine its psychometric characteristics and to determine the levels of burnout in Portuguese nurses. A methodological research study was conducted from the CBI questionnaire (Kristensen, et al., 2005). The instrument was validated in a sample of two hundred and twenty eight (228) nurses, mostly female (75,0%) with an average age of 35,5 years (standard deviation = 8,5). Authorization was given by the authors of the original instrument, as well by executive board of the institution where data were collected. The CBI is composed by nineteen (19) items spread across three scales: the personal burnout with six (6) items that evaluates the degree of psychological and physical exhaustion experienced by the person; the work-related burnout with seven (7) items that analyzes the degree of physical and psychological fatigue and exhaustion that is perceived by the person in relation to his/her work and the client-related burnout with six (6) items that evaluates the degree of physical and psychological fatigue and exhaustion that is perceived by the person in relation to the work carried out with clients. The Cronbach's alpha coefficient observed in three scales (0,845; 0,866 and 0,843 respectively) indicated that the instrument has a good internal consistency. We also noted that the three scales of the CBI have a good convergent with *Maslach Burnout*

Inventory (MBI) and discriminant validity, since no item correlates more with the other scales than with his own what gives rise to a well-defined structure. The nurses have low rates of burnout in the three scales of CBI. The results indicate that the validated scale presents good psychometric features and is reliable and valid for the identification and measurement of burnout, which allows its practical application and use in future research.

Keywords: burnout; personnel; work; user; nurse.

INTRODUÇÃO

Na década de 70 a maioria dos estudos em Psicologia da Saúde Ocupacional centravam-se nos trabalhadores da indústria, dando pouco ênfase aos trabalhadores sociais, como os enfermeiros, professores e outros grupos do sector dos serviços humanos (Kristensen, *et al.*, 2005).

O termo *burnout* deriva da conjugação de *burn* (queima) e *out* (exterior), sugerindo um consumo físico, emocional e mental causado pelo desajustamento entre o indivíduo e o seu ambiente (Costa, 2009).

Actualmente, o *burnout* tem merecido uma grande atenção por parte dos investigadores em Psicologia Organizacional, devido às suas implicações ao nível organizacional (Afonso, 2008). O termo também é reconhecido como uma metáfora popular entre os trabalhadores de serviços humanos (Kristensen *et al.*, 2005).

De acordo com Maslach e Jackson (1981) o *burnout* é visto como um estado de exaustão física, emocional e mental, causado pelo envolvimento duradouro em situações de elevada exigência emocional no local de trabalho. Estas exigências são geralmente causadas por uma combinação de expectativas muito elevadas e de stresse situacional crónico. Instala-se a partir de vivências de stresse no trabalho, quando o indivíduo se confronta com o desfasamento entre as expectativas e as motivações pessoais e profissionais, e os recursos que o trabalho disponibiliza para as satisfazer (Maslach, 2003). Afecta geralmente os profissionais que trabalham em contacto directo com pessoas, sendo predominante nos profissionais da saúde (Maslach e Jackson, 1981).

A escala de *Maslach Burnout Inventory* (MBI) foi aplicada em mais de 90% de todos os estudos empíricos sobre *burnout* realizados a nível mundial (Schaufeli e Enzmann, 1998, citado por Kristensen *et al.*, 2005), conferindo-lhe um estatuto de quase monopólio no campo do *burnout*. Esta posição dominante da MBI e da definição de Maslach sobre o *burnout* foi contestada por Kristensen, *et al.* (2005), referindo que esta se tornou nos dois lados da mesma moeda: o *burnout* é o que MBI mede, e o MBI mede o que é o *burnout*.

Quando começaram a delinear o “*Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction* (PUMA)” (Kristensen, *et al.*; 2005), a escolha natural recaiu na tradução do MBI para o dinamarquês, com o objectivo de testar o questionário, em conjunto com o questionário *Burnout Measure* (BM) (Pines *et al.*, 1981; Pines e Aronson, 1988, citado por Kristensen, *et al.* 2005), num estudo piloto. Durante o período de realização dos testes piloto efectuaram também uma revisão de literatura com o propósito de aprofundar mais sobre as teorias do *burnout*, bem como conhecerem os resultados das diferentes investigações empíricas até então realizadas. Quando o estudo piloto terminou, perceberam que não podiam usar o MBI (ou o BM) e tiveram que criar o seu próprio instrumento de medida do *burnout* (Kristensen, *et al.* 2005).

Assim, Kristensen, *et al.* (2005) criaram o questionário *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) sendo uma nova ferramenta de mensuração do *burnout* composta por três escalas: o *burnout* pessoal “*personal burnout*”; o *burnout* relacionado com o trabalho “*work-related burnout*”; o *burnout* relacionado com o cliente “*client-related burnout*”.

O CBI foi traduzido para oito línguas (Inglês, Japonês, Mandarim, Cantonense, sueco, finlandês, francês, esloveno) e é actualmente utilizado em vários países (Kristensen *et al.*

2005). A colaboração internacional futura irá elucidar o potencial da CBI em investigações sobre *burnout* (Winwood e Winefield, 2004).

Num estudo australiano sobre o “*Burnout em Dentistas*”, fez-se a comparação entre a CBI com o MBI e concluiu-se que a CBI possui excelentes propriedades psicométricas e parece ser uma medida adequada para avaliar o *burnout* entre os profissionais de saúde. (Winnwood e Winefield, 2004).

Face ao exposto, os objectivos propostos por esta dissertação são: validar o questionário de *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) para a língua portuguesa, originando a versão portuguesa do CBI; determinar as suas características psicométricas e determinar os níveis de *burnout* nos enfermeiros portugueses.

Para tal aplicou-se o questionário a uma amostra de 228 enfermeiros que exercem funções numa instituição hospitalar do Centro do país.

A dissertação é composta por duas partes. A primeira denominada de enquadramento teórico contém bases teóricas sobre a síndrome de *burnout*, sendo expostas e elucidadas as diversas teorias e constructos teóricos fundamentais para o nosso estudo.

No ponto 1 apresentámos o desenvolvimento histórico do conceito de *burnout*, definimos os conceitos do *burnout*, as suas causas, conseqüências e manifestações bem como, os principais modelos teóricos subjacentes à explicação da síndrome de *burnout* e os instrumentos de medida de *burnout*, sendo por último abordadas as questões de prevenção e tratamento do *burnout*.

No ponto 2 são apresentadas as características psicométricas obtidas na validação da escala do CBI em vários países.

A segunda parte é identificada por estudo empírico. Nesta é abordada a metodologia, a apresentação e análise dos dados que conduziram à adaptação e validação para português do questionário de *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI). São ainda apresentadas as conclusões, as limitações encontradas e as aplicações do estudo.

Parte I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. *BURNOUT*

O termo *burnout* foi utilizado pela primeira vez nos Estados Unidos na década de setenta do século XX por Freudenberger. Este autor definiu *burnout* como falha, desgaste ou exaustão devido a exigências excessivas de energia, força ou recursos ou quando um membro da organização se torna inoperante. Observou ainda que muitos dos voluntários com quem trabalhava apresentavam por vezes um desgaste ao nível do humor e da motivação. Este processo prolongava-se aproximadamente por um ano, manifestando quer sintomas físicos, quer psíquicos e indicavam um estado de estar «exausto» (Maslach *et al* 2001; Schaufeli e Buunk 2003).

O conceito de *burnout* ganhou ênfase especialmente nas profissões de serviços humanos, nos quais o trabalho assenta na relação entre quem presta e quem recebe o serviço. Estes critérios aplicam-se às profissões da saúde; os profissionais envolvidos no atendimento às pessoas doentes e ao tentarem resolver esses problemas, podem desenvolver um conflito entre a profissão que desempenham, a satisfação ocupacional e a responsabilidade frente ao cliente (Cherniss, 1980, citado por Richardsen e Burke, 1995).

Surge nos profissionais que prestam cuidados de ajuda ao público, como por exemplo os profissionais de saúde, da educação, entre outros (Estella, 2002).

1.1. DEFINIÇÃO DE *BURNOUT*

O *burnout* foi definido por Maslach e Jackson (1981) como uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e de redução de realização pessoal, sendo causada pelo prolongamento de situações de elevada exigência emocional no local de trabalho e que podem ocorrer nos profissionais da área dos serviços humanos. Os autores referem ainda que o *burnout* pode ser especificado como uma síndrome psicológica de exaustão, cinismo e de ineficácia no local de trabalho.

A síndrome de *burnout* tem sido definida como uma resposta ao stresse crónico no trabalho, integrando atitudes e sentimentos negativos em relação às pessoas com as quais trabalhamos (atitudes de despersonalização) e ao próprio papel profissional (falta de realização profissional no trabalho), assim como pela experiência de estar emocionalmente esgotado (exaustão emocional). Esta resposta ocorre com frequência nos profissionais de saúde e, em geral, nos profissionais de organizações de serviços que trabalham em contacto directo com os utentes (Gil-Monte e Peiró, 1997; Gil-Monte, 2001).

Por seu lado, Schaufeli e Greenglass (2001) definiram *burnout* como um estado de esgotamento físico, emocional e mental que resulta do envolvimento de longo prazo nas situações de trabalho que são emocionalmente exigentes.

Enzmann, Schaufeli *et al* (1998) referem que as características do estado e do processo de *burnout* podem ser definidas como um estado mental negativo, persistente, relacionado com o trabalho, que ocorre em indivíduos «normais» e que se caracteriza pela exaustão,

sofrimento, reduzida motivação e eficácia, e pelo desenvolvimento de atitudes ou comportamentos disfuncionais no trabalho.

Esta síndrome psicológica, segundo Schaufeli e Buunk (2003) pode desenvolver-se de uma forma gradual, mas pode também permanecer oculta por um longo período sem ser identificada pelo indivíduo, derivando de um desvio entre as suas expectativas profissionais e a realidade. Por outro lado, estão associadas a esta síndrome estratégias de *coping* inadequadas o que faz com que o *burnout* se auto-perpetue.

Em 1989 Shirom (citado por Kristensen *et al.*, 2005) enfatizou que a fadiga e a exaustão devem ser consideradas como sendo os elementos centrais do conceito de *burnout*, referindo-se mais especificamente a uma combinação de cansaço físico, exaustão emocional e cognitiva.

Kristensen, *et al.* (2005) salientam que o *burnout* não é apenas cansaço ou exaustão. Se este fosse o caso, o conceito não seria necessário. Para uma melhor compreensão do conceito, a característica adicional mais importante é a atribuição da fadiga e da exaustão para domínios específicos ou para as esferas da vida pessoal. O trabalho é um domínio sendo o trabalho com o cliente um domínio mais específico.

Segundo o *International Council of Nurses* (ICN) na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), o *burnout* é definido como um “*processo de coping com as características específicas: depleção de energia devida a períodos longos de stresse crónico e não aliviado, falta de apoio, falta de relações respeitadas, pressão externa, conflitos entre as realidades e as expectativas*” (ICN, 2005, p.81). Passados cinco anos esta

definição foi reformulada, mantendo-se o *burnout* como um “*processo de coping comprometido: depleção de energia devido a stresse não aliviado, falta de apoio e de relações, conflitos entre as expectativas e a realidade*” (ICN, 2010, p.41).

1.2. DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DO CONCEITO DE *BURNOUT*

Em 1976 Maslach, investigadora na área da Psicologia Social, começou por investigar a forma como as pessoas com empregos emocionalmente exigentes (como médicos, enfermeiros, polícias) lidam com o trabalho diário (Maslach *et al.* 2001). Segundo Maslach e Schaufeli (1993) o *burnout* afecta principalmente profissões de ajuda, onde a matéria-prima do trabalho são as pessoas.

As investigações iniciais foram dominadas por descrições de carácter descritivo dos sintomas e do contexto situacional, recorrendo às técnicas: da entrevista, dos estudos de caso e das observações *in loco* (Maslach e Schaufeli, 1993; Maslach *et al.* 2001). Para Enzmann, Schaufeli *et al* (1998) estes primeiros passos foram cautelosos mas impressionantes, na forma de realizar pesquisas qualitativas sobre o *burnout*, partindo de uma perspectiva muitas vezes descrita como uma forma provisória de efectuar pesquisa sobre o *burnout*.

Nos anos 80 surge a fase empírica do *burnout* tornando-se mais sistemática e de natureza quantitativa, recorrendo a inquéritos e questionários e a amostras cada vez mais abrangentes. Neste período surge o MBI como instrumento de medida do *burnout* (Maslach e Jackson, 1981). Esta escala apresentou propriedades e características

psicométricas bastante fortes e continua actualmente a ser uma das mais utilizadas a nível mundial (Zamora, *et al.* 2004).

De acordo com Kristensen *et al* (2005) muitos dos estudos realizados inicialmente eram de natureza transversal, o que não permitia a inferência causal. No entanto, durante a década de 90 foram realizados estudos longitudinais com maior rigor metodológico melhorando os resultados da pesquisa sobre o *burnout* (Schaufeli e Buunk, 2003; Borritz, 2006).

Ao longo dos últimos anos, os teóricos e empíricos sugeriram a reformulação do conceito de *burnout* (Enzmann *et al*, 1998). Schaufeli e Buunk (2003) propuseram que a síndrome de *burnout* se integrasse nas teorias psicológicas.

Kristensen *et al.*, 2005 pesquisaram abordagens mais orientadas para as teorias de *burnout*, introduziram uma nova ferramenta para medir *burnout*: o questionário CBI. Assim, segundo Schaufeli e Taris (2005) a discussão sobre as principais dimensões do conceito de *burnout* foi desta forma retomada e está actualmente em curso.

1.3. CAUSAS DE BURNOUT

De acordo com Maslach e Jackson (1981) o trabalho contínuo com pessoas que estão em sofrimento, psicológico, social e/ou físico, pode causar stresse crónico e ser emocionalmente desgastante, contribuindo para o risco de *burnout*, afectando os profissionais dos serviços humanos como médicos, enfermeiros, psicólogos, etc. Estes autores fazem referência a outro aspecto importante, que é o desenvolvimento de atitudes e sentimentos negativos para com os clientes muitas vezes considerando-os

como merecedores dos problemas, o que parece estar relacionado com a exaustão emocional.

Para Gil-Monte e Peiró (1997) as variáveis desencadeantes categorizam-se em três grupos: ambiente físico do trabalho e do conteúdo do posto; disfunções do papel, relações interpessoais e desenvolvimento da carreira e por fim, o stress relacionado com as novas tecnologias e outros aspectos organizacionais, que incluem a estrutura e o clima organizacional.

Para Moreno-Jiménez e Peñacola (1999) o *burnout* tem um carácter insidioso, não surge após um ou mais episódios de sobrecarga ou dificuldade, mas pelo contrário, surge de uma forma gradual sem que o indivíduo se aperceba e evoluindo lentamente num contínuo que passa do entusiasmo à decepção.

Jackson e Schuler (1983) identificam as seguintes condições organizacionais que podem causar *burnout*: a falta de recompensas; as políticas excessivas e procedimentos ultrapassados, rotinas de trabalho e a supervisão próxima ("sensação de controlo" do funcionário); a inexistência de expectativas claras e de responsabilidades de trabalho em conjunto com o conflito que impedem o trabalhador de ser produtivo e por último, a inexistência de grupos de apoio ou grupos de trabalho coesos, o que por sua vez, impede que o funcionário adquira as informações necessárias para lidar com as outras três condições.

Estas quatro condições organizacionais podem estar por detrás da exaustão dos funcionários, mas também, podem interagir com várias características pessoais e causar

burnout no trabalhador. As expectativas idealistas (em que o trabalhador tem expectativas irreais sobre a forma como a organização o irá compensar), quando combinadas com a experiência organizacional real, produzem um "choque" com a realidade. Por exemplo, o trabalhador poderia esperar recompensas pelo bom desempenho como a oportunidade de influenciar as decisões que afectam o seu desempenho, ou uma atitude amigável e compreensiva de co-trabalhadores e superiores, ou um entendimento claro sobre o que é esperado, e os recursos adequados (incluindo o tempo e dinheiro) para começar o trabalho feito (Jackson e Schuler, 1983).

A expectativa do emprego ideal e objectivos de carreira profissional, em que as condições organizacionais que interferem com o trabalhador são apenas incómodas para os trabalhadores que desejam atingir altos níveis de desempenho. Um trabalhador que pensa ser capaz de realizar tudo, torna-se num alvo natural de *burnout*. Os trabalhadores na crise do meio da carreira apresentam reacções de *burnout*, especialmente sentimentos de realização pessoal baixa. Embora muitos desses trabalhadores possam ter feito bem, mas pelos seus próprios padrões (por exemplo atingir a meta de se tornar presidente da empresa aos 50 anos de idade), podem considerar-se como sendo um fracasso (Jackson e Schuler, 1983).

Uma análise da literatura de investigação sobre os aspectos do risco organizacional para *burnout* conduziu à identificação de seis áreas principais: a sobrecarga de trabalho, a falta de controlo, o sentimento de recompensa insuficiente, a ausência de comunidade, a falta de justiça e o conflito de valores (Maslach, *et al* 2001; Maslach, 2009).

Por outro lado, o desfasamento entre o indivíduo e o trabalho não ocorre apenas numa área, mas sim nas seis. Se não existir harmonia entre a natureza do trabalho com a natureza da pessoa, pode resultar num aumento das componentes de exaustão, cinismo e ineficácia do *burnout*. Assim, cada área traz uma perspectiva diferente das interacções entre os indivíduos e os seus locais de trabalho.

Essas seis áreas em conjunto representam os principais antecedentes organizacionais do *burnout* (Maslach *et al*, 2001; Maslach 2009):

- 1. Sobrecarga de trabalho:** é geralmente encontrada como sendo uma carga de trabalho excessiva, através da fórmula simples, muito que fazer provoca exaustão ao indivíduo, na medida em que a recuperação se torna impossível. Por outro lado, ocorre quando os indivíduos estão no trabalho errado, quando não possuem as habilidades ou apetência para um determinado trabalho ou quando lhes são exigidas emoções incompatíveis com os seus sentimentos. Geralmente, a sobrecarga de trabalho está directamente relacionada com a exaustão do *burnout*.
- 2. Falta de controlo:** a falta de controlo está relacionada com a ineficácia ou com a reduzida realização pessoal causando *burnout*. Os indivíduos que não são envolvidos ao nível das decisões inerentes à sua prática profissional podem enfrentar uma crise de controlo, bem como de sobrecarga de trabalho. Esta falta de controlo, na maioria das vezes indica que os indivíduos não têm autonomia para resolver os seus problemas, ou para fazer as suas escolhas de modo a contribuir para alcançar os resultados pelos quais poderão ser responsabilizados mais tarde. Esta situação é geradora de stresse nos indivíduos que se sentem responsáveis

pelos resultados e quando não têm capacidade de cumprir com o que lhes é pedido. Associa-se geralmente à dimensão de reduzida realização pessoal e têm um impacto significativo nos níveis de stresse e *burnout*.

- 3. Sentimento de recompensa insuficiente:** esta situação ocorre quando os indivíduos crêem que não estão a ser devidamente recompensados face ao seu desempenho. Por vezes, a recompensa financeira pode ser insuficiente, como por exemplo, quando o indivíduo não recebe o salário e benefícios compatíveis com o seu trabalho. Ainda mais importante, é a falta de reconhecimento social, ou seja, quando há desvalorização do trabalho e dos trabalhadores. Além disso, a falta de recompensas intrínsecas (como o orgulho em fazer algo importante e de fazê-lo bem) também pode ser uma parte crítica dessa incompatibilidade. Assim, a falta de recompensa está associado a sentimentos de ineficácia. Por outro lado, o reconhecimento positivo neste tipo de situação é importante para evitar o *burnout*.
- 4. Ausência de comunidade:** ocorre quando os indivíduos perdem o senso de ligação positiva com os outros no local de trabalho. As relações de trabalho prosperam quando os indivíduos são elogiados e se sentem confortáveis. Para além da troca emocional e da ajuda instrumental, este tipo de apoio social reafirma a adesão do indivíduo a um grupo com um sentido de partilha de valores. Infelizmente, alguns trabalhos isolam os indivíduos ou tornam impessoal o contacto social. No entanto, o que é mais destrutivo nas relações de trabalho são os conflitos crónicos e por resolver. Nestas condições os níveis de stresse e *burnout* são elevados e o trabalho

torna-se difícil. Este conflito constante produz sentimentos negativos de frustração e hostilidade e reduz a possibilidade de apoio social.

5. Falta de justiça: a falta de justiça e de respeito entre colegas que trabalham juntos influencia negativamente o bom ambiente de trabalho e o sentimento de comunidade. O respeito mútuo entre as pessoas é fundamental para um sentimento comum da comunidade. As situações de injustiça podem ocorrer quando há desigualdade na carga de trabalho ou de vencimentos. A falta de justiça agrava o *burnout* de duas formas: a) ser tratado de forma injusta é uma experiência emocionalmente desgastante e cansativa; b) a injustiça vai alimentando um sentimento de cinismo em relação ao local de trabalho.

6. Conflito de valores: o conflito de valores pode ocorrer quando existe um conflito entre as exigências da profissão e os princípios e valores do próprio indivíduo. Os indivíduos podem sentir-se constrangidos quando têm de realizar algo que não se enquadra com os princípios da ética e com os seus próprios valores. Os conflitos de valores também podem ocorrer quando as aspirações pessoais não acompanham os valores da organização, ou quando a qualidade de atendimento choca com a contenção de custos da organização. Nestas situações é provável que surja o *burnout*.

1.4. CONSEQUÊNCIAS E MANIFESTAÇÕES DO *BURNOUT*

A síndrome de *burnout* é um problema social de primeira ordem, pois é um transtorno de adaptação crónica, que prejudica a qualidade de vida do profissional e a qualidade do seu

trabalho assistencial, levando a um aumento dos custos económicos e sociais (Estella, *et al* 2002).

Segundo Zamora *et al* (2004) os problemas resultantes do *burnout* podem ser de ordem interpessoal (problemas familiares e sociais); pessoal (perturbações psicossomáticas, os problemas psicológicos, tais como, hostilidade, ansiedade e depressão) e comportamental (absentismo, atrasos e diminuição na qualidade do trabalho) que influenciam o rendimento no trabalho. Assim, e de acordo com Zamora *et al* (2004) as manifestações do *burnout* são visíveis a dois níveis: o individual e o organizacional.

Freundenberger e Richelson (1980, citados por Maslach e Schaufeli 1993) descrevem um conjunto de sintomas clínicos do *burnout*: a exaustão, o afastamento, o aborrecimento, o cinismo, a impaciência e a irritabilidade elevada, os sentimentos de onipotência, a suspeita de não se ser apreciado, a paranóia, a desorientação, a negação de sentimentos e as queixas psicossomáticas.

Para Maslach e Jackson (1981) o *burnout* está relacionado com diversos indicadores auto-relatados tais como: a insatisfação pessoal, exaustão física, insónias, aumento de hábitos aditivos (álcool e drogas), problemas conjugais e familiares, entre outros, contribuindo deste modo, para o abandono profissional, o absentismo e a baixa moral, podendo degradar a qualidade dos serviços prestados (Moreno-Jiménez e Puente, 1999).

No mesmo sentido, Spickard *et al.*, (2002) referem que o *burnout* está associado à deterioração do desempenho laboral e às perturbações de saúde, tais como: fadiga, dores

de cabeça, perturbações de sono, irritação, dificuldades conjugais, hipertensão, ansiedade, depressão, enfarte de miocárdio, alcoolismo e toxicodependência.

Schaufeli e Buunk (2003) agruparam mais de 100 sintomas e possíveis consequências relativas ao *burnout* resultantes da observação clínica não controlada e da análise não estruturada de entrevistas, em cinco grandes categorias: afectiva, cognitiva, física, comportamental e motivacional.

Benevides-Pereira e Moreno-Jimenez (2003) caracterizam a síndrome de *burnout* pela presença de quatro tipos de sintomas:

1. **Os sintomas físicos:** sensação de fadiga progressiva e constante, distúrbios do sono, dores musculares ou ósseas, cefaleias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, perturbações do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações menstruais nas mulheres.
2. **Os sintomas psíquicos:** falta de atenção e de concentração, alterações de memória, lentificação do pensamento, sentimentos de alienação, solidão, insuficiência, impaciência, desânimo, depressão e desconfiança.
3. **Os sintomas comportamentais:** irritabilidade, agressividade, incapacidade em relaxar, dificuldade em aceitar mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias, comportamento de alto risco e aumento da probabilidade de suicídio.

4. **Os sintomas defensivos:** tendência ao isolamento, sentimentos de onnipotência, perda do interesse pelo trabalho ou pelo lazer, insónias e cinismo.

Gil-Monte (2003) resume as manifestações do *burnout* em quatro grandes categorias:

1. **Os sintomas emocionais:** uso de mecanismos de distanciamento emocional, sentimentos de solidão, de alienação, ansiedade e de impotência ou onnipotência.
2. **Os sintomas atitudinais:** desenvolvimento de atitudes negativas, cinismo, apatia e hostilidade.
3. **Os sintomas comportamentais:** agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor, irritabilidade.
4. **Os sintomas psicossomáticos:** alterações cardiovasculares (palpitações, hipertensão, etc.), problemas respiratórios (crises de asma, falta de ar, etc.), problemas imunológicos (aumento da frequência de infecções, alergias, etc.), problemas sexuais (diminuição da libido), digestivos (úlceras, náuseas, diarreias, etc.), musculares (dores de costas, fadiga, etc.) e alterações no sistema nervoso (enxaquecas, insónia, etc.).

Independentemente da conceptualização de *burnout* é unânime que ele emerge na fase final de um processo longo resultante da exposição do indivíduo a tensões laborais (Benevides-Pereira e Moreno-Jimenez, 2003).

Embora exista alguma evidência dos factores de risco individuais para o *burnout*, existem muitas mais evidências de pesquisa para a importância das variáveis situacionais. Mais de duas décadas de pesquisas sobre *burnout* identificaram um grande número de factores de risco da organização em muitas profissões e em diferentes países (Maslach *et al* 2001). A conclusão destes estudos revela que o *burnout* é em grande parte devido à natureza do trabalho, ao invés das características de cada trabalhador (Maslach, 2009).

1.5. PRINCIPAIS MODELOS TEÓRICOS

Diversos autores têm conceptualizado o processo e as manifestações da síndrome de *burnout*, ou a sequência com que surgem as suas diferentes dimensões. Nesta procura surgiram diferentes modelos dando consistência ao conceito bem como à explicação desta síndrome, dos seus antecedentes e das suas manifestações. Assim, neste ponto são abordados alguns dos principais modelos teóricos do *burnout*.

1.5.1. MODELO DE CHERNISS

Cherniss (1980 a,b, citado por Richardsen e Burke, 1995) considera o *burnout* como um processo de adaptação psicológica, sendo constituído por diferentes estados que ocorrem ao longo do tempo e que representam uma forma de adaptação ou *coping* para com as fontes específicas de stresse.

Chernis (1980, citado por Estella *et al*, 2002) descreve três fases na evolução do *burnout*: o desequilíbrio entre a procura e os recursos, com o stresse psicossocial; o estado de tensão psicológica e as mudanças comportamentais, do tipo defensivo e evasivo, com tendência para um tratamento rotineiro e mecânico dos pacientes.

Este modelo baseia-se num estudo de dois anos, que caracterizou profissionais de quatro áreas propensas ao *burnout* (saúde mental, enfermagem, ensino e direito), no qual o autor propõe uma série de características do trabalho que interagem com as expectativas do indivíduo, provocando diversos graus de stresse e que o indivíduo experiêcia a diversos níveis. Alguns empregam técnicas e estratégias activas de resolução de problemas, enquanto outros exibem mudanças de atitudes negativas (Richardson e Burke, 1995).

1.5.2. MODELO DE MASLACH E JACKSON

Maslach e Jackson (1981) definem *burnout* como o cansaço emocional que leva a uma perda da motivação com tendência a sentimentos progressivos de inadequação e fracasso. De acordo com as autoras, o *burnout* é o resultado de uma discordância entre os ideais individuais e a realidade da vida laboral diária incluída nas três dimensões:

- 1. Cansaço ou esgotamento emocional**, que se caracteriza por uma perda contínua de energia, fadiga, desgaste e/ou falta de recursos emocionais. É uma componente primordial da síndrome de *burnout* que pode ter consequências físicas e psicológicas.
- 2. Desumanização ou despersonalização**, sendo que as suas principais características são o desenvolvimento de atitudes negativas, irritação, cinismo e insensibilidade para com os usuários (doentes ou clientes).
- 3. A falta de realização profissional** em que o indivíduo afectado, avalia negativamente o seu desempenho profissional, percebe a falta de realização

pessoal no seu trabalho, diminuindo deste modo as suas expectativas pessoais e de autoavaliação, o que conduz a uma auto-avaliação negativa. Demonstra rejeição de si próprio e das suas realizações pessoais, apresentando ainda sentimentos de fracasso e de baixa auto-estima.

1.5.3. MODELO DE GOLEMBIEWSKY

Golembiewsky, Munzenreider e Stevenson (1983, citados por Richardsen e Burke, 1995) referem que o *burnout* pode ser analisado como um processo que envolve a noção de fases dentro do próprio conceito de *burnout*. O modelo baseia-se no modelo de Maslach e mostra o aumento progressivo dos três factores de *burnout* numa sequência lógica. De acordo com este modelo, a despersonalização é a primeira etapa e também a menos grave, sendo a etapa da exaustão emocional a mais grave (Richardsen e Burke, 1995).

Este modelo encontra-se estruturado em oito fases evolutivas que levam à ocorrência de *burnout*, numa sequência com início em valores baixos e a evoluir quando os factores laborais como: segurança no trabalho, compensações, companheiros de trabalho, supervisores, motivação laboral intrínseca, conhecimento dos resultados, responsabilidade pelos resultados, ou significado do trabalho são negativos correndo um alto risco de sofrer de *burnout* (Richardsen e Burke, 1995).

Nas oito fases evolutivas deste modelo, os indivíduos que vêem os seus locais de trabalho como menos atractivos, demonstram maior insatisfação e apresentam uma maior intenção de abandono, menor envolvimento e participação na tomada de decisões, maior incidência de sintomas físicos e estados emocionais negativos. Os indivíduos nas fases

mais avançadas de *burnout* relatam quase sempre, mais experiências negativas de trabalho e mais resultados negativos, do que os indivíduos nas fases menos avançadas. Ao nível organizacional, a produtividade da unidade de trabalho tende a diminuir (Richardsen e Burke, 1995).

1.5.4. MODELO DE LEITER

Leiter (1983, citado por Richardsen e Burke, 1995) coloca a exaustão emocional numa posição central, pois está associada a níveis elevados de despersonalização e a baixos níveis de realização pessoal. A despersonalização aparece como uma tentativa ineficaz para lidar com sentimentos de exaustão, surgidos no relacionamento interpessoal.

Este modelo postula que a exaustão emocional se desenvolve em primeiro lugar porque é mais sensível às causas e ao stresse no trabalho. Assim, a exaustão emocional surge quando os indivíduos estão expostos a situações de stresse, provocado por um ambiente demasiado exigente e à medida que aumenta, surge a despersonalização como resposta a esta (Richardsen e Burke, 1995).

O modelo define exaustão emocional como uma reacção ao stresse ocupacional, sendo o seu impacto mediado por diferentes aspectos: por exemplo, comprometimento organizacional e comprometimento profissional. Os principais factores de stresse são: a sobrecarga de trabalho e os conflitos com as pessoas em ambiente de trabalho. Estes têm influência sobre a despersonalização e a realização pessoal, uma vez que têm impacto directo sobre a exaustão emocional. Por outro lado, a utilização de competências e estratégias de *coping* tendem a evitar os efeitos da exaustão e facilitam a realização

pessoal. O apoio do supervisor e ou do colega de trabalho, as relações positivas com o cliente e a autonomia são outros aspectos que evitam o *burnout* (Richardson e Burke, 1995).

1.5.5. MODELO DE COMPARAÇÃO SOCIAL DE BUUNK E SCHAUFELI

Buunk e Schaufeli (1993) desenvolveram o seu modelo para explicar a etiologia da síndrome de *burnout* nos profissionais de enfermagem, e referem que dentro deste campo profissional a síndrome tem uma dupla etiologia: por um lado, os processos de intercâmbio social com os pacientes e por outro, os processos de afiliação e comparação social com os colegas.

Em relação aos processos de intercâmbio social com os pacientes, os profissionais de enfermagem identificam três variáveis relevantes como causadoras de stresse para o desenvolvimento da síndrome: a incerteza que se refere à falta de clareza sobre o que se sente e pensa em relação como se deve actuar; a percepção de justiça que se refere ao equilíbrio entre a percepção que os trabalhadores transmitem e o que eles recebem no exercício das suas relações e finalmente a falta de controlo, que tem a ver com a possibilidade do trabalhador controlar os resultados das suas acções laborais (Buunk e Schaufeli, 1993).

O papel da enfermagem gera bastante incerteza com alguma frequência, colocando em dúvida a sua actuação em relação aos pacientes, sobre como tratar os seus problemas e a insegurança que os profissionais sentem sobre se fizeram as coisas da forma mais adequada. Além disso, as expectativas de recompensa e justiça dos profissionais são

frequentemente frustradas, pois os pacientes normalmente estão ansiosos e preocupados, e a interacção com eles não é gratificante (Buunk e Schaufeli (1993).

Em relação aos processos de afiliação social e comparação com os colegas, os profissionais de enfermagem não procuram apoio social em situações de stresse, pelo contrário, nestas situações evitam a presença de colegas e evitando o seu apoio por medo de serem criticados ou rotulados de incompetentes (Buunk e Schaufeli, 1993).

1.5.6. MODELO DO STRESSE LABORAL CRÓNICO DE GIL MONTE

De acordo com Gil Monte *et al* (2009), o modelo teórico que sustenta o “*Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)*”, baseia-se no facto que a “*Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT)*” é uma resposta ao stresse laboral crónico que deriva das relações interpessoais problemáticas laborais. Desenvolve-se naqueles indivíduos que trabalham com pessoas, com uma frequência especial nos profissionais do sector de serviços que estão em contacto directo com os usuários. A síndrome caracteriza-se por uma deterioração cognitiva (perda de ilusão pelo trabalho), por uma deterioração emocional (atitudes e comportamentos de indiferença, indolência, distanciamento sendo por vez o cliente mal tratado). Nalguns casos surgem sentimentos de culpa.

Desta forma, é possível identificar dois perfis no processo do SQT: O Perfil 1 que conduz ao aparecimento de um conjunto de sentimentos e condutas vinculados ao stresse laboral e que originam uma forma moderada de mal-estar, e que no entanto não incapacita o indivíduo para o exercício do seu trabalho, podendo no entanto realizá-lo

melhor. Este perfil caracteriza-se pela presença de uma ilusão baixa em relação ao trabalho em conjunto com altos níveis de desgaste psíquico e apatia, no entanto os indivíduos não apresentam sentimentos de culpa. O Perfil 2 que constitui com frequência, um problema mais sério identificaria os casos clínicos mais deteriorados pelo desenvolvimento de SQT. Além dos sintomas anteriores os indivíduos apresentam também sentimentos de culpa (Gil Monte *et al*, 2009).

O modelo psicométrico do CESQT contém vinte itens distribuídos em quatro dimensões denominadas:

- 1. Ilusão pelo trabalho** (cinco itens). Define-se como o desejo do indivíduo de alcançar as metas laborais porque supõe uma fonte de prazer pessoal. O indivíduo percebe o seu trabalho como atractivo e alcançar as metas profissionais é fonte de realização pessoal. Os itens que compõem esta dimensão estão formulados de forma positiva, e assim, pontuações baixas nesta dimensão indicam altos níveis no SQT.
- 2. Desgaste psíquico** (quatro itens). Define-se como o aparecimento do esgotamento emocional e físico, uma vez que no trabalho tem de tratar diariamente com pessoas que apresentam ou causam problemas. Esta dimensão é similar à dimensão de «esgotamento emocional» do MBI – *Human Services Survey* (MBI-HSS).
- 3. Apatia** (seis itens). Define-se como a presença de atitudes de indiferença e cinismo para com os usuários da organização. Os indivíduos que alcançaram uma pontuação alta nesta dimensão mostram insensibilidade e não se comovem perante os

problemas dos usuários. Esta dimensão é similar à dimensão de «Despersonalização» do MBI-HSS.

4. **Culpa** (cinco itens). Define-se como o aparecimento de sentimentos de culpa pelo comportamento e pelas atitudes negativas desenvolvidas no trabalho, em especial para com as pessoas com quem estabelecem relações laborais (Gil Monte *et al*, 2009).

1.5.7. MODELO DE *COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY*

O *Copenhagen Burnout Inventory* é um novo instrumento de mensuração do *burnout*, é composto por três escalas de medida, relacionadas com aspectos pessoais “*personal burnout*”, do trabalho “*work-related burnout*” e do paciente “*client-related burnout*”, que pode ser utilizado em diferentes domínios. Teve por base um estudo prospectivo de *burnout* em trabalhadores no sector de serviços humanos o *Project on Burnout, Motivation, and Job Satisfaction* (PUMA) (Kristensen, *et al.* 2005).

Assim, as três escalas do CBI avaliam:

- **O *burnout* pessoal:** avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pela pessoa. Refere-se aos sintomas gerais de exaustão física ou mental, que nem sempre estão relacionados com uma determinada situação em particular no ambiente de trabalho e aplica-se a todos os trabalhadores.
- **O *burnout* relacionado com o trabalho:** analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho. Diz respeito

aos sintomas de exaustão que estão relacionados com o trabalho da pessoa e aplica-se a todos os trabalhadores.

- **O *burnout* relacionado com o cliente:** avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os clientes. Refere-se aos sintomas de exaustão relacionada com o trabalho efectuado com os clientes e aplica-se aos trabalhadores dos serviços humanos, como enfermeiros e professores.

1.6. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DO *BURNOUT*

A maioria dos trabalhos de investigação científica na área do *burnout* é baseada no *Maslach Burnout Inventory* (Maslach e Jackson, 1981). Assim, observamos que na década de 80 os trabalhos sobre o *burnout* adoptaram uma metodologia mais quantitativa, recorrendo de uma forma mais sistemática à investigação empírica e fazendo uso de questionários dos quais o MBI de Maslach e Jackson (1981) foi o mais usado (Leiter, 1991; Maslach *et al.*, 2001; Schaufeli e Buunk, 2003). O MBI tem sido aplicado em mais de 90% dos estudos sobre o *burnout* em todo o mundo, o que lhe confere um estatuto de monopólio nesta área (Schaufeli e Enzmann, 1998). Esta preferência na utilização do MBI tornou a conceptualização do *burnout* como sendo equivalente à forma de como o mesmo é medido, ou seja, por outras palavras, o *burnout* será o que o MBI mede (Schaufeli, 1999).

De acordo com Schaufeli e Buunk (2004) o conceito de *burnout* foi ampliado e definido como sendo uma crise no relacionamento das pessoas com o trabalho. Assim, as três

dimensões originais da MBI foram ampliadas para abranger não só os problemas em relação ao trabalho das pessoas mas também a fadiga independentemente da sua causa; a despersonalização reflecte uma atitude de indiferença ou de distanciamento em relação ao trabalho para com as outras pessoas e a realização pessoal abrange tanto os aspectos sociais como não sociais da realização profissional.

Actualmente existem três versões distintas do MBI que foram desenvolvidas em função das diferentes áreas profissionais: a primeira versão com 22 itens para aplicar aos profissionais da área da saúde “*Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* (MBI-HSS)”; a segunda versão com igual número de itens adequada aos profissionais em contexto educativos “*Maslach Burnout Inventory - Educators Survey* (MBI-ES)” e a terceira versão que é a mais genérica com apenas 16 itens adaptada aos trabalhadores em geral “*Maslach Burnout Inventory - General Survey* (MBI-GS)”. Todas as versões possuem uma estrutura tri-factorial em linha com a conceptualização do *burnout* (Maslach *et al*, 1996; Maslach, 1998)

O *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI) inclui somente duas dimensões, a exaustão e a falta de compromisso com o trabalho «disengagement from work». O questionário espanhol para a avaliação do *burnout* “*Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo*” propõe ainda a perda e a “ilusão” como elemento integrante da síndrome (Moreno-Jiménez *et al.*, 2006).

Estão a ser desenvolvidos novos instrumentos na Europa que pressupõem uma reconceptualização da síndrome de *burnout*, como o CBI cuja última versão (Borritz e Kristensen, 2005) avalia o *burnout* em três dimensões relacionadas com aspectos pessoais

do paciente e do trabalho: “*personal burnout*”, “*work-related burnout*” e “*client-related burnout*” (Kristensen *et al.*, 2005).

No Brasil foi desenvolvido a versão “*Copenhagen Burnout Inventory – Student Survey*” (CBI-SS), em que os autores desconheciam a existência de alguma adaptação anterior do CBI para a aplicar a estudantes universitários. Assim, nesta pesquisa o CBI foi traduzido para português e adaptado para uma população de estudantes universitários brasileiros; neste processo a escala original do *burnout* relacionado com o cliente foi aumentada e incluiu duas novas subescalas: o *burnout relacionado com os colegas* e o *burnout relacionado com os professores*. A escala *burnout* relacionada com o trabalho foi igualmente adaptada para *burnout relacionado com o curso*. (Campos *et al.* 2011).

1.7. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO BURNOUT

Segundo Gil-Monte (2003), as estratégias de prevenção e tratamento do *burnout* podem ser agrupadas em três categorias:

1. As estratégias individuais que englobam a formação em resolução de problemas, assertividade e gestão eficaz do tempo.
2. As estratégias de grupo que consistem na procura de apoio dos colegas e superiores (deste modo, os indivíduos melhoram as suas capacidades, obtêm novas informações e recebem apoio emocional ou outro tipo de ajuda).
3. As estratégias organizacionais que são muito importantes, uma vez que o problema se encontra no contexto de trabalho, elas permitem o desenvolvimento de medidas

de prevenção de forma a melhorar o clima organizacional. Poderão ser: programas de socialização para prevenir o choque com a realidade e implantação de sistemas de avaliação que concedam aos profissionais um papel activo e de participação nas decisões laborais.

Assim, é necessário que a prevenção e o tratamento do *burnout* sejam abordados como um problema colectivo e organizacional e não como um problema individual. No caso dos enfermeiros devem ser implementadas medidas que: evitem o excesso de horas extras; proporcionem condições de trabalho atractivas e gratificantes; modifiquem os métodos da prestação dos cuidados; reconheçam a necessidade e importâncias da formação permanente e que invistam no aperfeiçoamento profissional (por exemplo, formação em assertividade); dêem suporte social às equipas e que fomentem a sua participação na tomada de decisão, entre outras. Estas medidas podem contribuir para a prevenção do *burnout* (Gil-Monte, 2003).

2. VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE *COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY* (CBI) E CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS DOS RESPECTIVOS ESTUDOS

O questionário de *Copenhagen Burnout Inventory* é um instrumento construído no âmbito do projecto PUMA (sigla dinamarquesa para o Projecto de *Burnout*, Motivação e Satisfação no Trabalho) iniciado em 1997 (Kristensen *et al*, 2005). O estudo PUMA foi desenhado como um estudo de intervenção longitudinal e desenvolvido ao longo de cinco anos, tendo como objectivos estudar a prevalência e a distribuição do *burnout*, as causas e consequências do *burnout* e as possíveis intervenções para reduzir o desgaste, se necessário. Assim, este questionário foi desenvolvido para avaliar o *burnout* em trabalhadores dos serviços humanos (Borritz e Kristensen, 2004).

O questionário CBI tem apresentado resultados muito encorajadores. Por exemplo, as propriedades psicométricas numa amostra representativa da população adulta dinamarquesa, em que o exercício da profissão se faz em serviços humanos, obtiveram resultados que apresentaram uma boa fidelidade interna, sendo o *alfa de Cronbach* de 0,87 para o *burnout* pessoal, 0,87 para *burnout* relacionado com o trabalho e 0,85 para o *burnout* relacionado com o cliente (Kristensen *et al.*, 2005).

Comparou-se a sua utilização nas várias culturas onde foi validado (quadro 1, 2 e 3).

Ao analisar-se o quadro 1 verifica-se que na grande maioria dos estudos predominam as mulheres e com uma amplitude média de idades entre os 43 e 29 anos. Nos estudos onde o estado civil fazia parte das variáveis em estudo não houve uma diferença significativa entre os trabalhadores casados e os solteiros. Em relação às habilitações literárias dos

trabalhadores sobressaiu maioritariamente o ensino universitário. Podemos ainda observar que existe uma grande diversidade no tamanho das amostras, estas variaram ente 1917 e 129.

Kristensen *et al.* (2005) forneceram o suporte empírico, como a fiabilidade e a validade do CBI, sendo o mesmo adaptado e aplicado em diferentes populações e em diferentes profissões.

Constata-se que a validação do questionário de *Copenhagen Burnout Inventory* foi realizada em alguns dos estudos em que os profissionais que trabalham na área dos serviços de saúde.

Quadro 1 – Caracterização das amostras relativas à validação do questionário de *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) nos diferentes países

País Autor	Ano	N	Amostra						
			Sexo		Idade		Área profissional	Habilitações literárias	Estado civil
			♂	♀	Média	Desvio Padrão			
Dinamarca Borritz, M e kristensen, T. S.	2004	1917	326	1591	42	10,3	Trabalhadores de Serviços humanos (enfermeiros, médicos, auxiliares ...)	?	?
Japão Shimizutani, M. <i>et al</i>	2004	707	0	707	29	8,4	Enfermeiros	?	83,6% Solteiras
China (Taiwan) Yeh, W-Y. <i>et al</i>	2004	384	173	211	39	10,8	Trabalhadores de duas empresas	57% Ensino Universitário	?
Austrália Winwood, P. C. e Winefield, A. H.	2004	312	228	84	43,1	11,3	Dentistas	?	?
Canadá Bourbonnai, R. <i>et al</i>	2006	492	107	385	?	?	Enfermeiros e Auxiliares de enfermagem	?	?
Nova Zelândia Milfont, T. M. <i>et al</i>	2007	129	35	94	41	12,2	Professores	?	?

Continua

Continuação									
Irlanda do Norte Quinn, G. M.	2007	244	70	174	?	?	Trabalhadores (enfermeiros Assistentes sociais...) em albergues e hospedarias para pessoas sem-abrigo	?	?
África do Sul Williams, C.	2007	353	194	159	34,37	6,9	Alunos de Mestrado 2005/2006; 2006/2007e 2007/2008	26,1 % Diploma 4º grau, 24,9% mestre	62,9% Casados
Estados Unidos da América Wahl, S. E.	2008	138	?	?	?	?	Enfermeiros	54,3% Bacharel	?
Suécia Liljegren, M. e Ekberg, K.	2008	662	261	401	49,4	?	Trabalhadores de 3 agências de emprego	?	?
China (Taiwan) Tsai, F. J. e Chan, C. C.	2009	185	105	80	37	?	Juízes e Procuradores	61,5% Ensino Universitário	69,4% Casados
China (Taiwan) Tsai, F. J. <i>et al</i>	2009	180	90	90	32	?	Advogados	71,67% Mestrado	65,56% Solteiros
Austrália Benson, S. <i>et al</i>	2009	277	225	52	39	4,6	Jovens bolsistas do Colégio Real Australiano de Cirurgia	Licenciados	90% Casados ou união de facto

N – Número de casos ♂ - Homens ♀ - mulheres ? – Dados não disponíveis

No quadro 2 estão expressos os valores das características psicométricas encontradas nas diferentes validações transculturais. Relativamente ao valor de *alfa de Cronbach* da totalidade das três subescalas, este varia entre: para o *burnout* pessoal 0,93 e 0,83; para o *burnout* relacionado com o trabalho 0,87 e 0,73 e em relação ao *burnout* relacionado com o cliente 0,91 e 0,76. Estes valores denotam que os itens não são influenciados pela grande diversidade cultural das amostras.

Quadro 2 – Características psicométricas do questionário de *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) decorrentes das validações desenvolvidas nos vários países onde foi aplicado

País	Ano	Características Psicométricas		
		α Burnout Pessoal	α Burnout relacionado com o trabalho	α Burnout relacionado com o Cliente
Dinamarca Borritz, M. e kristensen, T. S.	2004	0,87	0,87	0,85
Japão Shimizutani, M. <i>et al</i>	2004	0,91	0,75	0,85
China (Taiwan) Yeh, W-Y. <i>et al</i>	2004	0,93	0,86	?
Australia Winwood, P.C. e Winefield, A.H.	2004	0,89	0,79	0,85
Canadá Bourbonnai, R. <i>et al</i>	2006	0,88	0,86	0,79
Irlanda do Norte Quinn, G. M.	2007	0,88	0,81	0,76
Nova Zelândia Milfont, T. M. <i>et al</i>	2007	0,87	0,87	0,79
África do Sul Williams, C.	2007	0,91	0,86	0,88
Estados Unidos da América Wahl, S. E.	2008	0,92	0,80	0,91
Suécia Arneson e Liljegren, M. (2005, citado por Liljegren, M.)	2008	0,90	0,73	0,88
Austrália Benson, S. <i>et al</i>	2009	0,83	0,82	0,83

? – Dados não disponibilizados

Da análise dos resultados constantes no quadro 3, verifica-se que em média os trabalhadores dos serviços humanos apresentam níveis de *burnout* pessoal que variam entre 35,90 e 54,50; ao nível do *burnout* relacionado com o trabalho variam entre 33,00 e 51,98 e por fim em relação ao *burnout* relacionado com o cliente varia entre 22,20 e 43,57. Salienta-se o facto, que o nível mais elevado verifica-se no *burnout* pessoal (51,98) no estudo realizado por Shimizutani *et al* (2004), o valor mais baixo encontrado verifica-se no *burnout* relacionado com o cliente (22,20) no estudo efectuado por Benson *et al* (2009).

Ao analisarmos os valores de cada uma das três subescalas do *burnout* nos diferentes estudos, podemos constatar que o *burnout* relacionado com o trabalho é aquele em que os trabalhadores apresentam níveis mais altos de *burnout*, por outro lado, o *burnout* relacionado com o cliente é aquele em que os trabalhadores apresentam níveis mais baixos de *burnout*.

Quadro 3 – Caracterização das amostras relativas às dimensões do *burnout* do questionário de *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) nos diferentes países.

País Autor	Ano	Valores Médios do CBI					
		<i>Burnout</i> pessoal		<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho		<i>Burnout</i> relacionado com o cliente	
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Dinamarca Borritz, M. e kristensen, T. S.	2004	35,90	16,50	33,00	17,70	30,90	17,60
Japão Shimizutani, M. <i>et al</i>	2004	54,50	21,60	50,40	20,90	33,80	20,90
China (Taiwan) Yeh, W-Y <i>et al</i>	2004	45,00	17,10	36,8	15,60	?	?
Austrália Winwood, P.C. e Winefield, A. H.	2004	40,90	19,90	36,60	20,30	33,30	20,10
Irlanda do Norte Quinn, G. M.	2007	44,00	20,70	45,40	16,60	43,00	17,70
Nova Zelândia Milfont, T. M. <i>et al</i>	2007	43,00	17,70	41,50	18,30	40,40	16,30
África do Sul Williams, C.	2007	44,59	22,14	42,23	20,27	31,82	21,20
Estados Unidos da América Wahl, S. E.	2008	44,06	22,56	46,79	18,76	29,17	23,34
Suécia Liljegren, M e Ekberg, K	2008	44,10	19,10	38,40	19,60	36,20	19,40
China (Taiwan) Tsai, F. J. e Chan, C. C.	2009	49,97	20,67	51,36	16,31	43,57	17,44
China (Taiwan) Tsai, F. J. <i>et al</i>	2009	51,92	21,08	51,98	14,79	37,52	13,37
Austrália Benson, S. <i>et al</i>	2009	39,50	15,30	35,50	15,30	22,20	15,7

? – dados não disponibilizados

O estudo PUMA (Kistensen *et al* 2005) avaliou o *burnout* em várias profissões. No quadro 4 são apresentadas as médias de *burnout* das três escalas, referentes às 15 principais profissões deste estudo e nas quais estão incluídos os profissionais de enfermagem.

Podemos constatar que os níveis médios de *burnout* pessoal variaram entre 38,4 nos enfermeiros distritais, 36,9 nos enfermeiros e 29,5 nos enfermeiros chefe.

Em relação ao *burnout* relacionado com o trabalho verifica-se que os níveis médios de *burnout* variaram entre 35,0 nos enfermeiros, 31,4 nos enfermeiros distritais e 28,8 nos enfermeiros chefe. Por último no *burnout* relacionado com o cliente observa-se que as médias variaram entre 29,7 nos enfermeiros, 25,3 nos enfermeiros distritais e 19,7 nos enfermeiros chefe.

Quadro 4 – Pontuações médias de *burnout* das escalas do CBI para as 15 principais profissões no estudo de referência – PUMA.

	<i>Burnout</i> pessoal		<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho		<i>Burnout</i> relacionado com o cliente	
	Profissões	Média	Profissões	Média	Profissões	Média
1	Parteiras	44,7	Parteiras	43,5	Guardas prisionais	41,2
2	Ajudantes de lar (Cap.)	43,1	Ajudantes de lar (Cap.)	41,8	Parteiras	38,4
3	Secretárias hospitalares	39,4	Médicos hospitalares	39,8	Ajudantes de lar (Cap.)	35,9
4	Trabalhadores sociais	38,8	Secretárias hospitalares	37,8	Trabalhadores sociais	34,1
5	Assistentes sociais	38,7	Auxiliares de enfermagem	36,1	Assistentes sociais	33,1
6	Enfermeiros distritais	38,4	Assistentes sociais	35,8	Auxiliares de enfermagem	31,4
7	Auxiliares de enfermagem	37,9	Enfermeiros	35,0	Enfermeiros	29,7
8	Enfermeiros	36,9	Trabalhadores sociais	34,6	Supervisores	26,8
9	Médicos hospitalares	36,6	Guardas prisionais	32,6	Médicos hospitalares	26,7
10	Pessoal administrativo	35,0	Enfermeiros distritais	31,4	Pessoal administrativo	26,3
11	Guardas prisionais	33,0	Pessoal administrativo	29,8	Ajudantes de lar (Pr.)	26,2
12	Ajudantes de lar (Pr.)	32,6	Médicos chefe	29,2	Médicos chefe	25,8
13	Médicos chefe	31,3	Enfermeiros chefe	28,8	Enfermeiros distritais	25,3
14	Supervisores	30,8	Supervisores	27,9	Secretárias hospitalares	21,4
15	Enfermeiros chefe	29,5	Ajudantes de lar (Pr.)	26,4	Enfermeiros chefe	19,7
	Média	35,9	Média	33,0	Média	30,9

N= 20 – 264 para as diferentes profissões. A pontuação possível para todas as escalas variou entre 0 - 100. Cap. = Capital. Pr. = Província.

Fonte: **Adaptado:** Kristensen, T. S. *et al* (2005) - *The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout.*

Parte II – ESTUDO EMPÍRICO

3. METODOLOGIA

Fortin (2000, p.372) define a metodologia como o “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”. Segundo a mesma autora, a metodologia descreve ainda “ (...) os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação”.

Os objectivos desta dissertação são:

- Validar o questionário de *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) para a língua portuguesa, originando a versão portuguesa do CBI;
- Determinar as características psicométricas do CBI numa população portuguesa;
- Determinar os níveis de *burnout* nos enfermeiros portugueses.

3.1. TIPO DE ESTUDO

Este estudo classifica-se como metodológico, deste modo “*a pesquisa metodológica refere-se às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, tratando da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa*” (Polit e Hungler, 1995, p.126). Os estudos metodológicos “(...) são indispensáveis a qualquer disciplina científica e, muito especialmente, talvez quando um campo de estudos é relativamente novo (...)” (Polit e Hungler, 1995, p.126), no qual se inclui a presente investigação do questionário do CBI.

Fortin (2009) refere que o estudo metodológico difere dos outros métodos de investigação, porque não inclui todas as etapas do processo de investigação. Este tipo de estudo não se interessa nem pelas relações entre a variável independente e a variável dependente, nem pelo efeito da variável independente. Define-se assim, como uma estratégia em várias etapas, aplicadas na elaboração ou validação de um instrumento de medida recém-criado ou traduzido de uma outra língua, como é o caso do estudo em questão. Deste modo, a metodologia corresponde ao conjunto dos métodos e técnicas que regulam a elaboração do processo de investigação científica.

Os estudos do tipo metodológico visam “ (...) a elaboração de um instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores, além de avaliar seu sucesso no alcance do objectivo (...)” (Polit e Hungler, 1995, p.126). De acordo com os objectivos enunciados é considerado metodológico e quantitativo quanto ao tipo de análise de dados (Fortin, 2000), (Almeida e Freire, 2008) e Fortin, (2009).

3.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Fortin (2000, p. 373) define população como um “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”. A mesma autora refere ainda que uma amostra é o “conjunto de sujeitos retirados de uma população”.

Uma amostra pode ser considerada como um subgrupo da população ou universo seleccionado, de forma a obter informações relativas às características dessa mesma população ou universo (Miaoulis e Michener, 1976, citados por Ribeiro, 2008).

Fortin (2000) defende ainda que uma população particular submetida a um estudo é chamada população alvo. Esta autora refere ainda que *“a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”* (Fortin, 2000 p.202).

De acordo com Ribeiro (2008, p. 45) *“o número óptimo de participantes depende das características da investigação e do contexto onde a amostra é recolhida. É suposto que quanto maior é o número de participantes na amostra menor é o erro de amostragem. Tal é verdadeiro em parte, mas o aumento do número de participantes não constitui o elemento mais crítico para tornar a amostra representativa.”*

Tendo em consideração o referido anteriormente, a população deste estudo foi constituída pelos enfermeiros portugueses. A amostra deste estudo é constituída pelos enfermeiros que exercem funções no Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT), uma vez que, sou colaborador na Unidade de Tomar, uma das três Unidades de Saúde pertencentes a este Centro.

O método de amostragem é designado não probabilístico por conveniência, permitindo-nos deste modo, aceder à população de forma mais fácil e rápida (Polit e Hungler, 1995; Hill, e Hill, 2000). A maior desvantagem deste método *“(…) é que, em rigor, os resultados e as conclusões só se aplicam à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para o Universo”* (Hill e Hill, 2000, p. 49 e 50). Por não existir a garantia de que a amostra seja razoavelmente representativa do Universo, esta situação será tida em consideração nas conclusões.

Assim, enviamos o nosso questionário a 693 enfermeiros do CHMT, tendo respondido (online enviado para o e-mail profissional) 228 enfermeiros, durante o período de Março a Maio de 2011 (taxa de resposta de 32,9%). A amostra final foi constituída por 228 enfermeiros, dos quais 171 (75,0%) são do género feminino e 57 (25,0%) do género masculino. A média de idades dos elementos da amostra é de 35,5 anos (desvio padrão = 8,5).

3.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Após a definição da população, e seleccionada a nossa amostra, procedeu-se à elaboração do instrumento de colheita de dados, com o intuito de alcançar os objectivos propostos inicialmente.

A primeira parte do questionário é constituída pela avaliação sócio-demográficas que inclui: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, categoria profissional, serviço onde exerce funções, exercício de funções noutra instituição, carga horária semanal total de trabalho, tipo de horário, tempo de exercício na enfermagem, tempo de exercício na Instituição, tempo de exercício no serviço, último período de férias e por último pediu-se aos enfermeiros que respondessem se no último mês pensaram alguma vez em mudar de profissão, de Instituição ou de serviço.

A segunda parte é constituída pelo questionário CBI que foi elaborado pelo Instituto Nacional de Saúde Ocupacional de Copenhaga, sendo a primeira edição de 2004 (Kristensen, *et al.* 2005).

O CBI é um questionário constituído por dezanove (19) questões que avaliam o *burnout*, segundo três escalas:

- **O *burnout* pessoal:** avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pela pessoa. Refere-se aos sintomas gerais de exaustão física ou mental, que nem sempre estão relacionados com uma determinada situação em particular no ambiente de trabalho e aplica-se a todos os trabalhadores. Esta dimensão é constituída por seis (6) questões;
- **O *burnout* relacionado com o trabalho:** analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho. Diz respeito aos sintomas de exaustão que estão relacionados com o trabalho da pessoa e aplica-se a todos os trabalhadores. Esta dimensão é constituída por sete (7) questões;
- **O *burnout* relacionado com o utente:** avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes. Refere-se aos sintomas de exaustão relacionada com o trabalho com os utentes e aplica-se aos trabalhadores dos serviços humanos, como enfermeiros e professores. Esta dimensão é constituída por seis (6) questões.

A frequência com que cada sentimento ocorre no ***burnout* pessoal** é avaliada numa escala com cinco (5) opções que varia entre zero (0) “nunca/quase nunca” e cem (100) “Sempre”.

A frequência com que cada sentimento ocorre no **burnout relacionado com o trabalho** é avaliada numa escala com cinco (5) opções: nas três primeiras questões varia entre zero (0) “muito pouco” e cem (100) “muito” e nas últimas quatro questões varia entre zero (0) “nunca/quase nunca” e cem (100) “sempre”, sendo que na última esta pontuação é invertida cem (100) “nunca/quase nunca” e zero (0) “sempre”.

A frequência com que cada sentimento ocorre no **burnout relacionado com o utente** é avaliada numa escala com cinco (5) opções: nas primeiras três questões varia entre zero (0) “muito pouco” e cem (100) “muito”; nas últimas duas questões varia entre zero (0) “nunca/quase nunca” e cem (100) “Sempre”.

No estudo PUMA considerou-se como um elevado nível de *burnout* aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos (Borritz e Kristensen, 2004).

Numa terceira parte é aplicada a escala MBI (Maslach, Jackson e Leiter, 1986), já traduzida, validada e adaptada para a população portuguesa por Melo, Gomes e Cruz (1999) e citada por Ribeiro (2007) para se realizar uma análise comparativa entre estas duas escalas de mensuração do *burnout*.

O MBI é um instrumento de auto-registo constituído por vinte e dois (22) itens que avaliam sentimentos relacionados com o trabalho e que são distribuídos por três escalas:

- **Exaustão Emocional:** pretende analisar sentimentos de sobrecarga emocional e a incapacidade para dar resposta às exigências interpessoais do trabalho. É constituída por nove (9) itens;

- **Despersonalização:** pretende medir “respostas frias”, impessoais ou mesmo negativas; dirigidas para aqueles a quem prestam serviços. É constituída por cinco (5) itens;
- **Realização Pessoal:** usada para avaliar sentimentos de incompetência e falta de realização. É constituída por oito (8) itens.

A frequência com que cada sentimento ocorre é avaliada numa escala tipo *Likert* de sete (7) pontos, variando entre o mínimo de zero (0) “nunca” e o máximo de seis (6) “todos os dias”.

Um nível baixo de *burnout* reproduz-se em pontuações baixas nas escalas de **exaustão emocional** e **despersonalização** e pontuações elevadas na realização pessoal. Um nível médio de *burnout* é representado por valores médios das pontuações das três escalas.

Para a **exaustão emocional** considera-se um nível de *burnout* elevado quando são encontrados valores ≥ 27 pontos, valores entre 19 e 26 pontos indicam níveis médios de *burnout* e valores ≤ 18 pontos correspondem a níveis de *burnout* baixos. Quanto à **despersonalização** pontuações ≥ 10 pontos indicam níveis altos de *burnout*, valores entre 6 e 9 pontos apontam para níveis médios de *burnout* e valores ≤ 5 pontos indicam níveis baixos de *burnout*. Por último, em relação à **realização pessoal**, a sua leitura é oposta às anteriores, isto é, valores ≥ 40 pontos indicam níveis baixos de *burnout*, valores entre 34 e 39 pontos revelam níveis médios de *burnout* e ≤ 33 pontos indicam níveis altos de *burnout* (Sá, 2002; Tavares, 2008; Rodrigues, 2008; Santos, 2009).

3.3.1. EQUIVALÊNCIA LINGUÍSTICA E CONCEPTUAL DA ESCALA CBI

Neste ponto do trabalho é descrito o processo que conduziu à validação transcultural da Escala CBI a aplicar aos enfermeiros do CHMT sendo este constituído por duas partes.

Seguidamente são descritas as diferentes fases deste trabalho e que conduziram à validação transcultural do instrumento em estudo. Assim, o processo de validação transcultural de um instrumento reúne uma série de procedimentos que garantem a validade e a fidelidade da versão utilizada e medindo de forma adequada o conceito em estudo: equivalência linguística, equivalência conceptual equivalência psicométrica para a cultura para a qual está a ser validada (SAC, 1995 citado por Ribeiro, 2008).

Para se proceder à equivalência linguística e conceptual da adaptação transcultural do instrumento, procedeu-se à tradução e retroversão seguindo o método recomendado para esse fim na literatura (Figueiredo e Lemkau, 1980; Fortin, 2000; Ribeiro, 2008).

Numa primeira fase realizou-se a tradução do inglês para o português do CBI por dois portugueses bilingues, um fluente em inglês e conhecedor da área e dos objectivos do estudo e o outro tradutor profissional com domínio na área da saúde. Os tradutores respeitaram a equivalência da tradução do questionário (equivalência do item), ou seja, a tradução manteve o mesmo significado da versão original. Assim, ao realizarem uma tradução rigorosa, não recorrendo unicamente às dimensões lexicais, evitou a origem de questionários com sentidos diferentes (Ribeiro, 2008). Da análise das duas versões das traduções resultou a 1ª versão do CBI em português.

Numa segunda fase do processo procedeu-se à retroversão ou retrotradução da 1ª versão do CBI em português, sendo realizada por outros dois tradutores profissionais bilingues, sem que tivessem um conhecimento prévio do questionário original. Seguidamente, para se obter a validação do significado de cada item (equivalência semântica) as versões obtidas foram enviadas por correio electrónico aos autores do questionário original.

A 2ª versão do questionário CBI em português resultou da análise às respostas dos autores do questionário original e da comparação entre todas as versões: original, tradução e retroversão, não sendo encontradas divergências significativas.

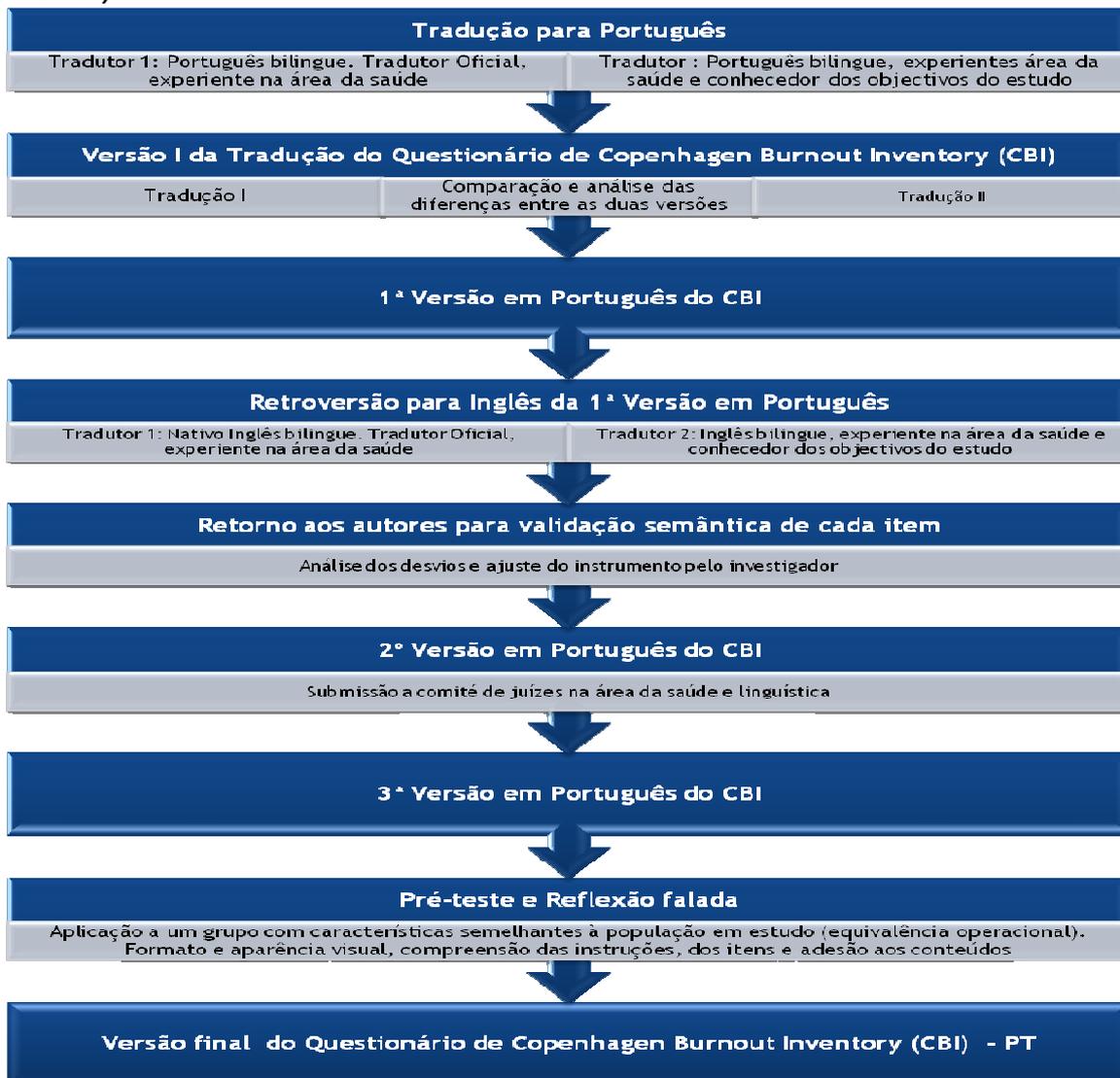
Numa terceira fase, a 2ª versão do questionário CBI português, foi submetido a uma Comissão de Juízes, quatro especialistas na cultura da população alvo e no constructo da escala. Após o contacto verbal os juízes deram o seu consentimento para participar na Comissão de Juízes tendo como objectivo a equivalência do item, ou seja, a validação idiomática, conceptual e semântica. Após a análise das respostas dos peritos, foi realizado um novo ajuste no questionário dando origem à 3ª versão do questionário CBI em português.

Durante o mês de Fevereiro de 2011, realizou-se a reflexão falada e o pré teste, sendo em ambos os casos, aplicada a 3ª versão do questionário CBI em português a um grupo com características semelhantes à população em estudo, ou seja, enfermeiros a exercer funções no CHMT. Colaboraram na reflexão falada 4 enfermeiros e responderam ao pré-teste 13 enfermeiros. O objectivo principal deste procedimento era testar a equivalência operacional, relativamente ao formato e à aparência visual; compreensão das instruções; compreensão dos diferentes itens; receptividade e adesão aos conteúdos. Concluiu-se

que o instrumento estava redigido de forma clara, que a informação era adequada e que a sua apresentação permitia um correcto preenchimento do questionário. Simultaneamente, pretendeu-se identificar possíveis dúvidas e/ou falhas. Findo este processo não foi necessário alterar as escalas, originando o questionário *Copenhagen Burnout Inventory – Português* (CBI-PT).

A estratégia metodológica seguida ao longo deste processo encontra-se resumida de forma esquemática na figura 1.

Figura 1 – Processo de adaptação transcultural do Questionário de *Copenhagen Burnout Inventory*



3.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para se proceder à validação e adaptação transcultural do questionário CBI, foi solicitado autorização aos autores (Anexo 1). Após a obtenção da sua autorização (Anexo 2), procedeu-se à tradução e retroversão.

Depois de concluído o processo de tradução do questionário CBI, foi efectuado um pedido de autorização formal à Sr.^a Enf.^a Directora do CHMT para a sua aplicação junto dos enfermeiros, utilizando um questionário on-line através do e-mail profissional do CHMT (Anexo 3).

O questionário foi criado no “*Google docs*” (anexo 4), sendo posteriormente solicitado ao serviço de informática que introduzisse o domínio <https://spreadsheets.google.com> nos servidores do CHMT, para que deste modo ficasse acessível e pudesse ser respondido pelos enfermeiros em qualquer computador do CHMT, mesmo sem acesso directo à internet.

Após ultrapassado os procedimentos anteriores, foi criada uma lista de enfermeiros de acordo com os Planos de Férias de 2010, aprovados pelo Conselho de Administração e publicados na página da Intranet do CHMT. Deste modo, foi elaborada uma lista com 725 enfermeiros que exerciam funções no CHMT em 2010. A esta lista foram excluídos 32 enfermeiros: os enfermeiros que não têm contacto directo com utentes, tais como, os elementos da Direcção de Enfermagem e os enfermeiros que exercem funções nas Centrais de Esterilização; os enfermeiros que responderam ao pré-teste; e por último enfermeiros que se reformaram. A lista final incluiu 693 enfermeiros aos quais foi enviado

um *e-mail* que os convidava a aceder e responder ao questionário online. Como já referido anteriormente responderam ao questionário 228 enfermeiros sendo a taxa de resposta de 32,9%.

A natureza confidencial do Instrumento de colheita de dados foi assegurada, uma vez que não se procedeu a uma análise individualizada dos questionários, o que significa que o anonimato dos participantes foi respeitado.

A colheita de dados decorreu no período compreendido entre 22 de Março a 31 Maio de 2011.

3.5. TRATAMENTO DE DADOS

Segundo Fortin (2000) apresentar os resultados consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação.

Para Ribeiro (2008, p. 123) *“(...) os procedimentos de análise de dados podem ser classificados de inúmeras maneiras para salientar os aspectos a que se dá mais relevância na investigação (...)”*. Este autor refere ainda que *“(...) a análise estatística foi introduzida e desenvolvida no âmbito dos métodos indutivos mais especificamente na sua variante o empirismo(...)”*.

Deste modo e após a recolha dos dados procedeu-se ao tratamento da informação obtida. Assim, os dados foram reunidos e lançados sendo posteriormente processados no programa de análise estatística de dados SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 17.0.

Para alcançar os objectivos delineados na investigação recorreu-se: à análise descritiva através da utilização de frequências absolutas e relativas; às medidas de tendência central como as médias aritméticas e medianas e às medidas de dispersão e variabilidade como o desvio padrão e o coeficiente de variação.

Para avaliar as propriedades psicométricas do questionário CBI e do MBI foram calculadas as medidas descritivas de resumo, as correlações de *Pearson* para cada item com o total (excluindo-se o próprio item) e o *alfa de Cronbach* utilizado como medida de fidelidade interna.

Foram ainda utilizados os procedimentos da validade nomeadamente a discriminante e a concorrente.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste ponto irão ser apresentados e discutidos os dados relativos a este estudo tendo em consideração os objectivos definidos inicialmente.

4.1. CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

A amostra constituída por 228 elementos, tem uma média de idade de 35,57 anos sendo a idade máxima de 56 anos e a idade mínima de 24 anos, com um desvio padrão 8,58 (quadro 5). Estes dados são concordantes com outros estudos (Shimizutani, *et al* 2004; Yeh, *et al* 2004; Winwood e Winefield, 2004; Milfont, *et al* 2007; Williams, 2007; Benson, *et al* 2009).

Quadro 5 – Caracterização da amostra relativamente à idade

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
228	24	56	35,57	8,58	28,00	33,00	42,75

A análise quadro 6 permite constatar que predomina o sexo feminino com 75,0% (171), tal como se verifica noutros estudos realizados anteriormente por outros autores (Borritz e Kristensen, 2004; Shimizutani, *et al* 2004; Yeh, *et al* 2004; Bourbonnai *et al* 2006; Quinn, 2007; Lijegren e Ekberg, 2008).

Quanto ao estado civil (quadro 6) pode-se verificar que na sua maioria 68,0% (155) dos enfermeiros são casados ou vivem em união de facto e apenas 26,8% (61) são solteiros sendo estes dados corroborados pelos estudos de vários autores nomeadamente Williams (2007); Tsai e Chan (2009) e Benson, *et al* (2009).

Em relação às habilitações literárias (quadro 6), a grande maioria 99,6% (225) dos enfermeiros frequentaram o ensino superior, sendo que 95,6% (218) são licenciados e 3,1% (7) são mestres. Em seis estudos, podemos verificar que em relação às habilitações literárias dos trabalhadores sobressaiu maioritariamente o ensino universitário (Yeh, *et al*, 2004; Williams, 2007; Wahl, 2008; Tsai e Chan 2009; Tsai, *et al* 2009; Benson, *et al* 2009).

Quadro 6 – Distribuição da amostra quanto às características sócio-demográficas.

Características sócio-demográficas		Nº	%
Sexo	Feminino	171	75,0
	Masculino	57	25,0
Estado Civil	Casado(a) / União de Facto	155	68,0
	Solteiro(a)	61	26,8
	Viúvo(a)	1	0,4
	Divorciado(a)	11	4,8
Habilitações Literárias	Bacharelato	2	0,9
	Licenciatura	218	95,6
	Mestrado	7	3,1
	Outras	1	0,4

A análise dos resultados apresentados no quadro 7, diz-nos que: 51,8% (118) dos inquiridos são detentores da categoria de enfermeiro, 33,8% (77) são enfermeiros graduados e 11,907% (25) são enfermeiros especialistas. Se analisarmos os dados de acordo com a recente reestruturação da carreira de enfermagem, verificamos que ao aplicar-se o artigo 7º do Capítulo III referente à estrutura Carreira de Enfermagem¹, a

¹ Decreto-Lei n.º 247/2009, publicado no Diário da República, 1.ª série — N.º 184 — 22 de Setembro de 2009, p. 6758 – 6761 e Decreto-Lei n.º 248/2009, publicado no Diário da República, 1.ª série — N.º 184 — 22 de Setembro de 2009, p. 6761 – 6765.

grande maioria (96%) dos enfermeiros que responderam ao questionário pertencem à categoria de enfermeiro.

Verificamos também que cerca de metade 50,4% (115) dos enfermeiros exercem funções na unidade de Tomar.

Em geral a amostra está distribuída por diversos serviços onde exercem funções, obtendo mais relevância o Serviço de Urgência com 19,7% (45), o Serviço de Cirurgia com 11,8% (27) e o Serviço de Medicina com 11,0% (25).

A maioria dos enfermeiros 79,4% (181) não exerce funções noutra Instituição.

Em relação ao número de horas numa semana de trabalho verifica-se que 50,4% (115) têm uma carga horária de 40 horas semanais 49,6% (113) têm uma carga horária de 35 horas semanais. Quanto ao tipo de horário praticado a maioria dos enfermeiros 71,5% (163) trabalha em regime rotativo por turnos.

A amostra em relação ao tipo de contrato jurídico de trabalho estabelecido com a instituição empregadora está distribuída da seguinte forma: 41,23% (94) dos enfermeiros têm um Contrato por Tempo Indeterminado em Funções Públicas, 26,32% (60) têm um Contratos de Trabalho por Tempo Indeterminado e 26,32% (60) têm um Contrato Individual de trabalho sem termo.

Quadro 7 – Distribuição da amostra quanto às características socioprofissionais.

Características socioprofissionais		Nº	%
Categoria Profissional	Enfermeiro	118	51,8
	Enfermeiro Graduado	77	33,8
	Enfermeiro Especialista	25	11,0

Continua

Continuação

	Enfermeiro Chefe	8	3,5
Unidade	Abrantes	45	19,7
	Tomar	115	50,4
	Torres Novas	68	29,8
Serviço onde exerce funções	Urgência	45	19,7
	Cirurgia	27	11,8
	Medicina	25	11,0
	Bloco Operatório	16	7,0
	Pediatria	16	7,0
	Consulta Externa	15	6,6
	Psiquiatria	13	5,7
	Ortopedia	12	5,3
	Unidade Cuidados Pós Cirúrgicos	10	4,4
	Unidade Cuidados Intensivos Coronários	9	3,9
	Urologia	9	3,9
	Oftalmologia	7	3,1
	Unidade Cuidados Intensivos Polivalentes	5	2,2
	Unidade Cuidados Paliativos	5	2,2
	Nefrologia	4	1,8
	Obstetrícia	4	1,8
Especialidades Médicas	3	1,3	
Hospital de Dia	3	1,3	
Exerce funções noutra Instituição?	Sim	47	20,6
	Não	181	79,4
Qual a sua carga horária semanal de trabalho?	35 Horas	115	50,4
	40 Horas	113	49,6
Tipo de horário praticado	Rotativo por turnos	163	71,5
	Fixo	50	21,9
	Misto	15	6,6
Vínculo Profissional	Contrato Trabalho por Tempo Indeterminado	60	26,3
	Contrato Trabalho Termo Certo	6	2,6
	Contrato Individual de Trabalho sem Termo	60	26,3
	Contrato por Tempo Indeterminado em Funções Públicas	94	41,2
	Outro	8	3,5

No quadro 8 observamos que, na amostra de 228 enfermeiros, a média do tempo de serviço é de 13,11 anos, sendo 1 ano o tempo mínimo de exercício na profissão e 36 anos o tempo máximo, com um desvio padrão de 8.73.

A média do tempo de exercício na Instituição é de 11,62 anos, sendo o tempo mínimo de 1 ano e o máximo de 34 anos, com um desvio padrão de 8,09. A média do tempo de exercício no serviço actual é de 7,28 anos, sendo o tempo de mínimo de exercício de 1 ano e máximo de 28 anos, com um desvio padrão de 5,23.

Quadro 8 – Caracterização da amostra relativamente ao “Tempo de exercício: na enfermagem, na Instituição e no serviço”

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Tempo de exercício na enfermagem	228	1	36	13,11	8,73	6,00	10,00	19,00
Tempo de exercício na Instituição	228	1	34	11,62	8,09	6,00	9,00	17,00
Tempo de exercício no serviço	228	1	28	7,28	5,23	4,00	6,00	9,00

Pela análise do quadro 9 podemos constatar que os enfermeiros em questão, gozaram férias em média há 3,71 meses em relação ao último período, considerando o ultimo período mínimo de férias zero (0) meses e o máximo 12 meses, com um desvio padrão de 2,65.

Quadro 9 – Caracterização da amostra relativamente à questão “Há quanto tempo fez férias pela última vez?”

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
228	0	12	3,71	2,65	1,00	4,00	5,00

No quadro 10 verifica-se que um pouco mais de metade dos enfermeiros 54,8 % (125) não mudariam de profissão, contudo uma percentagem ainda significativa 45,2% (103) referiu que mudaria de profissão. Cerca de 63,2% (144) dos enfermeiros referiu que não

mudaria de instituição. Por último, quanto à afirmação “Mudaria de Serviço” verificou-se que 58,3% (133) dos enfermeiros respondeu negativamente.

Quadro 10 – Distribuição da amostra quanto às questões “No último mês, pensou, alguma vez, que se pudesse: Mudaria de Profissão, de Instituição e de Serviço?”

No último mês, pensou, alguma vez, que se pudesse:		Nº	%
Mudaria de Profissão	Sim	103	45,2
	Não	125	54,8
Mudaria de Instituição	Sim	84	36,8
	Não	144	63,2
Mudaria de Serviço	Sim	95	41,7
	Não	133	58,3

4.2. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA MBI

Segundo Ribeiro (2008) um processo de adaptação adequado consiste num procedimento muito semelhante ao de construção. Neste sentido, Bradley (1994) citado por Ribeiro (2008, p. 106) refere que *“uma nova tradução necessita ser submetida aos mesmos procedimentos psicométricos que é suposto a versão original ter sofrido”*.

Para Fortin (2009), a equivalência psicométrica corresponde à validação propriamente dita do instrumento, refere-se ao grau ou extensão em que as propriedades psicométricas das versões do mesmo instrumento são semelhantes. Assim, para se avaliar as qualidades psicométricas de qualquer instrumento de medida, é necessário efectuar estudos de fidelidade e validade que, no seu conjunto, indicam o grau de generalização que os resultados poderão alcançar.

a) Estudo da Fidelidade do instrumento

“Fidelidade, de fiel, fiável significa que as notas obtidas pelos avaliadores (os mesmos ou outros) quando avaliam as mesmas pessoas em diferentes ocasiões, com os mesmos testes, ou com conjuntos equivalentes de itens, são semelhantes (...)”. Por outras palavras “(...) a fidelidade de um teste indica a extensão em que as diferenças individuais na realização do teste são atribuíveis a diferenças «verdadeiras» ou reais, das características avaliadas”. (Anastasi, 1990, citado por Ribeiro, 2008, p. 92).

Segundo Ribeiro (2008, p. 93) *“dado que todos os tipos de fidelidade se interessam pelo grau de consistência ou concordância entre dois conjuntos de notas interdependentes, eles expressam-se por um coeficiente de correlação”*. Podem ser identificados os seguintes tipos de fidelidade num teste: Teste-reteste; Formas alternativas; Duas metades; Consistência interna ou *alfa de Cronbach* e Fidelidade de cotador.

Para Fortin (2009) a fidelidade refere-se à precisão e à constância das medidas obtidas com a ajuda de um instrumento de medida. Este autor defende que a fidelidade *“reporta-se à capacidade do instrumento medir de uma vez para outra um mesmo objecto de uma forma constante (noção de reprodutibilidade de medidas)”* Fortin (2009, p.348), ou seja, refere-se à avaliação do grau de correlação de um instrumento de medida com ele próprio. Assim, se o instrumento for minimamente preciso, então será possível generalizar a partir de aplicações particulares deste e o mesmo pode ser empregue numa maior variedade de circunstâncias.

Segundo Maroco e Garcia-Marques (2006, p. 66) *“a fiabilidade de uma medida refere a capacidade desta ser **consistente**. Se um instrumento de medida dá sempre os mesmos*

resultados (dados) quando aplicado a alvos estruturalmente iguais, podemos confiar no significado da medida e dizer que a medida é fiável". Este autor afirma ainda que podemos aferir com maior ou menor grau de certeza uma vez que toda a medida é sujeita a erro.

Todas as técnicas de medida contêm uma parte de erro atribuível ao acaso. Deste modo, a fidelidade existe em graus variáveis e é expressa sob a forma de um *coeficiente de correlação (r)*, variam de um mínimo de 0,00 (ausência de correlação) a um máximo de 1,00 (correlação perfeita). As diferentes formas de calcular a fidelidade fornecem informações relativamente à performance do instrumento e à sua capacidade de controlar o erro, que é expresso no coeficiente de fidelidade. Deste modo, quanto mais o coeficiente se aproxima de 1,00, o instrumento produz poucos erros e é considerado «altamente fiel», pela mesma ordem de ideias o contrário também é verdadeiro, para a correlação que se aproxima de 0,00 (Fortin, 2009).

A determinação do coeficiente *alfa de Cronbach* de todos os itens é uma medida da consistência global, tanto melhor quanto mais elevada a nota obtida (Hill e Hill, 2000; Ribeiro, 2008). O índice *alfa* estima quão uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1. Esta propriedade é conhecida por consistência interna da escala, e assim, o *alfa* pode ser interpretado como coeficiente médio de todas as estimativas de consistência interna que se obteriam, se todas as divisões possíveis da escala fossem feitas (Cronbach, 1951 citado por Maroco e Gracia-Marques, 2006).

Para Ribeiro (2008, p. 93) “(...) a consistência interna é encontrada com base na média das intercorrelações entre todos os itens do teste, o que corresponde à homogeneidade do conjunto dos enunciados”. De acordo com Fortin (2009, p. 350) “quanto mais os enunciados estão correlacionados maior é a consistência interna do instrumento”. Segundo alguns autores uma boa consistência interna deve exceder um *alfa* de 0,80, no entanto são aceitáveis valores acima de 0,60 quando as escalas têm um número muito baixo de itens. (Hill e Hill, 2000; Marroco e Garcia-Marques; 2006; Ribeiro, 2008). Neste sentido, e de acordo com Marroco e Garcia-Marques (2006, p. 66) a “consistência é assim o termo fundamental para definir o conceito de fiabilidade”.

Procedeu-se à avaliação das características psicométricas do MBI para uma nova população (enfermeiros do CHMT). A consistência interna das três escalas do MBI, confirmaram que este é um instrumento homogêneo e válido para medir o *burnout*. O quadro 11 mostra a distribuição de respostas aos itens de cada escala (média e desvio padrão), e as correlações obtidas (*r* item-total sem o próprio item) e os valores de *alfa de Cronbach*.

Pela análise do quadro verificamos ainda e para as três escalas do MBI, que as correlações obtidas entre cada item com a sua nota global quando esse item em particular é excluído foram positivas. De referir contudo que nas correlações item-total há diferenças de amplitude. Na Exaustão emocional variou entre 0,542 e 0,816. Para a Despersonalização variou entre 0,367 e 0,516. Por fim em relação à Realização pessoal variou entre 0,473 e 0,584).

Os valores do *alfa de Cronbach* para as três escalas do MBI revelam uma consistência interna aceitável. No entanto, na escala da despersonalização foi retirado o item quinze (15) “Não me importo grandemente com o que acontece aos meus doentes”, e na escala da realização pessoal foi retirado o item quatro (4) “Posso facilmente compreender como os meus doentes se sentem acerca das coisas que acontecem”. Estes dois itens, apresentavam valores de *alfa de Cronbach* superiores ao *alfa* global. Ao serem retirados estes dois itens o valor global do *alfa de Cronbach* das respectivas escalas melhorou o que justifica a sua exclusão.

Assim, as três escalas apresentam os seguintes valores: a exaustão emocional *alfa de Cronbach* 0,884 é o valor mais baixo para os itens e *alfa de Cronbach* 0,905 para o total da escala; a despersonalização apresenta *alfa de Cronbach* 0,563 como valor mais baixo para os itens e *alfa de Cronbach* 0,667 para o total da escala e por último na realização pessoal apresenta *alfa de Cronbach* 0,763 como valor mais baixo para os itens e *alfa de Cronbach* 0,799 para o total da escala.

Quadro 11 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (*alfa de Cronbach* das escalas do MBI)

Itens	Limites	Média	Desvio Padrão	r do total sem o item	<i>Alfa de Cronbach</i> (excluindo o item)
Exaustão Emocional					
1. Eu sinto-me emocionalmente esgotado por causa do meu trabalho.	0-7	2,31	1,497	0,787	0,886
2. Eu sinto-me esgotado no fim do meu dia de trabalho.	0-7	2,71	1,511	0,744	0,889
3. Eu sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho.	0-7	2,14	1,578	0,816	0,884
6. O trabalhar com pessoas todo o dia é realmente um esforço para mim.	0-7	1,05	1,274	0,614	0,899
8. Eu sinto mau estar por causa do meu trabalho.	0-7	1,37	1,465	0,753	0,889

Continua

Continuação

13. Eu sinto-me frustrado por causa do meu trabalho.	0-7	1,88	1,690	0,773	0,887
14. Eu sinto que estou a trabalhar em demasia na minha profissão.	0-7	2,79	1,930	0,557	0,907
16. Trabalhar directamente com as pessoas causa-me muito stresse.	0-7	1,60	1,517	0,542	0,904
20. Sinto que estou no fim dos meus recursos.	0-7	1,09	1,380	0,581	0,901
Total de alfa de Cronbach					0.905
Despersonalização					
5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem “objectos” impessoais	0-7	0,84	1,299	0,516	0,565
10. Desde que comecei este trabalho sinto-me mais insensível para com as pessoas.	0-7	1,09	1,541	0,501	0,563
11. Aborrece-me que o tipo de trabalho que desempenho me pressione bastante emocionalmente.	0-7	1,85	1,662	0,429	0,618
22. Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.	0-7	1,18	1,468	0,367	0,652
Total de alfa de Cronbach					0.667
Realização Pessoal					
7. Eu lido eficazmente com os problemas dos meus doentes.	0-7	5,01	1,301	0,495	0,779
9. Sinto que estou a influenciar positivamente as vidas de outras pessoas através do meu trabalho.	0-7	5,02	1,321	0,549	0,770
12. Sinto-me cheio de energia.	0-7	4,07	1,585	0,569	0,765
17. Eu consigo criar facilmente um ambiente relaxante com os doentes.	0-7	4,55	1,424	0,546	0,769
18. Sinto-me estimulado após trabalhar ao pé dos meus doentes.	0-7	4,48	1,371	0,584	0,763
19. No trabalho que desempenho tenho realizado muitas coisas válidas.	0-7	4,82	1,453	0,473	0,783
21. No meu trabalho lido com problemas emocionais de uma forma muito calma	0-7	4.39	1,476	0,495	0,779
Total de alfa de Cronbach					0.799

b) Estudo da Validade

A validade refere-se ao grau em que o instrumento mede o que presumivelmente deve medir, ou seja, “corresponde ao grau de precisão com o qual o conceito é representado por enunciados particulares num instrumento de medida” (Fortin 2009, p. 354). Para

Ribeiro (2008, p. 94) *“A validade refere-se ao que o teste mede e a quanto bem o faz. É a garantia que o teste dá em termos de medir o que se propõe medir.”*

Para Ribeiro (2008) existem três modelos principais de validade e que alternam de acordo com o tipo de informação fornecida e com a intenção do investigador: a validade de conteúdo, a validade de critério e a validade de constructo.

- **A validade de conteúdo:** para Ribeiro (2008, p. 94) *“é estabelecida através da evidência de que os atributos incluídos no teste são uma amostra representativa dos que se pretendem medir”*. Como explica Fortin (2009, p. 355), *“refere-se ao carácter representativo dos enunciados utilizados num instrumento para medir o conceito”*, ou seja, remete para a utilização adequada e em medidas correctas, de todos os aspectos estudados e que são fundamentais na avaliação do teste, abrangido pelos seus itens, indica ainda para a não utilização de factores considerados irrelevantes. Ainda de acordo com Ribeiro (2008, p. 94) *“Todos os testes psicológicos são amostras sistemáticas de um domínio particular de comportamento. Uma descrição detalhada do conteúdo do domínio a avaliar fornece a base para avaliar a validade de conteúdo”*. Assim, a validade de conteúdo está directamente ligada à conceptualização e à definição de um constructo, pelo que deve ser conseguido durante e não após a construção do teste.
- **A validade de critério:** engloba a validade preditiva e a validade concorrente (Ribeiro, 2008), estabelece-se através da relação dos resultados com os resultados de um ou mais critérios externos.

- **A validade de constructo** (validade conceptual) é por excelência, a procura da utilidade científica do instrumento, pois liga-se directamente ao atributo que a teoria propôs medir através daquele teste. É a capacidade do instrumento medir o conceito ou o constructo definido teoricamente e trata-se de verificar as relações teóricas subjacentes ao constructo de um instrumento (Fortin, 2009).

Hair, *et al* (2003) referem que para avaliar a validade de constructo devem ser efectuadas duas verificações a validade convergente e discriminante. A validade convergente é o ponto até onde o constructo está positivamente relacionado com outras medidas do mesmo constructo. A validade discriminante é o ponto até onde o constructo não se correlaciona com outras medidas (constructos) que dele diferem. Neste sentido, Ribeiro (2008, p.98) refere que a validade convergente – discriminante do item é “(...) *um bom indicador de que o item mede o mesmo constructo da escala a que pertence e não outro(...)*”, o mesmo autor diz ainda que “(...) *uma boa validade convergente – discriminante do item mostrará que a correlação do item com a escala a que pertence é substancialmente mais elevada do que a correlação do item com as escalas a que não pertence*”.

O coeficiente de correlação de *Pearson* (r) é uma medida do grau de relação linear entre duas variáveis quantitativas. Este coeficiente varia entre os valores -1 e 1. O valor 1 indica uma relação linear perfeita positiva e o valor -1 indica uma relação linear perfeita negativa, ou seja, quando uma das variáveis aumenta a outra diminui. Quanto mais próximo estiver de 1 ou -1, mais forte é a associação linear entre as duas variáveis. O valor 0 (zero) significa que não há relação linear. (Filho e Júnior, 2009). Assim, para

valores de r entre 0,10 até 0,30 a correlação é fraca; para valores de r entre 0,40 e 0,60 a correlação é considerada moderada e por último para valores de r entre 0,70 e 1 a correlação é forte (Dancey e Reidy, 2005; citado por Filho e Júnior, 2009).

O quadro 12 apresenta a validade discriminante das dimensões do MBI e a análise detalhada da correlação dos itens da cada uma das escalas do MBI. Verificamos que os itens de cada uma das escalas, todos eles se correlacionam de uma forma bastante alta com a sua própria escala (o que indica uma estrutura bem definida) e moderadamente com aquelas que têm alguma relação teórica entre si. Apresentam boa validade convergente e discriminante. Nenhum item se correlaciona mais com as outras escalas do que com a sua própria.

A correlação dos itens da escala exaustão emocional com a sua própria escala oscila entre 0,640 e 0,838, variando entre moderada a forte. Os seus itens correlacionam também de forma positiva com a escala referente à despersonalização. Correlaciona-se de forma negativa com a escala relacionada com a realização pessoal.

Os itens da escala referente à despersonalização têm um padrão de correlação positiva com a sua própria escala. Os seus valores oscilaram entre 0,647 a 0,748, variando entre moderado e forte. Os itens desta escala correlacionam-se positivamente com a escala referente à exaustão emocional e de forma negativa com a escala referente à realização pessoal.

Os itens da escala referente à realização pessoal apresentam também correlações positivas com a sua própria escala. Os seus valores oscilam entre 0,633 e 0,718, variando

entre moderada e forte. Como seria de esperar, os seus itens correlacionam-se de forma negativa com ambas as escalas da despersonalização e da realização pessoal.

Quadro 12 – Correlação dos itens com a escala do MBI a que pertence (excluindo esse item) e com as escalas a que não pertencem

Itens	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal
1. Eu sinto-me emocionalmente esgotado por causa do meu trabalho.	0,838**	0,462**	-0,288**
2. Eu sinto-me esgotado no fim do meu dia de trabalho.	0,805**	0,446**	-0,273**
3. Eu sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho.	0,863**	0,539**	-0,431**
6. O trabalhar com pessoas todo o dia é realmente um esforço para mim.	0,687**	0,534**	-0,365**
8. Eu sinto mau estar por causa do meu trabalho.	0,810**	0,568**	-0,409**
13. Eu sinto-me frustrado por causa do meu trabalho.	0,833**	0,574**	-0,416**
14. Eu sinto que estou a trabalhar em demasia na minha profissão.	0,677**	0,470**	-0,321**
16. Trabalhar directamente com as pessoas causa-me muito stresse.	0,640**	0,565**	-0,329**
20. Sinto que estou no fim dos meus recursos.	0,665**	0,442**	-0,345**
5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem “objectos” impessoais.	0,459**	0,723**	-0,354**
10. Desde que comecei este trabalho sinto-me mais insensível para com as pessoas.	0,439**	0,748**	-0,300**
11. Aborrece-me que o tipo de trabalho que desempenho me pressione bastante emocionalmente.	0,721**	0,721**	-0,383**
22. Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.	0,263**	0,647**	-0,166**
7. Eu lido eficazmente com os problemas dos meus doentes.	-0,167**	-0,159**	0,635**
9. Sinto que estou a influenciar positivamente as vidas de outras pessoas através do meu trabalho.	-0,292**	-0,311**	0,679**
12. Sinto-me cheio de energia.	-0,592**	-0,411**	0,718**
17. Eu consigo criar facilmente um ambiente relaxante com os doentes.	-0,262**	-0,325**	0,687**
18. Sinto-me estimulado após trabalhar ao pé dos meus doentes.	-0,376**	-0,390**	0,711**
19. No trabalho que desempenho tenho realizado muitas coisas válidas.	-0,171**	-0,139**	0,633**
21. No meu trabalho lido com problemas emocionais de uma forma muito calma.	-0,297**	-0,258**	0,652**

(**) Correlação significativa ao nível 0,01 (2 tailed).

4.3. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA CBI

A fidelidade da versão portuguesa questionário do CBI foi estimada através do *alfa de Cronbach* como medida de consistência interna.

a) Estudo da Fidelidade do instrumento

Relativamente ao estudo da consistência interna, as três escalas do CBI revelaram ser um instrumento de medida do *burnout* apresentando uma boa homogeneidade. O quadro 13 mostra a distribuição de respostas aos itens de cada escala (média e desvio padrão), e as correlações obtidas (*r* item-total sem o próprio item) e os valores de alfa de Cronbach.

O quadro 13 mostra-nos ainda e para as três escalas do CBI, que as correlações obtidas entre cada item com a sua nota global quando o próprio item é excluído são positivas. De referir contudo que nas correlações item-total há diferenças de amplitude. No *burnout* pessoal variou entre 0,522 e 0,709. Para o *burnout* relacionado com o trabalho variou entre 0,464 e 0,763. Por fim em relação ao *burnout* relacionado com o utente variou entre 0,506 e 0,750).

Os valores do *alfa de Cronbach* são abonatórios de uma boa consistência interna para as três escalas do CBI. Assim, as três escalas apresentam os seguintes valores: o *burnout* pessoal apresenta um *alfa de Cronbach* 0,845 para o total da escala e 0,803 é o valor mais baixo para os itens; o *burnout* relacionado com o trabalho apresenta *alfa de Cronbach* 0,829 como valor mais baixo para os itens e *alfa de Cronbach* de 0,866 para o total da escala e por último o *burnout* relacionado com o utente *alfa de Cronbach* 0,796 é o valor

mais baixo para os itens e *alfa de Cronbach* de 0,843 para o total da escala. Estes valores altos do *alfa de Cronbach* indicam uma boa consistência interna na validação da escala CBI para o português, sendo consentâneos com os valores encontrados no estudo original (Borritz e Kristensen, 2004) e nos restantes estudos (Shimizutani, *et al* 2004; Winwood e Winefield, 2004; Bourbonnai, (2006); Quinn, (2007); Milfont, (2007); Williams, (2007); Wahl; (2008); Arneson e Liljegren, M. (2005, citado por Liljegren, 2008) e Benson (2009).

Quadro 13 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (*alfa de Cronbach* das escalas do CBI)

Itens	Limites	Média	Desvio Padrão	r do total sem o item	Alfa de Cronbach (excluindo o item)
Burnout pessoal					
Com que frequência se sente cansado/a?	0-100	54,17	16,565	0,683	0,814
Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	0-100	50,11	19,421	0,638	0,818
Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	0-100	37,72	21,570	0,561	0,833
Com que frequência pensa: “Eu não aguento mais isto”?	0-100	28,07	23,264	0,676	0,811
Com que frequência se sente fatigado/a?	0-100	47,15	20,295	0,709	0,803
Com que frequência se sente frágil e susceptível a ficar doente?	0-100	32,57	19,920	0,522	0,839
Total de alfa de Cronbach					0.845
Burnout relacionado com o trabalho					
O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	0-100	70,94	19,563	0,464	0,869
Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	0-100	41,67	24,424	0,763	0,829
O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?	0-100	45,39	24,626	0,632	0,849
Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	0-100	55,15	19,302	0,640	0,848
Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	0-100	36,62	25,313	0,730	0,834
Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	0-100	33,11	22,629	0,717	0,836
Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	100-0	29,82	20,424	0,532	0,861
Total de alfa de Cronbach					0,866
Burnout relacionado com o utente					
Acha difícil trabalhar com utentes?	0-100	46,59	27,957	0,637	0,816

Continua

Continuação

Acha frustrante trabalhar com utentes?	0-100	25,99	24,536	0,733	0,796
Trabalhar com utentes deixa-o/a sem energia?	0-100	33,77	22,381	0,750	0,796
Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	0-100	55,59	27,943	0,582	0,828
Está cansado de trabalhar com utentes?	0-100	30,15	21,844	0,568	0,828
Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	0-100	31,91	25,469	0,506	0,840
Total de alfa de Cronbach					0,843

b) Estudo da Validade

A validade discriminante de cada item é obtida através da comparação da correlação do item com a dimensão a que pertence e com as que não pertence. Assim, no quadro 14 é apresentada uma análise detalhada da validade discriminante do CBI. Verificamos que os itens em cada uma das escalas se correlacionam entre eles de uma forma bastante alta com a sua própria escala (o que indica uma estrutura bem definida) e moderadamente com aquelas que têm alguma relação teórica entre si. Apresentam boa validade convergente e discriminante. Nenhum item se correlaciona mais com as outras escalas do que com a sua própria.

A correlação dos itens da subescala *burnout* pessoal com o total da sua própria escala é positiva e bastante homogénea e os seus valores oscilam entre 0,671 e 0,813, variando entre moderada a forte, sendo estes dados consentâneos com os resultados obtidos no estudo PUMA, no qual as correlações variaram entre 0,56 e 0,76 (Borritz e Kristensen, 2004). Os seus itens correlacionam-se ainda positivamente, de forma forte a moderada com a escala referente ao *burnout* relacionado com o trabalho. Correlaciona-se igualmente de forma positiva a moderada com a escala do *burnout* relacionado com o utente.

A correlação dos itens da subescala *burnout* relacionado com o trabalho tem um padrão de correlação positiva, moderada a forte variando entre 0,590 a 0,843, com o total da própria escala, sendo os dados obtidos congruentes com as correlações observadas no estudo original e que alternaram entre 0,54 e 0,76 (Borritz e Kristensen, 2004). Como era de esperar, os itens desta escala correlacionam-se melhor (moderada a forte) com a escala referente ao *burnout* pessoal. Os seus itens correlacionam-se de forma positiva e moderada com a escala referente ao *burnout* relacionado com o utente.

A correlação dos itens da escala *burnout* relacionado com o utente apresenta também correlações positivas, moderada a forte, sendo que, os valores oscilam entre 0,634 e 0,830, com o total da sua própria escala, os resultados obtidos consolidam as correlações observadas no estudo original e que variaram entre 0,52 e 0,69 (Borritz e Kristensen, 2004). Os seus itens correlacionam-se melhor com a escala referente ao *burnout* relacionado com o trabalho, sendo igualmente positiva de forma moderada. Os itens correlacionam-se de forma positiva de forma moderada com a escala do *burnout* pessoal.

Quadro 14 – Correlação dos itens com as escalas do CBI a que pertence (excluindo esse item) e com as escalas a que não pertencem

Itens	<i>Burnout</i> pessoal	<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	<i>Burnout</i> relacionado com o utente
Com que frequência se sente cansado/a?	0,773**	0,647**	0,478**
Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	0,755**	0,662**	0,420**
Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	0,712**	0,554**	0,351**
Com que frequência pensa: “Eu não aguento mais isto”?	0,802**	0,708**	0,420**
Com que frequência se sente fatigado/a?	0,813**	0,687**	0,486**
Com que frequência se sente frágil e susceptível a ficar doente?	0,671**	0,523**	0,270**
O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	0,395**	0,590**	0,384**
Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	0,750**	0,843**	0,554**

Continua

Continuação

O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?	0,562**	0,750**	0,491**
Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	0,627**	0,732**	0,400**
Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	0,731**	0,823**	0,536**
Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	0,724**	0,805**	0,563**
Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	0,539**	0,651**	0,343**
Acha difícil trabalhar com utentes?	0,321**	0,443**	0,772**
Acha frustrante trabalhar com utentes?	0,398**	0,480**	0,826**
Trabalhar com utentes deixa-o/a sem energia?	0,577**	0,642**	0,830**
Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	0,332**	0,410**	0,734**
Está cansado de trabalhar com utentes?	0,304**	0,404**	0,692**
Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	0,497**	0,500**	0,664**

(**) Correlação significativa ao nível 0,01 (2 tailed).

c) Validade concorrente

Uma outra contribuição para o estudo da validade da escala CBI foi a validade concorrente realizada a partir da matriz de correlações entre as três escalas do CBI com as três dimensões da escala do MBI. O padrão de correlações aparece no quadro 15.

A escala do *burnout* pessoal apresenta uma correlação positiva forte com a exaustão emocional (0,790) e uma correlação moderada negativa com a realização pessoal (-0,490).

O *burnout* relacionado com o trabalho apresenta uma correlação positiva forte com a exaustão emocional (0,797) e correlaciona-se de forma negativa moderada com a realização pessoal (-0,490).

A escala referente ao *burnout* relacionado com o utente apresenta uma correlação positiva moderada com a exaustão emocional (0,632) e uma correlação negativa moderada (-0,461) com a realização pessoal

Quadro 15 – Correlações de *Pearson* entre as escalas do CBI e do MBI

Escalas	CBI			MBI		
	<i>Burnout</i> pessoal	<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	<i>Burnout</i> relacionado com o utente	Exaustão emocional	Desperso nalização	Realização pessoal
<i>Burnout</i> pessoal	1,000					
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	0,836**	1,000				
<i>Burnout</i> relacionado com o utente	0,533**	0,634**	1,000			
Exaustão emocional	0,790**	0,797**	0,632**	1,000		
Despersonalização	0,497**	0,486**	0,529**	0,674**	1,000	
Realização pessoal	-0,462**	-0,490**	-0,461**	-0,466**	-0,425**	1,000

(**) Correlação significativa ao nível 0,01 (2 tailed).

4.4. NÍVEIS DE *BURNOUT* DOS ENFERMEIROS

No quadro 16 são apresentados os valores médios de *burnout* dos enfermeiros inquiridos em relação às três escalas do MBI.

Na exaustão emocional a média é de 16,94 o que indica níveis baixos de *burnout*, o desvio padrão é de 10,49 o que indica que existe dispersão em relação aos valores de *burnout* referentes à exaustão emocional. O enfermeiro com o nível mais baixo de exaustão emocional apresentou uma pontuação 1,00 e o inquirido com o nível mais elevado apresentou uma pontuação média de 43,00.

Em relação à despersonalização verificamos que a média foi de 4,96, revelando igualmente níveis baixos de *burnout* entre os enfermeiros. O desvio padrão de 4,23 indica a existência de dispersão em relação à despersonalização. O enfermeiro com o nível mais

baixo de despersonalização apresentou uma pontuação de 0 (zero) e o inquirido para o nível mais elevado obteve uma pontuação de 23,00.

Na realização pessoal a média encontrada foi de 32,34, revelando que os enfermeiros apresentam níveis médios de *burnout* em relação a esta. O desvio padrão é de 6,69 e indica a existência de dispersão do *burnout* em relação com a realização pessoal. O enfermeiro com o nível mais baixo de realização pessoal apresentou uma pontuação média de 6,00 sendo que o inquirido com o nível mais elevado obteve uma pontuação de 42,00.

Quadro 16 – Caracterização da amostra relativamente aos níveis de *burnout* (MBI)

MBI	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Exaustão emocional	228	1,00	43,00	16,94	10,49	8,00	15,00	23,00
Despersonalização	228	0,00	23,00	4,96	4,23	2,00	4,00	7,00
Realização pessoal	228	6,00	42,00	32,34	6,69	29,00	33,00	37,00

Pela análise do quadro 17 observamos que em relação às escalas do MBI, a grande maioria dos enfermeiros apresenta níveis baixos de *burnout* relativamente à exaustão emocional e à despersonalização e altos níveis de *burnout* relativamente à realização pessoal. Contudo, verificamos que 19,3% (44) dos enfermeiros apresentam níveis altos de *burnout* relacionado com a exaustão emocional; 25,4% (58) manifestam níveis médios de *burnout* relacionado com a despersonalização e 34,2 % (78) apresentam níveis médios de *burnout* relacionado com a realização pessoal.

Quadro 17 – Distribuição da amostra relativamente aos níveis de *burnout* de acordo com as escalas do MBI

MBI		Nº	%
Exaustão emocional	Níveis baixos <i>burnout</i>	141	61,8
	Níveis médios <i>burnout</i>	43	18,9
	Níveis elevados <i>burnout</i>	44	19,3
Despersonalização	Níveis baixos <i>burnout</i>	139	61,0
	Níveis médios <i>burnout</i>	58	25,4
	Níveis elevados <i>burnout</i>	31	13,6
Realização pessoal	Níveis baixos <i>burnout</i>	32	14,0
	Níveis médios <i>burnout</i>	78	34,2
	Níveis elevados <i>burnout</i>	118	51,8

No quadro 18 são apresentados os valores médios de *burnout* dos enfermeiros inquiridos em relação às três escalas do CBI.

No *burnout* pessoal a média foi de 41,63, o que revela um nível baixo de *burnout* pessoal na amostra dos enfermeiros. O desvio padrão de 15,30 revela que existe dispersão em relação aos valores de *burnout* pessoal dos inquiridos. O enfermeiro com o nível mais baixo de *burnout* pessoal apresentou uma pontuação média de 8,33 e o inquirido com o nível mais elevado de *burnout* pessoal apresentou uma pontuação média de 79,17. Constatamos que em relação ao *burnout* pessoal o valor médio é superior ao encontrado no estudo original PUMA, sendo igualmente superior aos valores médios encontrados para os profissionais de enfermagem, conforme apresentado no quadro 4 (Borritz e Kristensen, 2004) e em relação ao estudo realizado por Benson, *et al* (2009), o que revela que a amostra dos enfermeiros apresenta valores de *burnout* superiores a estes dois

estudos. Os valores médios de *burnout* são inferiores aos encontrados nos restantes estudos (Shimizutani *et al*, 2004; Yeh W-Y *et al*, 2004; Winwood e Winefield, 2004; Quinn, 2007; Milfont *et al*, 2007; Williams, 2007; Wahl, 2008; Liljegren e Ekberg, 2008; Tsai e Chan, 2009 e Tsai *et al*, 2009).

Em relação ao *burnout* relacionado com o trabalho a média foi de 44,67, revelando também um nível baixo de *burnout* entre os enfermeiros. O desvio padrão de 16,72 indica a existência de dispersão do *burnout* relacionado com o trabalho. O enfermeiro com o nível mais baixo de *burnout* relacionado com o trabalho apresentou uma pontuação média de 7,14 e o inquirido para o nível mais elevado obteve uma pontuação média de 85,71. Verificamos que em relação ao *burnout* relacionado com o trabalho a pessoal o valor médio é superior ao encontrado no estudo original PUMA, (Borritz e Kristensen, 2004) sendo igualmente superior aos valores encontrados nos estudos (Yeh W-Y *et al*, 2004; Winwood e Winefield, 2004; Liljegren e Ekberg, 2008 e Benson, *et al*, 2009). O valor médio deste estudo é inferior aos encontrados noutros estudos (Shimizutani *et al*, 2004; Quinn, 2007; Milfont *et al*, 2007; Williams, 2007; Wahl, 2008; Tsai e Chan, 2009 e Tsai *et al*, 2009).

No *burnout* relacionado com os utentes a média foi de 37,50, revelando que os enfermeiros da amostra apresentam um nível baixo de *burnout* relacionado com os utentes. O desvio padrão de 18,82 indica a existência de dispersão do *burnout* relacionado com os utentes. O enfermeiro com o nível mais baixo de *burnout* relacionado com os utentes apresentou uma pontuação média de 0,00 sendo que o inquirido com o nível mais elevado de *burnout* relacionado com o utente obteve uma pontuação média de 87,50. Constatamos que em relação ao *burnout* relacionado com os utentes o valor

médio encontrado neste estudo é superior aos encontrados nos estudos (Borritz e Kristensen, 2004; Shimizutani *et al*, 2004; Winwood e Winefield, 2004; Williams, 2007; Wahl, 2008) e Benson, *et al*, 2009). O valor médio deste estudo é inferior aos encontrados noutros estudos (Quinn, 2007; Milfont *et al*, 2007; Liljegren e Ekberg, 2008; Tsai e Chan, 2009 e Tsai *et al*, 2009).

Quadro 18 – Caracterização da amostra relativamente aos níveis de *burnout* (CBI)

CBI	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Burnout pessoal	228	8,33	79,17	41,63	15,30	29,17	41,67	54,17
Burnout relacionado com o trabalho	228	7,14	85,71	44,67	16,72	32,14	42,86	57,14
Burnout relacionado com o utente	228	0,00	87,50	37,50	18,82	25,00	37,50	50,00

Pela análise do quadro 19 observamos que a grande maioria dos enfermeiros inquiridos apresentam baixos níveis de *burnout* nas três escalas do CBI. Contudo, verificamos que 42,5% (97) dos enfermeiros apresentam altos níveis de *burnout* relacionado com o trabalho; 31,6% (72) manifestam altos níveis de *burnout* relacionado com o utente e 31,1% (71) apresentam altos níveis de *burnout* pessoal.

Quadro 19 – Distribuição da amostra relativamente aos níveis de *burnout* de acordo com as escalas do CBI

CBI		Nº	%
Burnout pessoal	Baixo nível de <i>burnout</i>	157	68,9
	Alto nível de <i>burnout</i>	71	31,1
Burnout relacionado com o trabalho	Baixo nível de <i>burnout</i>	131	57,5
	Alto nível de <i>burnout</i>	97	42,5
Burnout relacionado com o utente	Baixo nível de <i>burnout</i>	156	68,4
	Alto nível de <i>burnout</i>	72	31,6

5. CONCLUSÃO

Finalizado este trajecto, algumas reflexões poderão ser lançadas em torno do que foi desenvolvido; as limitações e o contributo desta investigação, poderão interessar para futuros estudos.

A revisão de literatura efectuada na primeira parte deste trabalho permitiu uma melhor compreensão da importância do *burnout*, contribuindo de forma decisiva na delimitação e finalidade do estudo, bem como na definição de objectivos. O enquadramento teórico efectuado teve por base a procura e aprofundamento da síndrome de *burnout* e do seu impacto nos trabalhadores dos serviços humanos. Deste modo, foi essencial perceber o conceito da síndrome de *burnout* e a sua relação com a saúde dos trabalhadores, pelo que foi dada particular importância à investigação que tem sido efectuada e aos resultados obtidos. Por outro lado, interessou ainda, enquadrar o estudo de tradução e validação efectuado do questionário de *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), apresentando a sua história e características.

A elaboração deste documento, teve como propósito atingir os objectivos inicialmente delineados para esta investigação. Assim, a sequência lógica empregue em cada tema abordado, teve por base a obtenção dos objectivos anteriormente referenciados. Para este estudo, foram definidos os seguintes objectivos: validar o questionário de *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) para a língua portuguesa, originando a versão portuguesa do CBI; determinar as suas características psicométricas e determinar os níveis de *burnout* nos enfermeiros portugueses. Para tal aplicou-se o questionário a uma

amostra de 228 enfermeiros que exercem funções numa instituição hospitalar do Centro do país.

Na segunda parte deste trabalho podemos constatar que a metodologia utilizada e os dados recolhidos na amostra desta investigação são aceitáveis para a finalidade do estudo, pelo que se pode afirmar que o questionário de *Copenhagen Burnout Inventory* – CBI apresenta boas características psicométricas. Esta afirmação permite ainda sugerir que a escala pode ser utilizada com segurança em estudos futuros. Pode concluir-se ainda que estes resultados vão ao encontro dos obtidos pelos autores da escala original (Borritz e Kristensen, 2004).

A análise da consistência interna da escala e dos seus itens foi confirmada pelos valores dos coeficientes *alfa de Cronbach* nas três escalas do *burnout*. A versão portuguesa do CBI é um instrumento fiável e preciso, podendo ser utilizado por outros investigadores. Este instrumento avalia com sucesso o objectivo a que se propõe: medir os níveis do *burnout* pessoal; *burnout* relacionado com o trabalho e o *burnout* relacionado com o cliente. As escalas do CBI apresentam ainda uma boa validade convergente, discriminante e concorrente, sendo que nenhum item se correlaciona mais com as restantes escalas do que com a sua própria.

A maioria da amostra populacional portuguesa inquirida, de acordo com os resultados obtidos, reflectiu níveis baixos de *burnout* nas três escalas do CBI. No entanto, os valores de alto nível de *burnout* observados não podem ser menosprezados.

6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Ao nível teórico verificamos um predomínio do MBI nos estudos publicados nesta área em Portugal. No entanto, o estudo do instrumento de colheita de dados do CBI (Borritz e Kristensen, 2004), assim como os restantes estudos referenciados sustentaram toda a investigação e reflexão crítica.

Um dos aspectos positivos deste estudo foi a sua validação e adaptação do questionário CBI à realidade da população portuguesa, permitindo conhecer melhor os níveis de burnout dos enfermeiros em Portugal, podendo ser utilizado em investigações futuras.

A reter é o facto de ser um estudo metodológico que propõe validar e adaptar um instrumento de mensuração do burnout para a cultura e língua portuguesa.

Será importante ainda considerar que a amostra deste estudo exerce a sua actividade em diferentes contextos de actuação profissional. Esta especificidade não foi objecto de análise, contribuindo unicamente para a sua caracterização. Assim, os resultados obtidos reflectem apenas a realidade deste contexto específico de uma amostra populacional de enfermeiros portugueses. No entanto, estes dados não podem ser generalizáveis uma vez que dizem respeito unicamente à amostra em estudo e ao contexto específico.

Neste contexto, seria importante a realização de um estudo na população dos enfermeiros portugueses, a fim de apurar que valores de burnout expressam estes profissionais, tendo em consideração as mudanças organizacionais entretanto observadas, tais como a junção de Instituições, redistribuição de pessoal e com a consequente redução do pessoal de enfermagem.

7. APLICAÇÕES DO ESTUDO

A escala validada mostra boas características psicométricas possibilitando a sua aplicação na detecção de *burnout* nos enfermeiros e também na investigação.

A validação do CBI nesta população aumentou a fidelidade desta escala e contribuiu para uma melhor compreensão da síndrome de *burnout* nos enfermeiros, que não sendo generalizáveis constituem um suporte importante para a sua utilização em futuras investigações.

O *burnout*, área ainda em estudo necessita ser avaliada com a máxima atenção por todos os enfermeiros e outros profissionais de saúde, para que se possa antecipar a prevenção e o tratamento das suas complicações, implementando intervenções que visem melhorar as relações de trabalho quer ao nível pessoal e profissional, quer ao nível organizacional.

Serve igualmente para ajudar a identificar os níveis de *burnout* dos enfermeiros, motivo pelo qual deve ser proposto como um instrumento de medição do *burnout* nos profissionais de enfermagem, contribuindo para uma melhor compreensão desta síndrome, bem como na criação de estratégias para a sua prevenção.

A validação e implementação em Portugal do questionário sobre o *burnout - Copenhagen Burnout Inventory* (Borritz e Kristensen, 2004), poderá constituir uma ferramenta essencial para a mensuração dos níveis de *burnout*, sendo assim possível uma abordagem planificada na sua intervenção ao nível dos órgãos de gestão.

BIBLIOGRAFIA

Afonso, P. J. A. (2008). *Burnout e o significado do trabalho: a importância das redes Sociais em guardas prisionais*. Tese de Mestrado: Departamento de Psicologia Social e das Organizações do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

Almeida, L., e Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª ed.). Braga. Psiquilíbrios Edições.

Benavides-Pereira, A. M. T. e Moreno-Jiménez, B. (2003). *O Burnout e o profissional de Psicologia*. Revista Eletrônica InterAção Psy, 1-1, 68-75.

Benson, S., Sammour, T., Neuhaus, S. J., Findlay, B. e Hill, A. G. (2009). *Burnout in Australasian Younger Fellows*. ANZ Journal of Surgery. 79: 590–597.

Borritz, M. (2006). *Burnout in human service work – causes and consequences*. Ph.D. thesis, National Institute of Occupational Health, Denmark, Copenhagen.

Borritz, M., Rugulies, R., Bjorner, J. B, Villadsen, E., Mikkelsen, O. A. e Kristensen, T. S. (2006). *Burnout among employees in human service work: design and baseline findings from the PUMA study*. Scandinavian Journal of Public Health. 34: 49-58.

Borritz, M e Kristensen, T. S. (2004). *Copenhagen Burnout Inventory: Normative data from a representative Danish population on Personal Burnout and Results from the PUMA study on Personal Burnout, Work Burnout, and Client Burnout (PUMA: Project on Burnout, Motivation, and Job Satisfaction)*. National Institute of Occupational Health, Denmark, Copenhagen.

Bourbonnais, R. Brisson, C., Vinet, A, Vézina, M., E Lower, A. (2006). *Development and implementation of a participative intervention to improve the psychosocial work environment and mental health in an acute care hospital*. Occup Environ Med; 63:326-334.

Buunk, A.P. e Schaufeli, W.B. (1993). Burnout from a social comparison perspective. In: W.B. Schaufeli, C. Maslach e T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. New York: Taylor e Francis. 53-69.

Campos, J. A. D. B., Zucoloto, M. L., Bonafé, F. S. S., Jordani, P. C., Maroco, J. (2011). *Reliability and validity of self-reported burnout in college students: A cross randomized comparison of paper-and-pencil vs. online administration*. *Computers in Human Behavior*, doi: 10.1016/j.chb.2011.04.011.

Costa, M. C. S. P. (2009). *Burnout nos médicos perfil e enquadramento destes doentes*. Tese de Mestrado Integrado em Medicina. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Decreto-Lei n.º 247/2009, publicado no Diário da República, 1.ª série - N.º 184 - 22 de Setembro de 2009, p. 6758 - 6761.

Decreto-Lei n.º 248/2009, publicado no Diário da República, 1.ª série - N.º 184 - 22 de Setembro de 2009, p. 6761 - 6765.

Enzamann, D., Schaufeli, W.B., Jansen, P. e Rozeman, P. (1998). *Dimensionality and validity of the Burnout Measure*. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71, 331-335.

Estella, G. F., Díaz, J. A., Alonso, J. A. B., Garzón, P. J. C., Camacho, A. F., Sendín, J. J. R., Pedro, I. S. e Camiño, J. M. S. (2002). *Síndrome de Burn-out en el médico general*. *Grupo de Habilidades en Salud Mental de la SEMG*. *Medicina General*. 43. 278-283.

Figueiredo, J. M. e Lemkau, P. V. (1980). *Psychiatric interviewing across cultures: Same problems and prospects*. *Social Psychiatry*, 15, 117-121.

Filho, D. B. F. e Junior, J. A. S. (2009). *Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r)*. *Revista Política Hoje*, Vol. 18, n. 1, 115-146.

Fortin M. F. (2000). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª ed. Loures: Lusociência, ISBN: 9789728383107.

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta. Loures, ISBN: 9789898075185.

Geurts, S. A. E., Schaufeli, W. B. e Jonge, J. (1998). *Burnout and intention to leave among mental health-care professionals a social psychological approach*. Journal of Social and Clinical Psychology 17 341-362.

Gil-Monte, P.R. (2001). *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención*. Revista electrónica PsicologíaCientífica.com.

Gil-Monte, P.R. (2003). *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) em profissionais de enfermária*. Revista Eletrónica InterAção Psy, 1, 19-33.

Gil-Monte, P. R. e Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 1999. Volume 15, N.º 2. 315-317.

Gil-Monte, P. R., Rojas, S. U. e Ocaña, J. I. S. (2009). *Validez factorial del «Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos*. Salud Mental; Vol. 32, Nº 3. 31:205-214

Hair, J. F. J. R., Babin, B., Money, A. H. e Samouel, P. (2003). *Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração*. Artmed Editora S.A. São Paulo. ISBN 0-471-271136-5

Hill, M. M. e Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. 1ª ed. Edições Sílabo, Lda. Lisboa. ISBN: 972-618-233-9.

International Council of Nurses (2005). *CIPE® Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão1.0*. Edição Portuguesa Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISBN: 92-95040-36-8.

International Council of Nurses (2010). *CIPE® Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2.0*. Edição Portuguesa, Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISBN: 978-92-95094-35-2.

Jackson, S. E. e Schuler, R. S. (1983). *Preventing Employee Burnout*. AMACOM Periodicals Division, American Management Associations. 58-68.

Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E. e Christensen, K. B. (2005). *The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout*. *Work & Stress*, 19, 3, 192-207.

Liljegren, M. e Ekberg, K. (2008). *The longitudinal relationship between job mobility, perceived organizational justice, and health*. *BMC Public Health*, 8:164.

Liljegren, M. (2008). *The Relationship between Organizational Justice, Behavioral Responses, and Health*. National Centre for Work and Rehabilitation Department of Medicine and Health Sciences. Linköping University. Sweden. Linköping.

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

Maslach, C. (2003). *Job Burnout: New Directions in Research and Intervention*. *Current Directions in Psychological Science* 12,5: 189-192.

Maslach, C. (2009). *Entendendo o burnout (Understanding burnout)*. In: *Ciência e Trabalho*. Ano 11. N.º 32. p. 37-43.

Maslach, C. e Schaufeli, W.B. (1993). *Historical and conceptual development of burnout*. In: W.B. Schaufeli, C. Maslach e T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1-16). New York: Taylor e Francis.

Maslach, C., Jackson, S. E., e Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory*. (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., e Leiter, M. P. (2001). *Job burnout*. In S. T. Fiske, D. L. Schacter, e C. Zahn-Waxler (Eds.), *Annual Review of Psychology*. Vol. 52, p. 397-422.

Melo, B. T., Gomes, A. R. e Cruz, J. F. A. (1999). *Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do “burnout” para os profissionais de Psicologia*. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Volume VI. Braga: Lusografe, 598 – 603.

Milfont. T. L. Denny, S., Ameratunga, A., Robinson, E. e Merry, S. (2007). *Burnout and Wellbeing: Testing the Copenhagen Burnout Inventory in New Zealand Teachers*. *Soc Indic Res*, 89:169–177

Moreno-Jiménez. B., Herrero, M. G., Hernández, E. G. e Adán, J. C. M. (2006). *Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico*. *Atención primaria* 38, 10: 544-549.

Moreno-Jimenez, B. e Peñacoba, C. (1999). *El Estrés asistencial de los servicios de salud*. En M.A. Simón (Ed), *Manual de Psicología de la salud*. Siglo XXI pp. 739-764.

Polit, D. F., Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Quinn, G. M. (2007). *Measuring burnout amongst homelessness workers in Northern Ireland*. A thesis submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree of MSc Applied Psychology. Faculty of Life Sciences, University of Ulster.

Ribeiro, J. L. P. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos publicados em português*. 1ª ed. Coimbra: Quarteto, ISBN: 898-558-087-8

Ribeiro, J. L. P. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 2.ª ed. Porto: Livpsic, ISBN: 978-989-8148-16-2.

Richardsen, A. M. e Burke, R. J. (1995). *Models of Burnout: Implications for Interventions*. *International Journal of Stress Management*, Vol. 2, Nº. 1, 31-43.

Rodrigues, M. C. (2008). *Stresse e Burnout na Equipa Multidisciplinar Cirúrgica. Dissertação de Mestrado*. VII Mestrado Comunicação em Saúde. Universidade Aberta.

Sá, L. O. (2002). *Burnout e Controlo Sobre o Trabalho em Enfermagem Oncológica - Estudo Correlacional*. Tese apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Santos, A. M. S. R. S. (2009). *Burnout nos Enfermeiros dos Serviços de Psiquiatria de Doentes Agudos - Um contributo para a Gestão*. Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde. ISCTE Business School Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

Schaufeli, W. B. e Buunk, B. P. (2003). *Burnout: An Overview of 25 years of Research and Theorizing*. In: M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst and C.L. Cooper (Eds), *The Handbook of Work and Health Psychology*. New York: John Wiley e Sons, Ltd.: 383-425.

Schaufeli, W. B., e Greenglass, E. R. (2001). *Introduction to special issue on burnout and health*. *Psychology and Health*, 16, 501-510.

Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V. e Bakker, A. B. (2002). *Burnout and engagement in University Students. A Cross-National Study*. *Journal of Cross-Cultural Psychology Study* 33, 464-481.

Schaufeli, W. B. e Taris, T. W. (2005). *The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart*. *Work e Stress*, 19, 356-262.

Schaufeli, W. B. (1999). *Burnout*. In J. Firth-Cozens e R. Payne (Eds.), *Stress in health professionals: Psychological and organizational causes and interventions*, pp17 32. Chichester: Wiley.

Shimizutanl, M., Odagiri, Y., Ohya, Y., Shimomitsu, T., Kristensen, T. S., Maruta, T. e Imori, M. (2008). *Relationship of Nurse Burnout with Personality Characteristics and Coping Behaviors*. *Industrial Health*, 46, 326–335.

Spickard, A., Gabbe, S. G. e Christensen, J. F. (2002). *Mid-Career Burnout in Generalist and Specialist Physicians*. JAMA 288,12: 1447-1450.

Tavares, O. M. C. (2008). *Avaliação da Satisfação de Profissionais de Saúde no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra - Aplicação do Instrumento de Avaliação de Satisfação Profissional*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade Economia da Universidade de Coimbra.

Tsai, Feng-Jen e Chan, Chang-Chuan (2009). *Occupational stress and burnout of judges and procurators*. Int Arch Occup Environ Health. 83: 133-142.

Tsai, Feng-Jen, Hung, Wei-Luan e Chan, Chang-Chuan (2009). *Occupational stress and burnout of Lawyers*. Journal of Occupational Health. 51: 443-450

Wahl, S. E. (2008). *Registered Nurse Preceptorship Orientation: A study of the relationship between burnout rates of new graduates and number of preceptors worked with in the clinical orientation*. A Dissertation Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy. Capella University, United States of America.

Williams, C. (2007). *Psychosocial and Biographical factors in Career Burnout*. A research project proposal to the Gordon Institute of Business Science, University of Pretoria, in Partial Fulfillment of the Degree of Master of Business Administration.

Winwood, P., Winefield, A. H. (2004). *Comparing two measures of burnout among dentists in Australia*. International Journal of Stress Management, 11, 282-289.

Yeh, Wan-Yu, Chen, Chiou-Jong; Hu, Pei-Yi e Kristensen, T. S. (2008). *Psychometric Properties of the Chinese Version of Copenhagen Burnout Inventory Among Employees in Two Companies in Taiwan*. International Journal of Behavioral Medicine. Lawrence Erlbaum Associates, Inc, Vol. 14, Nº. 3, 126-133.

Zamora, G. L. H., Castejón, E. O. e Ibáñez, I. (2004). *Estar quemado (burnout) y su relación el afrontamiento*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 4, Nº. 2, 323-336.

ANEXOS

Anexo 1 – Pedido de autorização para a utilização do questionário CBI

Página Web 1 de 1



Cesaltino Fonte <cesaltinofonte@gmail.com>

Authorization for the use of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in a Master Thesis

1 mensagem

Cesaltino Fonte <cesaltinofonte@gmail.com>
Para: tsk@task-consult.dk

6 de dezembro de 2010 16:30

Excellency Prof. Dr.
Tage S. Kristensen
National Institute of Occupational Health, Parkalle lers 105, DK-2100
Copenhagen O, Denmark

Cesaltino Manuel Silveira da Fonte, Nurse Specialist in Psychiatric and Mental Health, a student of the Masters Degree in Health Management from the University of Coimbra - Faculty of Economics in 2010/2011, asks Your Excellencies authorization for the use of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in his Master Thesis titled "*Adaptation and Validation to Portuguese of the Questionnaire Copenhagen Burnout Inventory (CBI)*".

The target population for the study will be the nurses who work in the Hospital Centre of the Middle Tejo (CHMT) (CHMT), since I am a collaborator in the Unit of Tomar, one of the three health Units of CHMT. The sample will be consists by the nurses who responded to the questionnaire CBI.

It is my intention:

- Adapt and validate the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) to Portuguese;
- Translate and validate the questionnaire CBI to the Portuguese population;
- Determine the psychometric characteristics of the CBI in the Portuguese population
- Determine burnout levels in the Portuguese nurses;

If possible I would like to receive more information of the questionnaire Copenhagen Burnout Inventory.

Already grateful for your attention and availability,

Cesaltino Fonte
Email: cesaltinofonte@gmail.com or cesaltinofonte@iol.pt
Adress: Cesaltino Fonte
Rua da Bela Vista n.º 19 Alto do Piolhinho
2300-308 Tomar
Portugal

<https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=7235678b54&view=pt&cat=CBI&search=cat&th=12cbc84b55...> 23-08-2011

Página Web 1 de 1



Cesaltino Fonte <cesaltinofonte@gmail.com>

Authorization for the use of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in a Master Thesis

1 mensagem

Cesaltino Fonte <cesaltinofonte@gmail.com>

8 de dezembro de 2010 16:12

Para: mbor0001@bbh.regionh.dk

Excellency

Dr. Marianne Borritz

Cesaltino Manuel Silveira da Fonte, Nurse Specialist in Psychiatric and Mental Health, a student of the Masters Degree in Health Management from the University of Coimbra - Faculty of Economics in 2010/2011, asks Your Excellencies authorization for the use of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in his Master Thesis titled "Adaptation and Validation to Portuguese of the Questionnaire Copenhagen Burnout Inventory (CBI)".

The target population for the study will be the nurses who work in the Hospital Centre of the Middle Tejo (CHMT) (CHMT), since I am a collaborator in the Unit of Tomar, one of the three health Units of CHMT. The sample will be consists by the nurses who responded to the questionnaire CBI.

It is my intention:

Adapt and validate the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) to Portuguese;
Translate and validate the questionnaire CBI to the Portuguese population;
Determine the psychometric characteristics of the CBI in the Portuguese population
Determine burnout levels in the Portuguese nurses;

If possible I would like to receive more information of the questionnaire Copenhagen Burnout Inventory.

Already grateful for your attention and availability,

Cesaltino Fonte

Email: cesaltinofonte@gmail.com or cesaltinofonte@iol.pt

Adress: Cesaltino Fonte

Rua da Bela Vista n.º 19 Alto do Piolinho

2300-308 Tomar

Portugal

Anexo 2 – Autorização para utilização do questionário CBI

Gmail - SV: Besked via www.task-consult.dk

Page 1 of 5



Cesaltino Fonte <cesaltinofonte@gmail.com>

SV: Besked via www.task-consult.dk

5 mensagens

Tage S Kristensen <tsk@task-consult.dk>
Para: Cesaltino Fonte <cesaltinofonte@gmail.com>

10 de dezembro de 2010 21:13

Dear Cesaltino Fonte,
Thank you very much for your mail and for your interest in the CBI. You are very welcome to translate, validate and use the CBI in the Portuguese language.
I enclose some material for your information. If you need more, please let me know.
I look forward to see the results of the translation process. The CBI has already been translated to quite a number of languages.
Best regards,

Tage S Kristensen
Task-Consult
Østre Alle 35 E
DK-3250 Gilleleje
Denmark
Tel +4529704012
tsk@task-consult.dk
www.task-consult.dk

-----Oprindelig meddelelse-----
Fra: Cesaltino Fonte [<mailto:cesaltinofonte@gmail.com>]
Sendt: 8. december 2010 16:05
Til: tsk@task-consult.dk
Emne: Besked via www.task-consult.dk

Excellency Professor
Dr. Tage S. Kristensen
National Institute of Occupational Health, Parkalle lers 105, DK-2100
Copenhagen O, Denmark

Gesaltino Manuel Silveira da Fonte, Nurse Specialist in Psychiatric and Mental Health, a student of the Masters Degree in Health Management from the University of Coimbra - Faculty of Economics in 2010/2011, asks Your Excellencies authorization for the use of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in his Master Thesis titled "Adaptation and Validation to Portuguese of the Questionnaire Copenhagen Burnout Inventory (CBI)".

The target population for the study will be the nurses who work in the Hospital Centre of the Middle Tejo (CHMT) (CHMT), since I am a collaborator in the Unit of Tomar, one of the three health Units of CHMT. The sample will be consists by the nurses who responded to the questionnaire CBI.

It is my intention:
- Adapt and validate the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) to Portuguese;
- Translate and validate the questionnaire CBI to the Portuguese population;
- Determine the psychometric characteristics of the CBI in the Portuguese population
- Determine burnout levels in the Portuguese nurses;

If possible I would like to receive more information of the questionnaire Copenhagen Burnout Inventory.

Already grateful for your attention and availability,

<https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=7235678b54&view=pt&cat=CBI&search=ca...> 31-05-2011

Gmail - SV: Besked via www.task-consult.dk

Page 2 of 5

Cesaltino Fonte
Email: cesaltinofonte@gmail.com or cesaltinofonte@iol.pt
Adress: Cesaltino Fonte
Rua da Bela Vista n.º 19 Alto do Piolhinho
2300-308 Tomar
Portugal

6 anexos

-  **CBI-FIRST EDITION.farver.DOC**
78K
-  **Papers on PUMA and CBI.doc**
31K
-  **An Interview with Tage Kristensen CBI 2009.docx**
21K
-  **CBI article Work and Stress.pdf**
123K
-  **Design of PUMA study SJPH 2006.pdf**
241K
-  **Borritz et al_2010 Burnout work and sickness absence in PUMA_JOEM.pdf**
166K

Cesaltino Fonte <cesaltinofonte@gmail.com>
Para: Tage S Kristensen <tsk@task-consult.dk>

11 de dezembro de 2010 15:32

Hello Dr. Tage S Kristensen

Thanks for the permission and the information relevant and useful.
I'm currently in the initial phase of my thesis Project.
As soon as possible I will send you the translation of the CBI into Portuguese. Then I would appreciate your comments about the translated version.
When I apply the questionnaire and process the data I'll be happy to give you all the information about the results obtained in the Portuguese population.

Thanks for your time

Best Regards,

Cesaltino Fonte

[Texto das mensagens anteriores oculto]

Tage S Kristensen <tsk@task-consult.dk>
Para: Cesaltino Fonte <cesaltinofonte@gmail.com>

11 de dezembro de 2010 16:15

Dear Cesaltino,

Thank you very much for your mail. The first step usually is a translation (from the English version) into Portuguese. And then a back-translation into English by another language expert. The back translation then should be compared with the original version. I would be delighted to help with this comparison.

<https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=7235678b54&view=pt&cat=CBI&search=ca...> 31-05-2011

Gmail - SV: Besked via www.task-consult.dk

Page 3 of 5

Best,

Tage

Fra: Cesaltino Fonte [mailto:cesaltinofonte@gmail.com]
Sendt: 11. december 2010 16:33
Til: Tage S Kristensen
Emne: Re: Besked via www.task-consult.dk

[Texto das mensagens anteriores oculto]

Cesaltino Fonte <cesaltinofonte@gmail.com>
Para: Tage S Kristensen <tsk@task-consult.dk>

2 de fevereiro de 2011 22:33

Hello Dr. Tage S Kristensen

I already have the two translations of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) into English. I am currently performing the conceptual validation of them. To do so, I appreciated your comments about the two translated versions, as well as the comparison with the original version.

I've attached the back translations. If you find any discrepancies, please consider to identify them, sending me an e-mail so we will reformulate the Portuguese version of CBI.

Thank you for your time,

Cesaltino Fonte

[Texto das mensagens anteriores oculto]

--
Cesaltino Fonte
cesaltinofonte@gmail.com

2 anexos

 **CBI version 1.pdf**
30K

 **CBI version 2.pdf**
21K

Tage S Kristensen <tsk@task-consult.dk>
Para: Cesaltino Fonte <cesaltinofonte@gmail.com>

13 de fevereiro de 2011 16:19

Dear Cesaltino,

<https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=7235678b54&view=pt&cat=CBI&search=ca...> 31-05-2011

Gmail - SV: Besked via www.task-consult.dk

Page 4 of 5

Thank you so much for your mail and for the fine bac-translations. I am sorry for this late reply.

I find both of the back-translations extremely good.

It is a little difficult to understand the word "delicate" in question 6 (Personal burnout). But this item is often a source of difficulty. So you can leave it out if you want.

All the other translations are good, I think.

With regard to the response items, you use a different approach as far as I can see (Never/hardly ever etc). I enclose the basic article on CBI where you can find the response items that we usually use.

I wish you really good luck with your further work with this important topic.

You can find a lot of interesting articles on CBI at this site:

http://scholar.google.dk/scholar?as_q=&num=10&btnG=S%C3%B8g+i+Scholar&as_epq=%22Copenhagen+Burnout+Inventory%22&as_oq=&as_eq=&as_occt=any&as_sauthors=&as_publication=&as_ylo=&as_yhi=&hl=da

Best regards to you,

Tage

Tage Søndergård Kristensen

Task-Consult

Østre Alle 35 E

3250 Gilleleje

Tel 29704012

<https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=7235678b54&view=pt&cat=CBI&search=ca...> 31-05-2011

Gmail - SV: Besked via www.task-consult.dk

Page 5 of 5

tsk@task-consult.dk

www.task-consult.dk

Fra: Cesaltino Fonte [mailto:cesaltinofonte@gmail.com]

Send: 2. februar 2011 23:34

[Texto das mensagens anteriores oculto]

[Texto das mensagens anteriores oculto]

3 anexos

 **CBI article Work and Stress.pdf**
123K

 **Design of PUMA study SJPH 2006.pdf**
241K

 **Predictors for burnout JOEM 2005.pdf**
126K

<https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=7235678b54&view=pt&cat=CBI&search=ca...> 31-05-2011

Gmail - Vedr.: Authorization for the use of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) ... Page 1 of 6



Cesaltino Fonte <cesaltinofonte@gmail.com>

Vedr.: Authorization for the use of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in a Master Thesis

3 mensagens

Marianne Borritz <mbor0001@bbh.regionh.dk>
Para: Cesaltino Fonte <cesaltinofonte@gmail.com>

8 de dezembro de 2010 16:55

Dear Cesaltino Fonte

Thank you very much for your interest in the CBI.

Please notice that the questionnaire is free for use. You will find the manual at this web-address:

<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/omi/copenhagen%20burnout%20inventory%20-%20normative%20data%20from%20a%20representative%20danish%20population.pdf>

If you are interested in more information about the background of the CBI, the attached file with the article published in *Work&Stress* may be helpful.

However, I will be very happy if you will send me the translated version of CBI when it is ready. An of cause, I also will be very interested in the future to know some of your results regarding the Portuguese population.

Sincerely,

Marianne Borritz MD, PhD
Staff Specialist
Head Department of Occupational Medicine
Bispebjerg University Hospital
Bispebjerg Bakke 23,
DK-2400 Copenhagen NV
Email (work): mbor0001@bbh.regionh.dk
Phone: +45 3531 6073

Cesaltino Fonte <cesaltinofonte@gmail.com>

Til mbor0001@bbh.regionh.dk

cc

08-12-2010 17:12

Emne: Authorization for the use of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in a Master Thesis

Excellency

Dr. Dr. Marianne Borritz

Cesaltino Manuel Silveira da Fonte, Nurse Specialist in Psychiatric and Mental Health, a student of the Masters Degree in Health Management from the University of Coimbra - Faculty of Economics in 2010/2011, asks Your Excellencies authorization for the use of

<https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=7235678b54&view=pt&cat=CBI&search=ca...> 31-05-2011

Gmail - Vedr.: Authorization for the use of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) ... Page 2 of 6

the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in his Master Thesis titled "Adaptation and Validation to Portuguese of the Questionnaire Copenhagen Burnout Inventory (CBI)".

The target population for the study will be the nurses who work in the Hospital Centre of the Middle Tejo (CHMT) (CHMT), since I am a collaborator in the Unit of Tomar, one of the three health Units of CHMT. The sample will be consists by the nurses who responded to the questionnaire CBI.

It is my intention:

Adapt and validate the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) to Portuguese;
Translate and validate the questionnaire CBI to the Portuguese population;
Determine the psychometric characteristics of the CBI in the Portuguese population
Determine burnout levels in the Portuguese nurses;

If possible I would like to receive more information of the questionnaire Copenhagen Burnout Inventory.

Already grateful for your attention and availability,

Cesaltino Fonte

Email: cesaltinofonte@gmail.com or cesaltinofonte@iol.pt

Adress: Cesaltino Fonte

Rua da Bela Vista n.º 19 Alto do Piolhinho

2300-308 Tomar

Portugal

 Kristensen, Borritz et al. The Copenhagen Burnout Inventory A new tool for the assesment of burnout.pdf
125K

Cesaltino Fonte <cesaltinofonte@gmail.com>
Para: Marianne Borritz <mbor0001@bbh.regionh.dk>

11 de dezembro de 2010 15:31

Hello Dr. Marianne Borritz

Thanks for the permission and the information relevant and useful.

I'm currently in the initial phase of my thesis Project.

As soon as possible I will send you the translation of the CBI into Portuguese. Then I would appreciate your comments about the translated version.

When I apply the questionnaire and process the data I'll be happy to give you all the information about the results obtained in the Portuguese population.

Thanks for your time

Best Regards,

Cesaltino Fonte

2010/12/8 Marianne Borritz <mbor0001@bbh.regionh.dk>

<https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=7235678b54&view=pt&cat=CBI&search=ca...> 31-05-2011

Gmail - Vedr.: Authorization for the use of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) ... Page 3 of 6

Dear Cesaltino Fonte

Thank you very much for your interest in the CBI.

Please notice that the questionnaire is free for use. You will find the manual at this web-address:

<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/omi/copenhagen%20burnout%20inventory%20-%20normative%20data%20from%20a%20representative%20danish%20population.pdf>

If you are interested in more information about the background of the CBI, the attached file with the article published in *Work&Stress* may be helpful.

However, I will be very happy if you will send me the translated version of CBI when it is ready. An of cause, I also will be very interesseted in the future to know some of your results regarding the Portuguese population.

Sincerely,

Marianne Borritz MD, PhD
Staff Specialist
Head Department of Occupational Medicine
Bispebjerg University Hospital
Bispebjerg Bakke 23,
DK-2400 Copenhagen NV
Email (work): mbor0001@bbh.regionh.dk
Phone: +45 3531 6073

Cesaltino Fonte <cesaltinofonte@gmail.com>

To: mbor0001@bbh.regionh.dk

cc

08-12-2010 17:12

Emne: Authorization for the use of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in a Master Thesis

Excellency

Dr. Dr. Marianne Borritz

Cesaltino Manuel Silveira da Fonte, Nurse Specialist in Psychiatric and Mental Health, a student of the Masters Degree in Health Management from the University of Coimbra - Faculty of Economics in 2010/2011, asks Your Excellencies authorization for the use of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in his Master Thesis titled "Adaptation and Validation to Portuguese of the Questionnaire Copenhagen Burnout Inventory (CBI)".

The target population for the study will be the nurses who work in the Hospital Centre of the Middle Tejo (CHMT) (CHMT), since I am a collaborator in the Unit of Tomar, one of the three health Units of CHMT. The sample will be consists by the nurses who responded to the questionnaire CBI.

It is my intention:

Adapt and validate the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) to Portuguese;
Translate and validate the questionnaire CBI to the Portuguese population;

<https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=7235678b54&view=pt&cat=CBI&search=ca...> 31-05-2011

Gmail - Vedr.: Authorization for the use of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) ... Page 4 of 6

Determine the psychometric characteristics of the CBI in the Portuguese population
Determine burnout levels in the Portuguese nurses;

If possible I would like to receive more information of the questionnaire Copenhagen Burnout Inventory.

Already grateful for your attention and availability,

Cesaltino Fonte
Email: cesaltinofonte@gmail.com or cesaltinofonte@iol.pt
Adress: Cesaltino Fonte
Rua da Bela Vista n.º 19 Alto do Piolhinho
2300-308 Tomar
Portugal

Cesaltino Fonte <cesaltinofonte@gmail.com>
Para: Marianne Borritz <mbor0001@bbh.regionh.dk>

2 de fevereiro de 2011 22:36

Hello Dr. Marianne Borritz

I already have the two translations of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) into English. I am currently performing the conceptual validation of them. To do so, I appreciated your comments about the two translated versions, as well as the comparison with the original version.

I've attached the back translations. If you find any discrepancies, please consider to identify them, sending me an e-mail so we will reformulate the Portuguese version of CBI.

Thank you for your time,

Cesaltino Fonte

[Texto das mensagens anteriores oculto]

Hello Dr. Marianne Borritz

Thanks for the permission and the information relevant and useful.

I'm currently in the initial phase of my thesis Project.

As soon as possible I will send you the translation of the CBI into Portuguese. Then I would appreciate your comments about the translated version.

When I apply the questionnaire and process the data I'll be happy to give you all the information about the results obtained in the Portuguese population.

Thanks for your time

Best Regards,

Cesaltino Fonte

2010/12/8 Marianne Borritz <mbor0001@bbh.regionh.dk>

Dear Cesaltino Fonte

Thank you very much for your interest in the CBI.

<https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=7235678b54&view=pt&cat=CBI&search=ca...> 31-05-2011

Gmail - Vedr.: Authorization for the use of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) ... Page 5 of 6

Please notice that the questionnaire is free for use. You will find the manual at this web-address:

<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/omi/copenhagen%20burnout%20inventory%20-%20normative%20data%20from%20a%20representative%20danish%20population.pdf>

If you are interested in more information about the background of the CBI, the attached file with the article published in *Work&Stress* may be helpful.

However, I will be very happy if you will send me the translated version of CBI when it is ready. An of course, I also will be very interested in the future to know some of your results regarding the Portuguese population.

Sincerely,

Marianne Borritz MD, PhD
Staff Specialist
Head Department of Occupational Medicine
Bispebjerg University Hospital
Bispebjerg Bakke 23,
DK-2400 Copenhagen NV
Email (work): mbor0001@bbh.regionh.dk
Phone: +45 3531 6073

Cesaltino Fonte <cesaltinofonte@gmail.com>

To: mbor0001@bbh.regionh.dk

cc

08-12-2010 17:12

Emne: Authorization for the use of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in a Master Thesis

Excellency

Dr. Dr. Marianne Borritz

Cesaltino Manuel Silveira da Fonte, Nurse Specialist in Psychiatric and Mental Health, student of the Masters Degree in Health Management from the University of Coimbra - Faculty of Economics in 2010/2011, asks Your Excellencies authorization for the use of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in his Master Thesis titled "Adaptation and Validation to Portuguese of the Questionnaire Copenhagen Burnout Inventory (CBI)".

The target population for the study will be the nurses who work in the Hospital Centre of the Middle Tejo (CHMT) (CHMT), since I am a collaborator in the Unit of Tomar, one of the three health Units of CHMT. The sample will be consists by the nurses who responded to the questionnaire CBI.

It is my intention:

Adapt and validate the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) to Portuguese;
Translate and validate the questionnaire CBI to the Portuguese population;
Determine the psychometric characteristics of the CBI in the Portuguese population
Determine burnout levels in the Portuguese nurses;

<https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=7235678b54&view=pt&cat=CBI&search=ca...> 31-05-2011

Gmail - Vedr.: Authorization for the use of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) ... Page 6 of 6

If possible I would like to receive more information of the questionnaire Copenhagen Burnout Inventory.

Already grateful for your attention and availability,

Cesaltino Fonte
Email: cesaltinofonte@gmail.com or cesaltinofonte@iol.pt
Adress: Cesaltino Fonte
Rua da Bela Vista n.º 19 Alto do Piolhinho
2300-308 Tomar
Portugal

--

[Texto das mensagens anteriores oculto]

2 anexos

 **CBI version 1.pdf**
30K

 **CBI version 2.pdf**
21K

<https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=7235678b54&view=pt&cat=CBI&search=ca...> 31-05-2011

Anexo 3 – Autorização para recolha de dados

Cesaltino Manuel Silveira da Fonte
Rua da Bela Vista n.º 19 Alto do Piolhinho
S. João Baptista
2300-308 Tomar

Exmª Sr.ª Enf.ª Directora do
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.

Cesaltino Manuel Silveira da Fonte, a frequentar o Mestrado em Gestão da Saúde na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, vem por este meio solicitar a Vossa Excelência que seja concedida autorização para que possa aplicar o questionário que se anexa aos enfermeiros do CHMT.

Este pedido surge no contexto de validação de um questionário cujo título é “Adaptação e Validação para Português do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)”, é Orientadora a Prof.ª Doutora Maria dos Anjos Dixe e o Co-Orientador é o Mestre José Carlos Rodrigues Gomes, com o objectivo de validar um questionário para a língua portuguesa de identificação e mensuração do burnout.

Este estudo tem como principais objectivos:

- Traduzir o questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI) para a língua portuguesa, originando a versão portuguesa do CBI;
- Determinar as características psicométricas do CBI na população portuguesa;
- Determinar os níveis de burnout nos enfermeiros portugueses.

Gostaria que o questionário fosse aplicado no período compreendido entre Fevereiro e Junho de 2011.

Comprometo-me ao sigilo de dados e a enviar os resultados da pesquisa, se assim o entenderem.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada e fico ao dispor.

Tomar, de Janeiro de 2011
Com os melhores cumprimentos



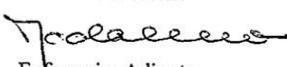
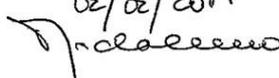
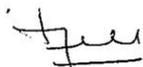
NOTA INTERNA

De: Enf. Adjunta da Enf.ª Directora N.º: 26/11 Data: 25/01/2011 Pág.: 1/2
DU/TM

Para: Sr.ª Enf.ª Directora

C.c.: _____

Assunto/Subject: Autorização para aplicação de questionário – Enf.º Cesaltino Fonte

<p>Sr.ª Enf.ª Directora,</p> <p>Na sequência de email enviado pelo Sr.º Enf.º Cesaltino Fonte, no dia 24 de Janeiro, anexo documentação a respeito.</p> <p>Relativamente às condições que o mesmo solicita estou ao dispor para o que entender necessário</p> <p>Com os melhores cumprimentos,</p> <p style="text-align: center;">Teresa Madaleno  Enfermeira Adjunta</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <p>671 27/01/11</p> <p>12202 27/01/11</p> </div> <p style="text-align: center;">  02/02/2011 </p>	<p>Terei contactado o Sr.º Cesaltino Fonte a respeito do questionário em questão. Quanto à disponibilização do e-mail contactei Sr. Helder - Diretor, que comunicou a entrada em contacto com Sr.º Cesaltino Fonte para que me o facultasse e fizesse o seu envio.</p> <p style="text-align: right;">  28.01.11 Lurdes Toscano (Dra.) Enfermeira Directora </p>
--	---

Anexo 4 – Instrumento de colheita de dados

Adaptação e Validação para Português do Questionário de Copenhagen Burnout Inven... Page 1 of 3

Adaptação e Validação para Português do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

Caros Colegas

O presente questionário compreende duas escalas e pretendem analisar o efeito do Burnout dos Enfermeiros.

Trata-se de um questionário simples e intuitivo, cujo preenchimento é rápido e fácil, de forma a reflectir a primeira opinião dos Enfermeiros que o preenchem.

O anonimato e a confidencialidade dos dados serão assegurados.

Os dados recolhidos servirão de base para o estudo empírico conducente à realização da dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde a decorrer na Faculdade de Economia da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

A participação do(a) Sr.(a) Enfermeiro(a) é fundamental para o desenvolvimento deste estudo e ao mesmo tempo contribui para o conhecimento sobre o burnout na área das ciências sociais e humanas em especial entre os profissionais de enfermagem. Agradeço desde já a sua colaboração.
Cesaltino Fonte

*Obrigatório

I - AVALIAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1- Sexo: *

- Feminino
 Masculino

2- Idade: *

Anos

3- Estado civil: *

- Casado (a)/União de facto
 Solteiro (a)
 Viúvo (a)
 Divorciado (a)
 Outros

4- Habilitações literárias: *

- Bacharelato
 Licenciatura
 Mestrado
 Doutoramento

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dEZRRWtNMIZB...> 31-05-2011

Outras

5- Categoria Profissional: *

- Enfermeiro
- Enfermeiro Graduado
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Chefe

6- Unidade: *

- Abrantes
- Torres Novas
- Tomar

7- Serviço: *

8- Exerce funções noutra Instituição? *

- Sim
- Não

9- Qual a sua carga horária semanal de trabalho? *

- 35 horas
- 40 horas

10- Tipo de horário praticado: *

- Rotativo por turnos
- Fixo
- Misto

11- Vinculo Profissional: *

- Contrato por Tempo Indeterminado
- Contrato a Termo Certo
- Contrato Individual de Trabalho sem Termo
- Contrato por Tempo Indeterminado em Funções Públicas
- Outro

12- Tempo de exercício na enfermagem: *

Anos

13- Tempo de exercício na Instituição: *

Anos

14- Tempo de exercício no Serviço: *

Anos

15- Há quanto tempo fez férias pela última vez? *

Meses

16- no último mês, pensou, alguma vez, que se pudesse:

16.1- Mudaria de Profissão *

Sim

Não

16.2- Mudaria de Instituição *

Sim

Não

16.3- Mudaria de Serviço *

Sim

Não

[Continuar »](#)

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de utilização](#) - [Termos adicionais](#)

Adaptação e Validação para Português do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

*Obrigatório

I I – INVENTÁRIO DE BURNOUT DE COPENHAGEN

Este questionário destina-se à avaliação psicométrica das dimensões do burnout. Não há respostas melhores ou piores; a resposta correcta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência. A cada uma das frases deve responder consoante a frequência com que tem esse sentimento, assinalando o círculo respectivo.

1- Está cansado de trabalhar com utentes? *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca / quase nunca

2- Com que frequência se sente cansado/a? *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca / quase nunca

3- Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho? *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca / quase nunca

4- Com que frequência se sente fisicamente exausto/a? *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca / quase nunca

5- Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho? *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca / quase nunca

6- Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes? *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca / quase nunca

7- Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a? *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca / quase nunca

8- Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si? *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca / quase nunca

9- Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"? *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca / quase nunca

10- Com que frequência se sente fatigado/a? *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca / quase nunca

11- Com que frequência se sente frágil e susceptível a ficar doente? *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca / quase nunca

12- Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer? *

- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca / quase nunca

13- O seu trabalho é emocionalmente desgastante? *

- Muito
- Bastante
- Assim, assim
- Pouco
- Muito pouco

14- O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a? *

- Muito
- Bastante
- Assim, assim
- Pouco
- Muito pouco

15- Acha difícil trabalhar com utentes? *

- Muito
- Bastante
- Assim, assim
- Pouco
- Muito pouco

16- Acha frustrante trabalhar com utentes? *

- Muito
- Bastante
- Assim, assim
- Pouco
- Muito pouco

17- Sente-se esgotado por causa do seu trabalho? *

- Muito
- Bastante
- Assim, assim
- Pouco
- Muito pouco

18- Trabalhar com utentes deixa-o/a sem energia? *

- Muito
- Bastante
- Assim, assim
- Pouco
- Muito pouco

19- Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes? *

- Muito
- Bastante
- Assim, assim
- Pouco
- Muito pouco

« Anterior

Continuar »

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de utilização](#) - [Termos adicionais](#)

Adaptação e Validação para Português do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

*Obrigatório

III – INVENTÁRIO DE BURNOUT DE MASLACH

O questionário seguinte destina-se à avaliação psicométrica das dimensões do burnout. Não há respostas melhores ou piores; a resposta correcta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência. A cada uma das frases deve responder consoante a frequência com que tem esse sentimento, assinalando o círculo respectivo.

1- Eu sinto-me emocionalmente esgotado por causa do meu trabalho. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Todos os dia

2- Eu sinto-me esgotado no fim do meu dia de trabalho. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Todos os dia

3- Eu sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Todos os dia

4- Posso facilmente compreender como os meus doentes se sentem acerca das coisas que acontecem. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Todos os dia

5- Sinto que trato alguns doentes como se fossem "objectos" impessoais. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Todos os dia

6- O trabalhar com pessoas todo o dia é realmente um esforço para mim. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Todos os dia

7- Eu lido eficazmente com os problemas dos meus doentes. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Todos os dia

8- Eu sinto mau estar por causa do meu trabalho. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Todos os dia

9- Sinto que estou a influenciar positivamente as vidas de outras pessoas através do meu trabalho. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Todos os dia

10- Desde que comecei este trabalho sinto-me mais insensível para com as pessoas. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Todos os dia

11- Aborreço-me que o tipo de trabalho que desempenho me pressione bastante emocionalmente. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana

Todos os dia

12- Sinto-me cheio de energia. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Todos os dia

13- Eu sinto-me frustrado por causa do meu trabalho. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Todos os dia

14- Eu sinto que estou a trabalhar em demasia na minha profissão. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Todos os dia

15- Não me importo grandemente com o que acontece aos meus doentes. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana

- Algumas vezes por semana
- Todos os dia

16- Trabalhar directamente com as pessoas causa-me muito stress. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Todos os dia

17- Eu consigo criar facilmente um ambiente relaxante com os doentes. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Todos os dia

18- Sinto-me estimulado após trabalhar ao pé dos meus doentes. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Todos os dia

19- No trabalho que desempenho tenho realizado muitas coisas válidas. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês

- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Todos os dia

20- Sinto que estou no fim dos meus recursos. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Todos os dia

21- No meu trabalho lido com problemas emocionais de uma forma muito calma. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Todos os dia

22- Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas. *

- Nunca
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por mês
- Algumas vezes por mês
- Uma vez por semana
- Algumas vezes por semana
- Todos os dia

« Anterior

Enviar

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) · [Termos de utilização](#) · [Termos adicionais](#)