

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Gestão em Enfermagem

Dissertação

**Liderança em Enfermagem e o *Burnout* nos
Enfermeiros**

Fernando Jorge Cabaço Coelho

Lisboa

2017

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring several thick, curved green lines that sweep upwards and to the right, creating a sense of dynamic movement.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Gestão em Enfermagem
Dissertação

**Liderança em Enfermagem e o *Burnout* nos
Enfermeiros**

Fernando Jorge Cabaço Coelho

Orientador: Professora Doutora Teresa Maria Ferreira Dos Santos
Potra

Co-Orientador:

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“A maior habilidade de um líder é desenvolver habilidades extraordinárias em pessoas comuns”.

Abraham Lincoln

RESUMO

O *burnout* segundo Maslach & Jackson (1981, 1986) um síndrome caracterizado por uma elevada exaustão emocional e despersonalização e uma baixa realização pessoal que pode ter impactos negativos na saúde dos trabalhadores.

Os enfermeiros têm grande risco de desenvolver *burnout* pois o seu contexto laboral é stressante. Marôco, *et al.* (2016), num estudo sobre o *burnout* em Portugal, identificaram que 50% dos enfermeiros (n=1262) tem *burnout* elevado pelo que se justifica identificar os seus antecedentes e formas de prevenção.

O Leader- Member- Exchange (LMX) é uma forma de liderança relacional onde líder e colaborador interagem dentro de um contexto profissional específico. Em enfermagem o LMX é uma estratégia de liderança com impactos positivos no *burnout* (Gaspar, 2005).

Este estudo tem assim como principal objetivo analisar a qualidade existente nas relações entre os enfermeiros gestores e os enfermeiros prestadores de cuidados diretos e a existência de *burnout* nos segundos. Como objetivos específicos pretendeu-se: conhecer o grau de qualidade nas relações entre o enfermeiro gestor e os enfermeiros; identificar o nível exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal nos enfermeiros prestadores de cuidados diretos e relacionar a qualidade da relação entre as chefias de enfermagem e o *burnout* dos enfermeiros.

Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo-correlacional. A população alvo foram 212 enfermeiros de um Centro Hospitalar na Região Metropolitana de Lisboa a quem se aplicou um questionário de autopreenchimento.

Em termos de resultados salientam-se os seguintes: a relação qualidade chefe-enfermeiro foi considerada entre moderada a elevada. Quanto ao nível de *burnout* constatou-se que as dimensões exaustão emocional e despersonalização têm pontuações médias e a dimensão realização pessoal valores elevados. Comparando com o estudo de Marôco, *et al.* (2016), verificou-se que os enfermeiros deste estudo manifestam menos *burnout*. Os resultados não revelam a existência de correlação direta entre a relação chefe-

enfermeiro e a existência de *burnout* contrariando resultados obtidos em outros estudos.

Face a estes resultados concluiu-se que, globalmente, as chefias deste Centro Hospitalar mantêm relações de alguma qualidade com os seus colaboradores podendo, contudo, haver um maior investimento nas mesmas. Apesar, de não se ter verificado associação entre a relação das chefias com os enfermeiros e a existência de *burnout* o *nível de qualidade desta relação* poderá ter impacto em outras *outcomes* que importa investigar.

PALAVRAS-CHAVE: *Leadership; Nurse; Leader-membership; Burnout*

ABSTRACT

Maslach & Jackson (1981, 1986) defines burnout as a syndrome characterized by high emotional exhaustion and depersonalization and low personal fulfillment that can have negative impacts on workers' health.

Nurses are at great risk of developing burnout because their work environment is stressful. Marôco, et al. (2016), in a study on burnout in Portugal, found that 50% of nurses (n = 1262) had high burnout and therefore their antecedents and forms of prevention were justified.

The Leader-Member-Exchange (LMX) is a form of relational leadership where the leader and collaborator interact within a specific professional context. In nursing, LMX is a leadership strategy with positive impacts on burnout (Gaspar, 2005).

This study has as main objective to analyse the existing quality in the relationships between nurse's managers and nurses providing direct care and the existence of burnout in the second. Specific objectives were: to know the degree of quality in the relations between nurse manager and nurses; To identify the level of emotional exhaustion, depersonalization and personal fulfillment in nurses who provide direct care and to relate the quality of the relationship between nursing supervisors and nurse burnout.

A quantitative, descriptive-correlational study was carried out. The target population was 212 nurses from a Hospital Centre in the Metropolitan Region of Lisbon, to whom a self-filling questionnaire was applied.

In terms of results, the following stand out: the ratio between head-nurse quality was considered moderate to high. As to the level of burnout it was found that the dimension's emotional exhaustion and depersonalization have medium scores and the personal achievement dimension values high. Comparing with the study by Marôco et al. (2016), it was found that the nurses in this study showed less burnout. The results do not reveal the existence of direct correlation between the boss-nurse relationship and the existence of burnout, contrary to results obtained in other studies.

In view of these results, it was concluded that, overall, the heads of this Hospital Centre maintain relations of some quality with their employees, however, there may be a greater investment in them. Although there was no association between the relationship between the bosses and the nurses and

the existence of burnout, the quality level of this relationship could have an impact on other outcomes that should be investigated.

KEYWORDS: Leadership; Nurse; Leader-membership; Burnout.

AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIAS

Agradeço a todos os profissionais do Centro Hospitalar que deram o seu contributo para a concretização deste estudo.

Agradeço à SR^a Professora Doutora Teresa Maria Ferreira Dos Santos Potra pela incansável colaboração, apoio, incentivo, disponibilidade e orientação.

Dedico este trabalho há minha esposa, e agradeço por toda a colaboração que teve neste projeto, possibilitando que este se concluísse com sucesso. Fica também uma palavra de carinho e apreço em especial para os meus filhos que ficaram privados durante muitos dias de tempo de qualidade com o pai.

SIGLAS

LMX – Liderança líder-membro

LMX-7 – Escala *Leader-Member Exchange*

MBI – Inventário de *Burnout* de Maslach

OECD/EU – Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico e
União Europeia

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. – Evolução administrativa das organizações	15
1.2. – A gestão em enfermagem	18
1.2.1. – O olhar da disciplina de enfermagem sobre a gestão	18
1.2.2. – Características e funções dos enfermeiros chefes e dos enfermeiros em funções em gestão	21
1.3. – Liderança.....	25
1.3.1. – Liderança relacional em enfermagem	27
1.3.2. – Modelo de desenvolvimento do LMX.....	27
1.3.3. – LMX: liderança transacional e liderança transformacional	28
1.4. – Burnout em enfermagem.....	32
2. – OPÇÕES METODOLOGICAS.....	36
2.1. – Tipo de estudo.....	36
2.2. – Objetivos	36
2.3. – Questão de investigação.....	37
2.4. – Definição do contexto e da população alvo em estudo	37
2.5. – Métodos e Instrumentos de colheita de dados	38
2.6. – Procedimentos de recolha e tratamento de dados	39
2.7. – Aspetos éticos.....	40
3. – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	42
3.1. – Caracterização da amostra	42
3.2. – Fidelidade e confiabilidade dos instrumentos de colheita de dados	44
3.3. – Qualidade da relação chefia-colaboradores	45
3.4. – Burnout dos enfermeiros	49
3.5. – Relação entre a qualidade da chefia e o burnout.....	52
4. – CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

ANEXOS

ANEXO I – Autorização para realização do estudo

APÊNCICES

Apêndice I – Instrumento de recolha de dados

Apêndice II – Consentimento informado

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. ADAPTADO DE ROBBINS & JUDGE (2013)	27
---	-----------

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. CARACTERIZAÇÃO EM PERCENTAGENS DO SEXO DOS PARTICIPANTES. .	42
---	-----------

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES EM CLASSES ETÁRIAS.....	43
TABELA 2. HABILITAÇÕES ACADÉMICAS DOS PARTICIPANTES.....	43
TABELA 3. TEMPO DE SERVIÇO DOS PARTICIPANTES EXPRESSO EM CLASSES.....	44
TABELA 4. AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS E SUBESCALAS ...	45
TABELA 5. ÍNDICE DE QUALIDADE NA RELAÇÃO LÍDER MEMBRO	46
TABELA 6. PONTUAÇÕES DAS SUBESCALAS MBI MEDIANTE AS MÉDIAS OBTIDAS	50
TABELA 7. CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS EM ESTUDO	53

INTRODUÇÃO

Esta dissertação de natureza científica é resultante da frequência do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização de Gestão em Enfermagem lecionada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e tem como problemática central a liderança e o *burnout* nos enfermeiros.

A literatura da especialidade é veemente ao defender que a profissão de enfermagem tem um grande risco de desenvolver *burnout* nos seus profissionais dado ser uma profissão tipicamente stressante e muito exigente no campo emocional. Os enfermeiros são profissionais constantemente confrontados com as necessidades das pessoas, os seus problemas e o seu sofrimento (Kanste, 2008) que, entre outros, podem funcionar como potentes stressores laborais. A reação a estes stressores pode dar lugar a respostas emocionais crónicas prolongadas com consequências negativas na saúde destes profissionais e que Maslach *et al.* definem como *burnout* (Lee, *et al.*, 2010).

Em termos epidemiológicos a problemática do *burnout* foi analisada em Portugal através de um estudo recente que englobou os 20 distritos / regiões autónomas onde se observou que cerca de 50% dos enfermeiros amostrados (n=1262) apresentaram *burnout* elevado (Marôco, *et al.*, 2016) o que demonstra a pertinência de investigar os seus antecedentes e mediadores.

A procura de fatores que atenuem o potencial de *burnout* da profissão de enfermagem é assim da máxima pertinência. Neste sentido, a literatura defende que as atitudes dos líderes são de extrema importância para a prevenção do *burnout* uma vez que é o apoio que estes concedem aos colaboradores que faz a diferença, sendo este, em termos hierárquicos, muito mais importante que o apoio prestado pelos colegas (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

Os líderes têm um papel muito importante no impulsionar da moral e na redução do *burnout* (Tang, Tegeler, Larrimore, Cowgill, & Kemper, 2010). Também o estudo anteriormente citado (Marôco, *et al.*, 2016) evidencia que a má qualidade das condições de trabalho é um dos principais preditores do *burnout*.

Estas evidências remetem para a importância dos enfermeiros com funções de chefia nas unidades prestadoras de cuidados dado ser a estes que é legalmente atribuído a responsabilidade de “planejar e concretizar, com a equipa de enfermagem, ações que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, procedendo à respetiva avaliação” (Decreto-Lei nº 437/91, art.8º).

Em primeiro lugar há que compreender que um gestor em enfermagem deverá ser um líder e um profissional com vastas competências. No seu percurso profissional, um gestor em enfermagem planeou e organizou cuidados a muitos clientes. Estas intervenções requerem avaliações corretas e diagnósticos baseados em conhecimentos adequados. Os seus pares, também eles gestores, têm a expectativa que este compartilhe as suas competências, os clientes esperam dele que intervenham no sentido de obterem cuidados tidos como de qualidade, e os seus colaboradores (enfermeiros prestadores de cuidados diretos) esperam deste, orientações para uma prestação de cuidados de excelência (Tappen, 2001).

Os enfermeiros gestores assumem um grande protagonismo no seio das organizações de saúde nacionais. Estes estão implicados em muitas atividades em que coordenam e operacionalizam muito das necessidades vitais das organizações de saúde a que pertencem. É atribuído a estes profissionais o avaliar e propor recursos humanos necessários para a prestação de cuidados, estabelecer normas e critérios de atuação assim como a sua avaliação, emitir pareceres técnicos sobre as instalações, materiais e equipamentos requeridos para utilização na prestação de cuidados de enfermagem, facilitar o ensino da enfermagem dentro das instituições de saúde e colaborar com as Escolas Superiores de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2014). Contudo, dificilmente estas atribuições se operacionalizam sem uma liderança eficaz onde as equipas experimentem o reconhecimento das necessidades individuais e potencialidades do colaborador, a qualidade da interação e *feedback*, o desenvolvimento do colaborador, a sua autonomia, integridade, responsabilidade, confiança, formação, *empowerment*, avaliação e desenvolvimento profissional.

A liderança relacional é uma abordagem diferente de outras teorias da liderança, uma vez que se foca essencialmente na relação entre o líder e o

colaborador ao invés, de se debruçar sobre as atividades do líder, sobre a situação ou sobre o ambiente que os rodeia (Hunt, 2014).

As relações entre os enfermeiros gestores e os enfermeiros prestadores de cuidados diretos são marcadas por diversos aspetos que potenciam um ambiente favorável à coabitação e cooperação que em última análise, levam a uma regular e melhorada prestação e cuidados. Quando esta situação não se verifica, experimenta-se o oposto, constatando-se um continuado de situações de *stress* que leva a ambientes de trabalho desfavoráveis que, mantidas no tempo, favorecem o *burnout* nos enfermeiros.

O Serviço Nacional de Saúde sofreu, na última década, grandes pressões para uma maior eficiência que levaram à implementação de novos modelos de gestão nas organizações de saúde com algum impacto na racionalização de recursos humanos, materiais e financeiro criando muitas vezes, um ambiente de grande pressão sobre os profissionais de saúde.

Considerando a importância da liderança das chefias de enfermagem e a prevalência do *burnout* nos enfermeiros considera-se, assim, da máxima pertinência aprofundar conhecimentos sobre fatores que possam minimizar a existência de *burnout* nas organizações de saúde pelo que a presente dissertação visa analisar a qualidade existente nas relações entre os enfermeiros gestores e os enfermeiros prestadores de cuidados diretos e a existência de *burnout* nos segundos.

Esta dissertação está estruturada em quatro capítulos. O primeiro capítulo, tem contido a fundamentação teórica como base do estudo. O segundo capítulo, aborda as opções metodológicas utilizadas para a realização do estudo. O terceiro capítulo inclui a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos. No quarto capítulo e último, é feita a síntese conclusiva do estudo.

O presente relatório foi redigido de acordo com as normas APA (American Psychological Association, 2012).

1. – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo reflete o enquadramento teórico do trabalho. Começa por explicar a evolução histórica da administração com algumas alusões à trajetória da enfermagem, passa depois pela abordagem do processo administrativo nas organizações com relevo para as funções (planeamento, organização, liderança e avaliação).

Posteriormente, no subcapítulo da liderança relacional em enfermagem é esmiuçada a liderança líder-membro (LMX) nas suas várias dimensões. De seguida, faz-se menção dos princípios teóricos em enfermagem que norteiam o desempenho desta na perspetiva da gestão.

Abre-se um subcapítulo sobre a gestão em enfermagem onde se aborda o papel que os enfermeiros chefes ou os enfermeiros em funções de gestão exercem nas organizações de saúde e as características que estes devem possuir para desempenhar as suas funções com qualidade.

Por último, é abordada a temática do *burnout*, as suas dimensões e interligações, o porquê de este fenómeno ocorrer com frequência na enfermagem e, por fim, algumas formas de os enfermeiros chefes ou os enfermeiros em funções em gestão poderem evitar que as suas equipas venham a sofrer desta síndrome.

1.1. – Evolução administrativa das organizações

Para se atingir os objetivos propostos para este trabalho, importa fazer uma retrospectiva sobre como as organizações em geral evoluíram ao longo dos tempos e como elas foram administradas e geridas.

As organizações militares e a Igreja Católica são as organizações mais antigas em Portugal e caracterizavam-se por ter uma hierarquia bem definida. Estas serviram de modelo gestor para outras organizações de cariz laico e não bélico incorporando os seus princípios administrativos e normas de conduta.

As organizações representam um desafio constante porque, para estarem “vivas” têm que estar em constante mutação para se adaptarem às evoluções da sociedade e assim, responderem adequadamente aos seus propósitos.

Por esta razão, ao longo dos tempos foram-se aprofundando alguns aspetos em particular na administração das organizações que culminaram com a formulação de teorias administrativas.

As teorias administrativas evoluíram a partir dos finais do século XIX. Esta evolução produziu um conjunto de escolas científicas com leituras diversas sobre a gestão. Situamo-nos, nesta pequena síntese, naquelas consideradas, ainda hoje, as teorias fundadoras da gestão como ciência e que ainda têm impacto na forma como se gerem as organizações.

É consensual que a teoria da gestão se iniciou com Taylor com a teoria de administração científica, de índole mecanicista, em que o foco é a tarefa. Esta aplica a metodologia científica racional e metódica aos problemas da administração para assim alcançar o máximo de produtividade (Matos & Pires, 2006). A gestão segundo esta teoria ocorre de forma hierarquizada sem muita consideração pelas relações interpessoais. O trabalho é rotineiro pouco criativo e não tem em atenção a satisfação dos trabalhadores (Paiva, Silveira, Gomes, Tessuto, & Sartori, 2010).

Esta conceção de trabalho pressupõe a sua fragmentação em pequenas tarefas em que, o trabalhador ao executá-las não tem a perceção da globalidade do trabalho e é fortemente supervisionado pela administração.

As organizações hospitalares à data adotavam estes princípios e estabeleciam a separação entre trabalho de cariz intelectual, representado pelo trabalho médico, e trabalho manual representado pela enfermagem (Paiva *et al.*, 2010).

A teoria clássica de Fayol (mecanicista) tem o seu foco centrado na organização, mais propriamente na direção da empresa. Estabelece os fundamentos da administração com a criação das funções do administrador em que este deverá organizar, planejar, coordenar, comandar e controlar (Matos & Pires, 2006).

A teoria burocrática de Max Weber (mecanicista) tem o foco voltado para a responsabilidade e hierarquia. Nesta, continua a haver divisão do trabalho especializado em tarefas, há uma hierarquia e autoridade bem presente, existem regras e regulamentos que discriminam os conteúdos funcionais dos funcionários em cada posto e cargo, procedimentos rotineiros, não existem ligações afetivas entre a administração e os trabalhadores. As promoções têm sempre atenção à competência técnica demonstrada pelo trabalhador (Matos & Pires, 2006).

O modelo “Taylorista” está ainda hoje instalado nos hospitais, onde o poder é centralizado e hierarquizado no que diz respeito ao controle do trabalho, sendo feito através de regras, regulamentos e padrões de comportamento esperado por parte dos vários tipos de profissionais. A maioria das vezes a função administrativa privilegia mais as rotinas, os procedimentos, as normas e tende a descuidar as necessidades dos utentes (Paiva *et al.*, 2010).

Por sua vez, a teoria das relações humanas (organicista) tem o seu foco no fator humano, onde os fatores subjetivos são valorizados para o funcionamento da empresa, demonstrando que os incentivos salariais ou as vantagens que o emprego agrega não são os únicos determinantes para alcançar uma maior produtividade. O trabalho em equipa pode em algumas situações ter mais sucesso (Paiva *et al.*, 2010).

Estas ideias também contribuíram de forma positiva para influenciaram o Sistema de Saúde com a criação de equipas multidisciplinares (Paiva *et al.*, 2010).

O movimento das relações humanas tem como foco o modelo de trabalho e o desenvolvimento dos recursos humanos. Neste movimento defende-se os incentivos psicossociais por se entender que os indivíduos não são máquinas. A grande ênfase vai para a motivação para levar o trabalhador a alcançar os objetivos da organização. O trabalhador tem participação ativa nas decisões sobre as tarefas que desempenham, no entanto, estas podem estar limitadas pelo padrão de liderança adotado (Matos & Pires, 2006).

No seu conjunto estas teorias, apesar da existência de muitas outras, marcam ainda hoje a forma de gerir as organizações de saúde e continuam a

ser um desafio para os seus gestores a todos os níveis: por um lado a existência de regras, normas e procedimentos que necessariamente têm de ser cumpridos e monitorizados, por outro lado, o necessário investimento nas pessoas que constituem a organização.

1.2. – A gestão em enfermagem

A gestão em enfermagem é uma área de atuação dos enfermeiros fundamental para a eficiência das organizações de saúde e qualidade dos cuidados de enfermagem.

1.2.1. – O olhar da disciplina de enfermagem sobre a gestão

Hoje em dia os hospitais tornaram-se empresas numa lógica de mercado global, vendem cuidados de saúde aos seus clientes. O Serviço Nacional de Saúde enquadrado no estado social português tem por missão a prevenção da doença e a promoção da saúde a todos os cidadãos, no entanto, está de uma forma contínua sob rigorosa restrição orçamental.

Os cuidados de saúde efetivamente apresentam-se com um nível crescente de complexidade o que implica avultados investimentos em termos dos recursos materiais e recursos humanos.

Por outro lado, utentes do Serviço Nacional de Saúde por força do ensino público gratuito aumentaram a sua literacia em saúde, estando hoje mais cientes dos seus direitos no campo da saúde. São cada vez mais exigentes com o sistema de saúde e com os profissionais que o servem.

Daqui decorre uma enorme pressão sobre os profissionais de saúde no sentido de se tornarem mais eficazes não só na prestação de cuidados como no estreito cumprimento das metas orçamentadas para as atividades de saúde.

Sendo os enfermeiros o grupo profissional mais vasto no Sistema de Saúde é a estes que são, muitas vezes, exigidas ações que permitam garantir e reduzir o consumo de serviços e consumíveis no sentido de uma poupança

ativa nas organizações de saúde hospitalares e nos cuidados de saúde primários.

Portanto, a gestão das organizações de saúde é feita a nível macro por enfermeiros (enfermeiro diretor), a nível da gestão intermédia (enfermeiros chefes e em funções em gestão) e, no fim, da cadeia hierárquica pelos enfermeiros prestadores de cuidados diretos.

Gerir os recursos nestes três níveis de gestão organizacional tem implicações diferentes, mas em todos se sente a pressão para reduzir custos e operacionalizar com maior qualidade os cuidados de enfermagem.

A gestão em enfermagem ao longo do tempo tem merecido uma atenção especial por parte de várias teóricas de enfermagem que, reconheceram a competência do enfermeiro gestor no favorecer da cultura organizacional centrada no cuidado ao cliente.

Para Meleis (1991), a gestão em enfermagem tal como os cuidados de enfermagem deve assentar numa visão clara e explícita da disciplina de enfermagem com o fim de contribuir para a solução de problemas relativos aos cuidados dos clientes e de todo o pessoal envolvido nos mesmos. Acrescenta Meleis (1991) que o enfermeiro gestor deve adotar várias estratégias para promover a utilização de conceções claras e explícitas no que respeita à enfermagem como disciplina. Deverá atender ao número de enfermeiros ao seu dispor assim como às qualificações que detêm, às condições dos Serviços, à elaboração de normas e indicadores de qualidade dos cuidados, programas de orientação para a saúde bem como a formação contínua respeitando os orçamentos propostos (Kérrouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 2002).

Já Orem (1989) estipula que a gestão em enfermagem deve assegurar a disponibilidade de recursos para que os cuidados prestados aos clientes tenham as devidas condições. Sendo que o enfermeiro gestor deve procurar ter os enfermeiros suficientes com competências reconhecidas, assim como, outros recursos para que a assistência aos clientes seja real no campo da atuação, condução, apoio, educação e criação de ambientes favoráveis. Considera ainda, que cabe ao enfermeiro gestor organizar a prestação de cuidados e ter uma liderança compatível com a criação de ambientes de

trabalho que favoreçam o desenvolvimento responsável da promoção do autocuidado (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 2002).

King (1989) reconhece que administrar os cuidados de enfermagem requer um conhecimento profundo dos diversos sistemas que compõe o ambiente e, em particular, o conjunto de necessidades de saúde dos clientes e dos Serviços. O sistema interativo social permite ao enfermeiro gestor tomar decisões com vista à organização dos cuidados centrados na saúde e no bem-estar dos clientes, porque são os enfermeiros gestores que têm o poder, a autoridade, o controlo e o estatuto para o fazerem (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 2002).

Roy (1989), outra das teóricas que se debruça sobre a gestão em enfermagem, propõe a adaptação do modelo administrativo à prática clínica. A autora postula que as organizações são compostas por subsistemas complexos que são estimulados por forças internas e externas e que interagem com o ambiente. Neste modelo, o enfermeiro gestor delineia os problemas de gestão e propõe as intervenções específicas e eficazes. Este modelo assenta numa linguagem comum e numa sinergia de pensamentos que favorecem a comunicação e a participação. Estes são os elementos essenciais para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida no local de trabalho (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 2002).

Leininger (1989), por sua vez, propõe o *caring* como fenómeno central e maior dos cuidados de enfermagem. Para esta teórica a conceção dos cuidados transculturais pode guiar o enfermeiro gestor nas atividades do dia-a-dia com a avaliação sistemática dos resultados nos Serviços. A prática de enfermagem clínica e administrativa favorece o processo curativo e o bem-estar e a saúde das pessoas. Os enfermeiros gestores que usam esta teoria exercem uma liderança que se traduz nos valores e atitudes do *caring*, sendo atentos, respeitadores e solícitos com todo o pessoal (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 2002).

Esta tão grande preocupação por parte das teóricas em enfermagem em explicitar o papel dos gestores em enfermagem revelam a importância que a gestão em enfermagem assume no âmbito da profissão e da pertinência em que os enfermeiros com funções em gestão baseiem a sua prática gestonária numa conceção da disciplina de enfermagem igual à que se adota para a

orientação da prática clínica. Esta conceção que servirá de guia às atividades clínicas e de gestão proporcionará uma compreensão comum e uma visão partilhada da missão a todos os enfermeiros e promoverá a especificidade de ser um enfermeiro gestor (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 2002).

1.2.2. – Características e funções dos enfermeiros chefes e dos enfermeiros em funções em gestão

Os enfermeiros chefes e os enfermeiros em funções em gestão têm um papel muito importante nas instituições de saúde, sendo a sua missão cuidar de quem cuida, ou seja, facilitar e criar melhores condições dentro do possível a todo pessoal que trabalha sob a sua orientação no seu serviço. Assim, os enfermeiros-chefes e os enfermeiros em funções em gestão não têm como alvo principal de ação os utentes e / ou as famílias de uma forma direta, quem tem essa missão são os enfermeiros prestadores de cuidados diretos que fazem parte de uma equipa multidisciplinar. A sua função conforme a posição hierárquica que detêm será a promoção e desenvolvimento profissional dos seus enfermeiros (Hesbeen, 2001).

Os enfermeiros chefes e os enfermeiros em funções em gestão são os melhores transmissores da cultura organizacional das suas instituições de saúde o que se reflete no comportamento dos seus enfermeiros. A cultura traduz os valores, as crenças e as interpretações que delas se fazem refletindo-se nas normas instituídas, na partilha de modelos de pensamento e atuação e na identificação com a organização o que conduz a que, todos os enfermeiros se comportem e pensem de forma similar trabalhando para alcançarem os objetivos propostos (Kirkbesoglu & Tuzlukaya, 2014).

Estes são os organizadores por excelência dos vários serviços e departamentos das instituições de saúde tornando-as funcionantes para a prestação de cuidados de saúde. A liderança ao nível intermédio na pessoa do enfermeiro-chefe ou do enfermeiro em funções em gestão faz-se, através de competências acrescidas que por estes foram desenvolvidas no sentido

permitir uma assistência contínua e estruturada às necessidades de saúde da comunidade onde estão inseridos.

Os enfermeiros chefes e os enfermeiros em funções em gestão demarcam-se dos restantes colegas de profissão pela aquisição de conhecimentos e experiências obtidas em contextos variados, sujeitos a práticas de elevada complexidade que exigiram permanente atualização de conhecimentos técnicos e humanos de forma, a responder às constantes solicitações provocadas pela permanente modernização da profissão de enfermagem.

Os enfermeiros chefes e os enfermeiros em funções em gestão apresentam-se como elementos detentores de um conhecimento aprofundado sobre a disciplina de enfermagem, enquadrando as etapas da vida humana aos problemas de saúde inerentes a estas. Também passa por estes, o desenvolvimento profissional da sua equipa, no que respeita aos componentes técnico-científicos e relacionais, criando ambientes promotores de práticas clínicas de qualidade aos clientes dos serviços de saúde. São gestores de pessoas por excelência, promotores da segurança na prestação dos cuidados, adequam os recursos existentes às exigências das situações, formadores e impulsionadores da educação na área da saúde, contribuem para a diminuição do risco clínico, facilitadores de mudança, mediador de conflitos, avaliadores de desempenho na sua equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Estes profissionais com atribuições tão exigentes devem ser possuidores de um vasto conjunto de competências entre as quais deverão sobressair as competências de liderança. Estas competências devem estar presentes nos comportamentos diários destes profissionais manifestando-se em atitudes que permitem o cumprimento da sua missão.

Assim, destacam-se um conjunto de ações que o poderão auxiliar a atingir a sua missão:

- Organizar que significa ordenar, no fundo facilitar a vida aos enfermeiros prestadores de cuidados diretos no sentido de retirar a estes a carga estrutural das múltiplas dimensões da enfermagem, como a logística, horários, repartição de tarefas, etc...

– Comunicação, traduz-se numa comunhão entre a equipa, onde existe escuta ativa por parte dos enfermeiros chefes ou pelos enfermeiros em funções em gestão que, demonstram preocupação em gerir não pela persuasão, mas, pela razão lógica que é encontrada no ceio do diálogo e no compromisso entre a diferença de opinião.

– Desenvolver atividades ligadas à prática da enfermagem, criando novas parcerias e redes múltiplas de prestação de cuidados, abrindo o seus Serviços ao exterior e com isso, dar conhecimento do seu quotidiano e beneficiar de intercâmbio de experiências com outros profissionais no intuito de obter novas competências para os seus enfermeiros.

– Deliberar marca a conduta a ser adotada por parte dos enfermeiros prestadores de cuidados diretos, e resulta preferencialmente da comunicação que se estabelece com a equipa. É soberana, mas, não é arrogante é muitas vezes a materialização de um pensamento conjunto provindo da comunhão de ideias.

– Formar, é uma atribuição de importante grandiosidade nas funções dos enfermeiros chefes ou dos enfermeiros em funções em gestão. Estes ocupam um cargo de destaque na equipa e têm competências e habilitações superiores decorrentes do seu percurso profissional, que, partilhada com equipa promovem o enriquecimento em várias matérias nas dimensões do cuidar (Hesbeen, 2001).

As equipas de enfermagem em todo o país estão desfalcadas de elementos, sendo necessário trinta mil enfermeiros para poder cuidar da população portuguesa, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2016) citando a OECD/EU (2016).

Os enfermeiros chefes e os enfermeiros em funções em gestão estão, portanto, perante um grande desafio, se por um lado têm que responder às constantes solicitações da tutela para agirem no melhor interesse do Estado Português, prestar melhores cuidados de enfermagem e também, entenda-se, contenção financeira nos gastos, por outro têm de motivar equipas já muito desgastadas a continuar o seu percurso profissional.

Ter uma equipa satisfeita e motivada para atingir as metas propostas da instituição de saúde a que pertencem passa, hoje em dia, quase na totalidade pela forma como as chefias de enfermagem conduzem a sua equipa.

Face ao desenvolvimento e consolidação das ciências de enfermagem, a gestão em enfermagem tem de ser mais ambiciosa, adotando modelos mais democráticos, mas sobretudo, mais intimistas no sentido de partilha de espaços, ideias e poderes, para no limite responder às exigências de uma população com maior literacia e, portanto, com maior expectativa em relação aos cuidados de saúde que lhe são prestados.

Esta nova atitude perante a gestão em saúde tem por base um novo modelo de gestão pública designado de Nova Gestão Pública que segundo Carvalho (2006), citado por Ferreira & Silva, (2012) reflete as alterações na representação social na noção de saúde. Deixando a saúde de ser conotada como um bem coletivo para se remeter a uma institucionalização assumindo em conjunto os valores e normas da gestão privada, em que o alvo é o consumidor, passando este a ser o centro das novas políticas de saúde.

Perante tantas e tão grandiosas solicitações, os enfermeiros chefes e enfermeiros em funções em gestão têm de canalizar muito dos seus esforços para a valorização da profissão de enfermagem, carreira de enfermagem, formação e investigação.

Os gestores em enfermagem deverão contribuir para que haja um crescente reconhecimento social da profissão de enfermagem assente na autonomia e domínios próprios. Devem ser participativos na construção de uma carreira mais competitiva, mais justa, com menos assimetrias na distribuição do trabalho, motivadora, primar pelas melhorias remuneratórias, por menores riscos inerentes ao desempenho profissional e, menos responsabilidades em áreas tradicionalmente incutidas à enfermagem, mas, que não fazem parte do seu contudo funcional. Por fim, valorizar as competências individuais e reconhecimento do valor do percurso formativo dos seus colaboradores e privilegiar a formação em serviço, de forma que os seus colaboradores estejam atualizados e possam dar uma resposta adequada aos objetivos propostos (Ferreira & Silva, 2012).

Em síntese, pode-se considerar que os grandes desafios que se colocam aos enfermeiros chefes ou em funções de gestão exigem competências diversificadas sendo que, entre estas, se deverão salientar as de liderança.

1.3. – Liderança

A liderança apresenta-se como um conceito complexo. Para Furtado, Batista, & Silva (2011), citando Hersey & Blanchard (2005), a liderança é o processo de influenciar as atividades de um indivíduo ou grupo de forma a obter um propósito específico. Já Cummings (2012) reflete sobre o tema e refere que liderança é a capacidade de ver o presente da forma que ele é, e ver o futuro como ele poderá ser, realizando ações no intuito de modificar o presente para atingir o futuro pretendido. Liderança é um processo em que são usadas técnicas para influenciar os seguidores de forma a guiá-los, motivá-los e dirigi-los de forma a alcançarem a eficácia organizacional (Negussie & Demissie, 2013).

A liderança pode apresentar-se nas organizações com diferentes formas de expressão, representando o modo como os líderes interpretam o seu papel na organização e como conduzem os seus colaboradores em direção aos objetivos propostos.

Assim, a liderança deve ser encarada como uma atitude combinada entre pelo menos duas pessoas. Para Hollander (2009) a liderança é um processo e não uma pessoa (Kean, Stuart, Baggaley, & Carson, 2011). Para haver líderes tem de haver liderados, no entanto, estes últimos são definidos por Uhl-Bien & Pillai (2007) como indivíduos que fazem parte de um processo construtivo de liderança diferente de lacaios o que numa organização implica estar sob alçada de um gestor a quem prestam obediência cega (Kean, Stuart, Baggaley, & Carson, 2011).

O processo de liderança implica estabelecer laços profissionais fortalecidos entre o líder e os subordinados. Segundo Maroosis (2008), citado

por Kean *et al* (2011), ter um bom relacionamento com os seguidores é essencial para se ter uma liderança com sucesso. Portanto, entre os líderes e seguidores estabelece-se uma relação que reflete uma parceria entre ambos em que as duas partes se seguem mutuamente.

A liderança só tem lugar se estiverem conjugados alguns fatores inerentes a este processo, em que muitas vezes está implicada a alternância de estatuto entre líder e colaborador. Para Goodwin *et al.* (2006) e Yukl (2001) a liderança por definição assenta em três componentes: o líder, os seguidores e o contexto específico da ação. Os líderes, por vezes, são seguidores e vice-versa. Seguir e liderar são atividades interdependentes que se encontram nos dois grupos: líderes e seguidores. Uma liderança com sucesso é dependente das ações e realizações de muitos dentro das organizações (Kean *et al.*, 2011).

Numa revisão sistemática da literatura publicada 2010, no *Journal of Nursing Management*, os autores sugerem que os líderes são responsáveis pela eficácia do trabalho dos seus enfermeiros, para isso cabe-lhes a criação de condições ambientais propícias de forma a que os enfermeiros consigam lidar com o excesso de trabalho (Germain & Cummings, 2010).

No mesmo artigo acima descrito, However, Kramer *et al.* (2007) descobriram que os comportamentos dos líderes em enfermagem como o *coaching* e a orientação são valorizados pelos enfermeiros e os motivam para realizar as tarefas. Os enfermeiros sentem que este comportamento, por parte dos líderes em enfermagem, produzem um ambiente de trabalho vantajoso que beneficia o seu desempenho na prestação de cuidados (Germain & Cummings, 2010).

A liderança reflete a forma que os líderes têm para conseguirem que o trabalho seja realizado. Por outro lado, a liderança emerge da autoconsciência do líder e condiciona a relação que tem com os outros levando a uma variedade de bons e maus resultados (Cummings, 2012).

A importância da liderança como motor de desenvolvimento das organizações tem levado a um enorme interesse por este processo existindo uma grande proliferação de teorias neste âmbito. Entre estas salientamos e exploramos a liderança relacional.

1.3.1. – Liderança relacional em enfermagem

O LMX foi desenvolvido por Dansereau *et al.* (1970) e pressupõe que a qualidade do relacionamento entre líder e subordinado tem papel preponderante no desempenho profissional dos subordinados. Segundo Graen & Uhl-Biem (1995), citado por Davies, Wong, & Laschinger (2011), o foco principal desta teoria é o relacionamento individual que cada líder estabelece com cada colaborador tendo por base o respeito, a confiança e o compromisso mútuo (figura 1.).

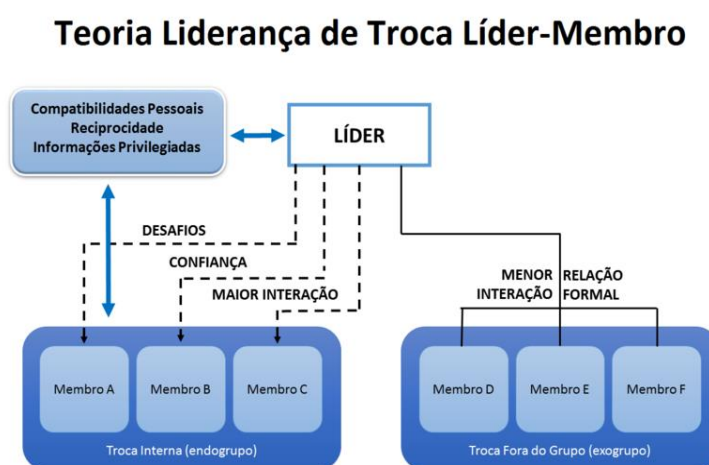


Figura 1. Adaptado de Robbins & Judge (2013)

O LMX é uma forma de liderança relacional onde os atores sociais interagem dentro de um contexto profissional específico podendo o convívio privilegiado evoluir para um contexto privado de amizade. No âmbito da liderança em enfermagem é apontada como uma estratégia de liderança com impactos positivos (Gaspar, 2005).

1.3.2. – Modelo de desenvolvimento do LMX

O LMX pode ser explicado através do modelo de Graen & Uhl-Bien (1995) conhecido por “Ciclo de Vida da Liderança”. A primeira fase deste modelo designada como “estranho”, os atores da díade líder-colaborador

inseridos em contexto específico desempenham comportamentos tidos como formais.

Numa segunda fase designada como “conhecimento” ambas as partes procuram estreitar os laços que os unem a partir de um consolidar da relação profissional formal. Nesta fase, inicia-se o conhecimento crescente, mas ainda não pleno um do outro tanto no campo profissional como pessoal, as trocas entre os protagonistas são regulares e de igual intensidade.

Na terceira fase, denominada de “maturidade” as relações entre os membros já estão bem consolidadas, havendo entre estes uma cumplicidade plena marcada por lealdade recíproca. Os comportamentos dentro da relação passam a ser emocionais marcados pelo respeito mútuo e pela confiança, permitindo haver influências nos dois sentidos. Nesta fase, a qualidade da relação é muito elevada havendo uma constante interação entre as duas partes (Gaspar, 2005).

1.3.3. – LMX: liderança transacional e liderança transformacional

No LMX o foco de ação é a relação privilegiada que cada líder tem com cada membro da sua equipa, no entanto, a aplicação é feita tendo por base os pressupostos da teoria da liderança transacional e da teoria da liderança transformacional razão pela qual exploramos estes conceitos.

A liderança transacional tem maior predomínio no início do “ciclo de vida da liderança” na fase “estranho”, com o evoluir da relação entre os seus membros a liderança transformacional ganha crescente protagonismo.

A liderança transformacional é uma forma de liderança que reflete uma inteligência emocional baseada numa visão, num apoio sistemático aos seguidores e na democracia. Já a liderança transacional não reflete a presença acentuada de inteligência emocional, reflete apenas preocupação na execução da tarefa sem se importar com as pessoas envolvidas (Cummings, 2012).

De acordo com Salanova *et al.* (2011), citando Bass (1990), um líder transformacional promove relações mais estreitas com seus colaboradores que são caracterizadas por terem menos distância entre eles. Apesar do "seu

poder" estes têm em consideração tanto as necessidades como as capacidades dos seus subordinados (Salanova *et al.* 2011). Surakka (2008), por seu lado, complementa esta ideia considerando que a liderança transformacional é vista como o modelo de liderança mais eficaz, porque reconhece a importância das recompensas, mas vai mais além, procurando satisfazer as necessidades dos subordinados através do envolvimento emocional e intelectual (Doody & Doody, 2012).

A liderança transformacional é um processo em que os líderes se apresentam pró-ativos, empenhando-se em otimizar o desenvolvimento do indivíduo, do grupo e da organização, não procuram apenas alcançar o desempenho esperado, levando os subordinados a alcançarem altos níveis de desempenho, bem como elevados níveis morais e éticos.

Em contraste com a liderança transformacional, a liderança transaccional apresenta-se como um processo no qual os indivíduos trabalham até atingirem um determinado nível de perfeição nas tarefas que desempenham com a finalidade de receberem uma compensação. Neste tipo de liderança os líderes intervêm apenas se algo corre mal ou se os padrões pré-estabelecidos não forem atingidos.

A liderança transformacional é uma forma de liderança reconhecida como sendo uma forma de manter os colaboradores ligados à organização. Tem impacto direto na manutenção dos enfermeiros nas organizações que os empregam porque promovem a satisfação e o bem-estar laboral. Esta forma de liderança contrasta com a liderança transaccional, instrumental, orientada para a tarefa ou marcada por um estilo de liderança *laissez faire* a que se associa resultados negativos (Curtis & O'Connell, 2011).

O LMX assenta, pois, numa estratégia de liderança onde impera a versatilidade, onde os dois estilos de liderança com características díspares, como atrás foram definidos, são usados para mediar uma relação que se torna estreita com o decorrer da interação.

Na liderança relacional o líder compromete-se diferentemente com cada um dos seus subordinados pois existe diferença qualitativa no nível de relacionamento entre este e os diferentes subordinados (Lunenburg, 2010). As

trocas entre dois protagonistas quando de elevada qualidade caracterizam-se por lealdade, confiança, respeito e comportamentos que extravasam para ligações mais estreitas. Por outro lado, relações marcadas por baixa qualidade caracterizam-se por débeis níveis de confiança mútua e por adoção de relações unicamente profissionais (Cunha, Rego, Cunha, & Cardoso, 2007).

O LMX assenta no pressuposto que os líderes desenvolvem relações específicas com os seus subordinados onde estão implicadas trocas que definem ambos (Cunha, Rego, Cunha, & Cardoso, 2007).

A relação entre o líder e subordinado ao longo do tempo tem resultados diferentes para os vários subordinados. Segundo Wayne *et al.* (1997) e Yrie *et al.* (2003) o LMX aplicada à enfermagem em termos ideais acontece, quando todos os enfermeiros conseguem desenvolver com o seu líder (enfermeiro em funções em gestão) relações de qualidade superior, em que desenvolveram benefícios significativos tanto para estes como para o hospital (Wharton, Brunetto, & Sharcklock, 2011).

Nem sempre a relação entre o líder e os seus subordinados é marcada por elevada qualidade. Os enfermeiros que não conseguem ou que não tiveram oportunidades de desenvolver relações marcadas pelo respeito mútuo encontram-se no *out group*. Estes experimentam sentimentos de mágoa pelo trato privilegiado concedido pelo líder ao *in group* (Cunha, Rego, Cunha, & Cardoso, 2007) que, segundo Graen & Uhl-Bien (1995), se processa independentemente do seu desempenho profissional ser adequado ou não (Wharton, Brunetto, & Sharcklock, 2011).

Os líderes tendem a investir todos os recursos naqueles colaboradores que estão no *in-group*, pois estes aos seus olhos têm maior expectativa de desenvolver um bom trabalho porque são apontados como os mais competentes dentro da equipa (Robbins & Judge, 2013).

Os enfermeiros do *out-group* são muitas vezes penalizados com mais tarefas e menos responsabilidade agregada a estas, o que em condições mantidas no tempo pode vir a desenvolver a síndrome de *burnout* nestes profissionais.

Uma elevada qualidade na relação com a chefia tem como resultado prático a satisfação, o empenhamento e desempenho relevante dos

colaboradores, induzindo-os a adquirirem mais comportamentos de cidadania organizacional (Cunha, Rego, Cunha, & Cardoso, 2007).

Também o empoderamento dos colaboradores previsto nas trocas líder-membro os leva a participarem nas atividades da organização dando-lhes maior autonomia, poder de decisão e responsabilidade, que resulta na satisfação dos colaboradores (Wharton, Brunetto, & Sharcklock, 2011). A satisfação está intimamente ligada às habilidades comunicacionais dos superiores e à forma como as conduzem (Lorber, Treven, & Mumel, 2016).

A qualidade da relação da chefia com o colaborador tem resultados diretos nos subordinados em termos do *extra-role*. Os subordinados envolvem-se de uma forma mais ativa nos objetivos da organização simplesmente devido à relação de qualidade que estabelece com o seu superior. O comportamento informal (*extra-role*) é uma extrapolação do comportamento formal, ou seja, é a forma como os subordinados conduzem o seu profissionalismo informalmente e o mobilizam / utilizam na prestação de cuidados aos clientes, no convívio com os colegas e na relação que estabelecem com a instituição a que pertencem.

Os comportamentos informais dos colaboradores nas organizações são contributos valiosos que influenciam as dinâmicas e eficácias das organizações. Estes comportamentos informais são segundo Batman & Organ denominados de comportamentos de cidadania organizacional e representam um conjunto de comportamentos no trabalho, relativos às contribuições informais que os colaboradores de uma organização manifestam ou inibem, sem terem que receber incentivos formais ou responder a sanções (Gaspar & Jesuíno, 2009).

O compromisso afetivo é mais um dos resultados do LMX que segundo Allen & Mayer (1990), citados por Wharton, Brunetto, & Sharcklock (2011), se define como a ligação emocional e identificação com a organização. Este sentimento leva a um sentimento de pertença e de defesa da organização contra ameaças internas e externas.

Com se demonstrou, o LMX tem inúmeras vantagens com resultados positivos nas organizações em geral, mas em particular nas organizações de saúde. A situação ideal será que os enfermeiros experimentem uma elevada

qualidade relacional com os seus enfermeiros chefes ou enfermeiros em funções em gestão, o que trará maiores benefícios tanto para enfermeiros como para o hospital (Wharton, Brunetto, & Sharcklock, 2011).

Perante isto cabe dizer, que na enfermagem, estilos de liderança baseados no relacionamento cordial estão associados a resultados que refletem motivação no trabalho, melhor resposta organizacional, maior compromisso, em relação ao trabalho produzido, melhores padrões de saúde e bem-estar, melhor ambiente de trabalho, maior produtividade e eficácia (Cummings, 2012).

1.4. – *Burnout* em enfermagem

O *stress* profissional é uma resposta psicológica a uma situação que obriga os indivíduos a superar a sua normal capacidade de trabalho. O *stress* exprime-se também, muitas vezes, numa resposta fisiológica com ocorrências sobretudo no aparelho cardiovascular.

As intensas exigências relacionadas com o trabalho agravadas pela sobrecarga deste, agravam a vida dos profissionais em termos de *stress*. Esta situação é manifestamente observada quando os líderes sugerem mais tarefas, criando um esforço adicional no desempenho dos subordinados, esperando que estas sejam realizadas com elevada qualidade. Os subordinados que não dispõem de conhecimentos, da formação adequada, de capacidades técnicas, de poder e de acesso aos recursos da organização não irão completar as tarefas requeridas o que poderá levar a uma situação de *burnout* (Kirkbesoglu & Tuzlukaya, 2014).

A expressão *burnout* traduz-se para português como “queimar até ao fim”. Aplica-se nas situações em que o cansaço extremo perante uma atividade é tão elevado que a energia vital do indivíduo é completamente esgotada, deixando-o sem ação para continuar a realizar as tarefas que habitualmente exerce.

O *burnout* começou a ser descrito e discutido nos anos 70, ligando-se a várias profissões no âmbito da saúde, assistentes sociais, psicólogos, serviços judiciais e às forças policiais (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Para Maslach *et al.* (2001), citado por Dilshani (2015), o *burnout* é um conceito que se define como um sentimento negativo que surge como resposta a um evento stressor entre pelo menos duas pessoas num contexto de trabalho.

O *burnout* é caracterizado por Maslach & Jackson (1981, 1986) por três componentes: a exaustão emocional – traduz-se na falta de recursos emocionais para suportar uma adversidade e diminuição da energia vital; a despersonalização – traduz-se em atitudes e sentimentos negativos, insensibilidade e falta de compaixão pelos outros colegas e a reduzida realização pessoal – traduz-se na avaliação negativa que é feita do trabalho realizado associando-se a sentimentos de incompetência (Khamisa, Peltze, & Oldenburg, 2013).

A exaustão emocional e a despersonalização estão intimamente ligadas a stressores identificados no local de trabalho enquanto a reduzida realização pessoal está associada a falta de recursos necessários para se realizar uma atividade. Apesar da existência de três dimensões do *burnout*, a exaustão emocional é considerada como a principal causa para o despontar do processo de *burnout* (Stordeur, D'hoore, & Vendenberghe, 2001). Maslach *et al.* (2001) consideram, por seu lado, que o stressor mais importante ligado à exaustão emocional como componente do fenómeno do *burnout* é a sobrecarga de trabalho (Bogaert, Kowalsky, Weeks, Heusden, & Clarke, 2013).

Para Greenglass, Burke & Fiksenbaum (2001) e Leiter & Maslach (1988) a prevalência do *burnout* em enfermagem é particularmente elevada, avançando como explicação as exigências emocionais e físicas que este trabalho exige aos seus profissionais (Laschinger & Fida, 2014).

O *burnout* poderá evoluir em termos hipotéticos de uma forma sequencial ao longo do tempo, em que uma dimensão pode levar a outra. Assim, a exaustão emocional pode levar à despersonalização. Por exemplo: 1) - um enfermeiro num hospital tem constantes momentos de *stress* com os seus superiores levando este a sentimentos de exaustão, 2) – elevados níveis de

exaustão emocional levam à despersonalização, especialmente se esta não beneficiar de um suporte emocional adequado dado pelos colegas, 3) – à medida que a despersonalização se mantém a reduzida realização pessoal instala-se (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

No entanto, nem sempre a reduzida realização pessoal advém da exaustão emocional e da despersonalização. Segundo Leiter (1993) a reduzida realização profissional aparentemente desenvolve-se com estas duas dimensões do *burnout*. Ou seja, a reduzida realização pessoal está intimamente ligada com a falta de recursos para desenvolver uma atividade, enquanto a exaustão emocional e a despersonalização emergem da sobrecarga de trabalho e dos conflitos laborais (Leiter & Maslach, 2000).

Numa revisão *scoping* sobre o tema “Liderança relacional das chefias de enfermagem e o *burnout* dos enfermeiros” foram encontrados alguns achados que complementam este enquadramento teórico.

Ao contrário do que seria expectável o *burnout* em enfermagem não é um evento sentido apenas em enfermeiros seniores. Existem evidências que sugerem que o *burnout* tem ocorrência logo no início da carreira de enfermagem nos primeiros dois anos, influenciando os enfermeiros recém-formados no sentido do abandono da profissão (Laschinger, Borgogni, Consiglio, & Read, 2015).

No sentido de se prevenir o *burnout* é muito importante ter em atenção a qualidade relacional dentro das organizações. Para Schaufeli (1990) e Winnubst (1993) o apoio prestado pelos colegas de equipa e pelos superiores hierárquicos / chefias tem influência ativa no favorecimento da prevenção da exaustão emocional (Janssen, Jonge, & Bakker, 1999).

Os enfermeiros seniores, mas sobretudo os recém-formados que são o futuro da profissão devem ter, por parte dos enfermeiros em funções em gestão, uma especial atenção na preservação da sua saúde física e mental, uma vez que estes enfermeiros ainda não desenvolveram estratégias de *coping* para lidar com as situações de *stress* nos Serviços.

Os enfermeiros gestores podem fazer a diferença ao facilitarem a integração dos enfermeiros recém-formados nos diversos Serviços, promovendo um ambiente marcado pela autoconfiança, diminuição do *stress*

que potencialmente evoluirá para *burnout* (Laschinger, Borgogni, Consiglio, & Read, 2015). Neste sentido, Hanrahan *et al.* (2010), concluíram que bons ambientes de trabalho estão associados a baixos níveis de exaustão emocional e despersonalização (Madathil, Heck, & Schuldborg, 2014).

Como foi referido o *burnout* está presente na enfermagem e conduz a situações que levam ao absentismo frequente, à diminuição da resposta produtiva aliada a uma menor performance, diminuição da motivação e satisfação no local de trabalho culminando por vezes, no abandono definitivo da profissão.

O LMX no que respeita à enfermagem apresenta-se, como uma proposta válida para evitar o *burnout* nos enfermeiros prestadores de cuidados diretos (Chen, Wang, Chang, & Hu, 2008). Os enfermeiros chefes ou os que desempenham funções em gestão devem estabelecer com a sua equipa ligações duradoras marcadas pela confiança mútua, estabelecendo um relacionamento individual.

A pressão a nível das trocas líder-membro é atenuada com LMX. As interações negativas entre os enfermeiros prestadores de cuidados diretos com os colegas e com os superiores tendem a esbater-se porque há uma confiança entre as partes, há o profundo investimento nas relações interpessoais marcado pela qualidade e reciprocidade, há um maior compromisso com a organização de saúde encorajando-se os comportamentos de cidadania organizacional, assumindo os *extra-role* e a responsabilidade de melhorar a eficácia coletiva (Chen, Wang, Chang, & Hu, 2008).

Estes achados reforçam a pertinência de se conhecer a relação entre a perceção da qualidade da relação dos enfermeiros com as suas chefias e a existência de *burnout* nos mesmos.

2. – OPÇÕES METODOLÓGICAS

Este capítulo contempla os procedimentos metodológicos utilizados para desenvolver o presente estudo.

2.1. – Tipo de estudo

Esta investigação define-se como um estudo descritivo-correlacional quantitativo, porque pretende explorar as relações entre as variáveis e descrevê-las. Neste tipo de estudo “o investigador está muitas vezes em presença de várias variáveis ignorando quais podem estar associadas entre si. O estabelecimento entre relações entre as variáveis permite circunscrever o fenómeno estudado” (Fortin, 2009, p. 244). É um estudo quantitativo porque utiliza resultados que se expressam em números provenientes da utilização de escalas aplicadas.

2.2. – Objetivos

Objetivo geral: analisar a qualidade existente nas relações entre os enfermeiros gestores e os enfermeiros prestadores de cuidados diretos e a existência de *burnout* nos segundos.

Os objetivos específicos:

- Conhecer o grau de qualidade nas relações entre o enfermeiro gestor e os enfermeiros prestadores de cuidados diretos.
- Identificar o nível de exaustão emocional nos enfermeiros prestador de cuidados diretos.
- Identificar o nível de realização pessoal nos enfermeiros prestador de cuidados diretos.

- Identificar o nível de despersonalização nos enfermeiros prestador de cuidados diretos.
- Relacionar a qualidade da relação entre as chefias de enfermagem e o *burnout* dos enfermeiros prestadores de cuidados diretos.

2.3. – Questão de investigação

A qualidade da relação das chefias de enfermagem com os enfermeiros prestadores de cuidados relaciona-se com a existência de *burnout* nestes?

2.4. – Definição do contexto e da população alvo em estudo

Os participantes (população-alvo) deste estudo são os enfermeiros de um Centro Hospitalar composto por dois hospitais, implantados na Região Metropolitana de Lisboa. São dois hospitais com percurso distintos, mas por força da reestruturação dos cuidados de saúde foram aglutinados numa só estrutura administrativa.

A população-alvo “é um conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin, 2009, p. 311).

Foram escolhidos para integrar este trabalho todos os enfermeiros de um Centro Hospital da Região Metropolitana de Lisboa pelo que a amostra corresponde à população. O único critério de exclusão aferido é a eventual ausência dos elementos durante a recolha de dados no período calendarizado para essa atividade. Assim, a população alvo deste estudo foram 414 enfermeiros.

2.5. – Métodos e Instrumentos de colheita de dados

Partindo dos objetivos do nosso estudo e tendo por base a opção por uma metodologia quantitativa escolhemos o questionário como a técnica mais apropriada para recolher os dados, uma vez que, “o questionário é um meio rápido e pouco dispendioso de obter dados, junto de um grande número de pessoas distribuídas por um vasto território” (Fortin, 2009, p. 387).

O instrumento de recolha de dados é composto por três partes (apêndice I). A primeira parte pretende recolher os dados sociodemográficos que pretendem caracterizar a amostra em estudo: o sexo, idade, habilitações académicas, habilitações profissionais especializadas, anos de profissão, a função que ocupam na instituição.

A segunda parte é composta pela escala *Leader-Member Exchange* (LMX-7) versão para enfermeiros já validada para a população portuguesa. Esta escala é composta por sete afirmações em que se pode optar por respostas já impressas numa escala do tipo Likert, com cinco posições, cada uma das quais evolui de expressões no seu mínimo como raramente, nada, nenhuma, discordo totalmente e extremamente eficaz (1) para expressões como: frequentemente, muito, muito elevada, concordo totalmente e extremamente eficaz (5) (Gaspar, 2005).

A terceira parte contempla a escala inventário de *burnout* de Maslach (MBI). É um instrumento composto por 22 itens que reflete os sentimentos relacionados com o trabalho que se distribuem por três subescalas: a) – exaustão emocional traduz os sentimentos de sobrecarga emocional, bem como a incapacidade para responder às exigências interpessoais do trabalho (9 itens); b) – despersonalização traduz a indiferença ou as respostas negativas dirigidas com quem se relacionam (5 itens); c) – realização pessoal traduz a falta de realização e os sentimentos relacionados com a incompetência (8 itens). A avaliação dos sentimentos faz-se através de uma escala tipo Likert de 7 posições, evoluindo de nunca (0) a todos os dias (7). Com a adaptação à realidade portuguesa e consequente validação foi retirado o item 2 “sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho”; o

item 11, “receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro”, o item 12 “sinto-me cheio de energia”; e o item 18 “sinto-me rejuvenescido quando consigo estabelecer uma relação própria com os doentes no meu percurso profissional” (Melo, Gomes , & Cruz, 1999).

2.6. – Procedimentos de recolha e tratamento de dados

Primeira fase: os enfermeiros foram abordados para a realização deste estudo inicialmente através do correio eletrónico institucional. Esta operacionalização de divulgação contou com o suporte do Gabinete de Comunicação do Centro Hospitalar. A mensagem veiculada dava conta do estudo que se pretendia realizar, seus objetivos, relevância, os autores, as autorizações legais e éticas e os objetivos, convidando os enfermeiros selecionados a participarem.

Segunda fase: foram envolvidos neste processo os enfermeiros gestores (enfermeiros que desempenham cargos de chefia) nos Serviços do Centro Hospitalar, afim de estes se encarregarem de convidar os seus enfermeiros a participarem no estudo e se encarregarem de distribuir os questionários entre os seus enfermeiros. Para isso o investigador contactou com todas as chefias via telefónica no sentido de marcar uma reunião para operacionalizar todo o processo relativo à entrega e recolha dos questionários aos enfermeiros de cada Serviço.

Depois de se confirmarem o número de enfermeiros de cada Serviço foram distribuídos 414 questionários entre os dias 4 a 7 de novembro de 2016. Os questionários foram colocados dentro de envelopes autocolante que, uma vez preenchidos pelos participantes, foram selados por estes de forma a manter a segurança do anonimato e entregues aos enfermeiros gestores de cada Serviço do Centro Hospitalar que os recolheram e mantiveram na sua posse até serem entregues ao autor do estudo. Em média cada Serviço do Centro Hospitalar demorou 4 semanas a devolver os questionários preenchidos.

Os dados recolhidos foram processados pelo programa informático IBM SPSS *statistics 22 software*.

2.7. – Aspetos éticos

Neste subcapítulo é importante refletir sobre os aspetos éticos contidos numa investigação com seres humanos. Assim, “quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa” (Fortin, 2009, p.180).

Para a condução deste estudo e consequente recolha de informação foi solicitado primeiramente autorização à Direção de Enfermagem. Posteriormente, o pedido foi avaliado em Conselho de Administração sendo enviado pelo Sr. Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar para análise na Comissão de Ética do Centro Hospitalar.

A Comissão de Ética do Centro Hospitalar deliberou que não tinha nada a opor à realização do estudo e consequente aplicação dos questionários, no entanto, pediu que todos diretores de Serviço e enfermeiros-chefes e responsáveis dessem a sua autorização. A comissão de ética encarrega-se de “avaliar se os projetos de investigação que lhe são submetidos respeitam os direitos humanos. São geralmente constituídos por equipas multidisciplinares que têm a competência e a independência necessárias para avaliar a ética dos projetos de investigação” (Fortin, 2009, p.199).

Após reunida todas as autorizações o requerimento retornou à Direção de Enfermagem que posteriormente levou a Conselho de Administração sendo por último autorizado o estudo (anexo I).

Os enfermeiros confirmaram a sua participação no estudo assinando um termo de consentimento informado (apêndice II) que pretendia refletir os princípios éticos salvaguardando os seus direitos, inclusivamente a possibilidade de desistência, sem que daí adviesse qualquer consequência para si. O consentimento informado explicita todos os seus direitos como

participantes, uma vez que “a escolha esclarecida assenta no princípio segundo o qual toda a pessoa tem o direito e a capacidade de decidir por ela própria” (Fortin, 2009, p.186).

3. – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo irá ser feita a apresentação dos resultados provenientes da aplicação dos questionários à amostra selecionada.

3.1. – Caracterização da amostra

Dos 414 questionários iniciais distribuídos pela totalidade da população alvo foram recolhidos 212 questionários, que correspondem a cerca de 51% da população alvo, passando estes a ser a amostra do estudo. Desconhecemos razões para esta taxa de não preenchimento dos questionários, mas estas poderão ser atribuídas a alguma sobrecarga de pedidos para colaboração em estudos de investigação.

Em termos sociodemográficos, os participantes são maioritariamente do sexo feminino (86,3%) indo ao encontro das expectativas, uma vez que, historicamente a profissão de enfermagem está intimamente ligado ao sexo feminino.

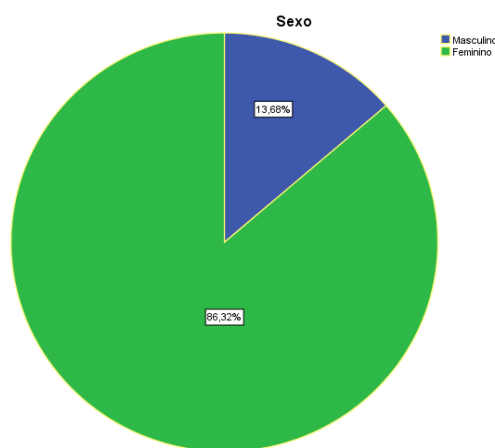


Gráfico 1. Caracterização em percentagens do sexo dos participantes.

No que diz respeito às idades dos participantes, a média de idades está situada na classe [40-44] equivalente 15,1%, a moda situa-se na classe [30-34]

equivalente a 18,4%. A classe mínima etária inicia-se [20-24] com 2,8% enquanto a classe mais idosa encontra-se no escalão de [65-79] representando somente 0,5%. O desvio padrão é 9,402 o que evidencia a dispersão existente na amostra do estudo. Ao analisarmos a tabela 1 constatamos que 61% dos participantes têm idade inferior a 44 anos pelo que se pode considerar que a maioria dos enfermeiros deste centro hospitalar é jovem.

Classes etárias	Nº participantes	Percentagem
[20-24]	6	2,8%
[25-29]	24	11,3%
[30-34]	39	18,4%
[35-39]	29	13,7%
[40-44]	32	15,1%
[45-49]	36	17%
[50-54]	33	15,6%
[55-59]	11	5,2%
[60-64]	1	0,5%
[65-79]	1	0,5%
Total	212	100%

Tabela 1. Distribuição dos participantes em classes etárias.

Quanto às habilitações académicas dos participantes, de longe, o grau académico mais frequente é a licenciatura (83%), enquanto o grau académico menos frequente é o bacharelato (7,5%). Constata-se, ainda, que cerca de 10% da amostra possui o grau de mestre, como é possível analisar na tabela 2.

Habilitações académicas	Nº Participantes	Percentagens
Bacharelato	16	7,5%
Licenciatura	176	83%
Mestrado	20	9,4%
Total	212	100%

Tabela 2. Habilitações académicas dos participantes.

Em relação aos participantes possuírem ou não alguma pós-licenciatura de especialização em enfermagem 30,7% (n=65) responderam que sim enquanto os restantes 69,3% (n=147) respondeu que não.

No que se refere ao tempo de serviço os participantes demonstram possuir uma experiência média de 14,14 anos sendo o desvio padrão de 9,760 anos. Se se observar a tabela 3 é facilmente perceptível que mais de 1/3 (36,4%) dos enfermeiros têm ainda pouca experiência profissional, menos de 9 anos de tempo de serviço.

Tempo serviço (classes)	Nº Participantes	Percentagens
[1-4]	47	22,2%
[5-9]	30	14,2%
[10-14]	36	17%
[15-19]	35	16,5%
[20-24]	27	12,7%
[25-29]	22	10,4%
[30-34]	11	5,2%
[35-39]	2	0,9%
[40-44]	2	0,9%
Total	212	100%

Tabela 3. Tempo de serviço dos participantes expresso em classes

3.2. – Fidelidade e confiabilidade dos instrumentos de colheita de dados

Em relação às escalas utilizadas para recolher os dados para esta dissertação de natureza científica houve a preocupação de saber se estas mediam corretamente o que pretendiam medir, ou seja, se há fidelidade nas mesmas, o que pode ser verificado pela consistência interna que se refere “à homogeneidade de um conjunto de enunciados que servem para medir diferentes aspetos de um mesmo conceito” (Fortin, 2009, p. 350).

O coeficiente alfa de Cronbach serve para medir a consistência interna das escalas e é usado especialmente quando existem várias possibilidades de escolha como nas escalas tipo Likert. Os valores dos coeficientes variam entre 0 e 1, sendo os valores mais próximos de 1 os que determinam escalas com maior consistência interna (Fortin, 2009). Segundo Nunnally (1978), citado por Maroco & Marques (2006), um instrumento pode ser considerado como fiável quando o seu alfa é pelo menos 0.70, no entanto, De Vellis (1991), citado pelos mesmos autores, Maroco & Marques (2006), refere que um alfa de 0.60 é

considerado aceitável sendo que este valor é também aceite por autores como Hair, Black, Babin, & Anderson (2010).

Ao verificarmos a tabela 4, esta apresenta os coeficientes alfa de Cronbach das escalas usadas para recolha de dados. Destaca-se o valor de 0,86 do alfa Cronbach para a escala LMX – 7 demonstrando ser uma escala fiável e o valor de 0,69 do alfa Cronbach para a escala MBI que segundo a literatura apresentada se considera aceitável para utilização. Esta aceitação é validada pelos alfas de Cronbach das subescalas da escala MBI que conforme valores expressos na tabela 4 são, respetivamente, para a escala de exaustão emocional, 0.83, para a escala de despersonalização, 0.75 e para a escala realização pessoal, 0.70 pelo que se pode considerar estar perante escalas fiáveis.

Escalas	Nº Itens	Alfa-Cronbach
LMX – 7	7	0,861
MBI	18	0,690

Subescalas (MBI)	Nº Itens	Alfa-Cronbach
Exaustão emocional	8	0,834
Despersonalização	4	0,757
Realização pessoal	6	0,705

Tabela 4. Avaliação da consistência interna das escalas e subescalas

3.3. – Qualidade da relação chefia-colaboradores

Em relação à escala LMX – 7 a interpretação dos resultados obtidos faz-se a partir das respostas a cada item que compreende as posições entre 1 e 5 considera-se como ponto de corte o valor 2,5 (Nunes & Gaspar, 2016). Assim, o valor de 2,5 representa moderada qualidade enquanto o valor 1 representa muito baixa qualidade e no outro extremo, o valor 5, representa muito elevada qualidade relacional chefe-colaborador.

No presente estudo em resposta à aplicação da escala LMX – 7 obteve-se a média 3,414 e um desvio padrão de 0,654. Assim, estes resultados evidenciam que a qualidade chefe-colaborador se caracteriza por estar entre uma posição moderada a elevada o que demonstra uma boa percepção dos enfermeiros relativamente à qualidade da relação com as suas chefias. Na tabela 5 verifica-se em pormenor as opiniões dos colaboradores em relação à qualidade relação chefias-colaboradores.

Itens	Posição	Frequência	Percentagens
1 - É habitual saber qual a satisfação que o seu chefe tem, relativamente ao trabalho que você como colaborador desenvolve?	Raramente	14	6,6%
	Ocasionalmente	34	16%
	Por vezes	59	27,8%
	C/ alguma frequência	75	35,4%
	Frequentemente	30	14,2%
2 - Em que medida o seu chefe compreende os seus problemas e necessidades no desempenho das suas funções?	Nada	1	0,5%
	Pouco	25	11,8%
	Moderadamente	83	39,2%
	Bastante	81	38,2%
	Muito	22	10,4%
3 - Em que medida o seu chefe reconhece as suas potencialidades?	Nada	0	0%
	Pouco	27	12,7%
	Moderadamente	79	37,3%
	Bastante	83	39,2%
	Muito	23	10,8%
4 - Independentemente da autoridade formal do seu chefe, qual a possibilidade de este utilizar o seu poder para o ajudar a resolver problemas no desempenho das suas funções?	Nenhuma	2	0,9%
	Pouca	25	11,8%
	Alguma	85	40,1%
	Elevada	82	38,7%
	Muito elevada	18	8,5%
5 - Independentemente da autoridade formal do seu chefe, qual a possibilidade deste o defender mesmo que isso envolva "custos" para ele pessoalmente?	Nenhuma	14	6,6%
	Pouca	49	23,1%
	Alguma	87	41%
	Elevada	54	25,5%
	Muito elevada	8	3,8%
6 - A confiança que tem no seu chefe é tal que defenderia a posição dele mesmo na sua ausência?	Discordo totalmente	2	0,9%
	Discordo	15	7,1%
	N/ Concordo	54	25,5%
	Concordo	121	57,1%
	Concordo totalmente	20	9,4%
7 - Como caracteriza a sua relação de trabalho com o seu chefe?	Extremamente ineficaz	1	0,5%
	Abaixo da média	10	4,7%
	Média	93	43,9%
	Acima da média	86	40,6%
	Extremamente eficaz	22	10,4%

Tabela 5. Índice de qualidade na relação líder membro

Ao analisar a tabela 5 constata-se que no item 1 “É habitual saber qual a satisfação que o seu chefe tem, relativamente ao trabalho que você como colaborador desenvolve?” praticamente metade da amostra 49.6% (n=105) responderam que é “com alguma frequência” e “frequentemente” que o seu chefe lhes dá *feedback* sobre o seu desempenho profissional. Em relação ao item 2 “Em que medida o seu chefe compreende os seus problemas e necessidades no desempenho das suas funções?” apurou-se que a soma das posições “moderadamente” e “bastante” perfazem 77,4% (n=164) traduzindo que os chefes demonstram alguma compreensão pelas necessidades dos seus colaboradores. No que se refere ao item 3 “Em que medida o seu chefe reconhece as suas potencialidades?” e à semelhança do item anterior, as posições dominantes são “moderadamente” com 39.2% (n= 79) e “bastante” com 38.2% (n= 81) refletindo uma percepção positiva, mas ainda com espaço para um melhor conhecimento sobre potencialidades dos enfermeiros. Quanto ao item 4 “Independentemente da autoridade formal do seu chefe, qual a possibilidade de este utilizar o seu poder para o ajudar a resolver problemas no desempenho das suas funções?”, as posições onde incidiram a maioria das escolhas foram em “alguma” e “elevada” apontando para o valor de 78,8% (n=167) comprovando-se que os chefes utilizam o seu poder para ajudarem os seus colaboradores em questões profissionais com um empenho considerável. O item 5 “Independentemente da autoridade formal do seu chefe, qual a possibilidade deste o defender mesmo que isso envolva “custos” para ele pessoalmente?” revela uma tendência central de escolha em relação às opções consideradas, sendo a opção “alguma” a que obteve maior consenso com 41% (n=87), denotando-se que os chefes não são indiferentes à defesa dos seus colaboradores havendo algum envolvimento na proteção destes. Realça-se, contudo, que este é o item em que cerca de 30% da amostra (n=63) refere sentir nenhum ou pouco apoio por parte das suas chefias o que não deixa de retratar uma imagem de uma chefia preocupada com o impacto das suas posições em defesa dos seus colaboradores. No que diz respeito ao item 6 “A confiança que tem no seu chefe é tal que defenderia a posição dele mesmo na sua ausência?” este evidencia que, uma parte significativa dos colaboradores 57,1% (n=121) confiam e estão disponíveis para defenderem as suas chefias o que alguma forma reflete a qualidade da relação com estes, nomeadamente o compromisso mútuo em que é fundamentada a sua relação. Por fim, o item 7 “Como caracteriza a sua relação de trabalho com o seu chefe?” reflete que os colaboradores estão contentes com a relação que estabelecem com o seu chefe, uma vez que, optaram por se

posicionar em relação a este assunto no ponto “médio” com 43,9% (n=93) e no ponto “acima da média” com 40,6% (n=86).

Com aplicação da escala LMX – 7 é possível retirar a informação que os enfermeiros respondentes conseguem maioritariamente estabelecer com as suas chefias uma relação acima da média no que diz respeito à sua qualidade. Portanto, pode-se sugerir que a grande maioria dos enfermeiros prestadores de cuidados diretos está incluída no *in-group* pelos seus superiores diretos.

Os enfermeiros chefes e os enfermeiros em funções em gestão, no caso particular deste Centro Hospitalar, demonstram uma moderada a elevada capacitação para estabelecer uma qualidade relacional funcionante com os seus colaboradores. Assim, de um modo geral esta relação privilegiada estende-se a uma maioria e não apenas com um número limitado de enfermeiros. Poder-se-á considerar que, estas chefias têm atitudes relacionais dinâmicas em termos profissionais com os seus colaboradores, baseadas no respeito, proximidade e consideração, o que poderá refletir uma mudança na forma tradicional de liderar mais hierárquica das chefias de enfermagem veiculada na literatura da especialidade.

O ideal seria que o enfermeiro chefe ou em opção o enfermeiro em funções em gestão estabelecesse uma relação distinta com cada enfermeiro do seu Serviço, por vários motivos isso não é o mais comum, no entanto, cabe a estes (chefias) criar oportunidades para que os seus enfermeiros se sintam o mais integrados para colaborarem ativamente nas escolhas e na condução do seu Serviço, sendo elementos com voz ativa, afastando-os assim de uma marginalização (*out-group*) e com isso poderem darem o seu contributo e se sentirem valorizados.

Conforme demonstra a literatura a qualidade relacional entre chefias e colaboradores traz benefícios. Um estudo conduzido em Taiwan em três centros médicos e três hospitais regionais com uma amostra de 280 enfermeiros concluiu que elevados níveis de LMX conduzem a uma grande confiança por parte dos enfermeiros nos seus superiores (Chen, Wang, Chang, & Hu, 2008). Outro estudo realizado em lares de idosos na Bélgica com uma amostra de 196 enfermeiros permitiu, por sua vez, constatar que elevados

níveis de LMX tem implicações diretas nos enfermeiros levando-os a comportamentos designados como *extra-role*, onde estes dão voluntariamente mais de si do que o esperado (Trybou, Gemmel, Pauwels, Henninck, & Clays, 2013).

Ao relacionar estes resultados com os resultados obtidos neste estudo e sabendo que a relação chefe-colaborador se apresenta acima da média, poder-se-á dizer que também, neste caso, estes resultados em certa medida se verificam, assim, os enfermeiros deste Centro Hospitalar sentem que a ligação particular que estabelecem com os seus superiores é marcada pelo respeito e proteção o que, implica uma maior disponibilidade de ambos para trabalharem juntos.

3.4. – *Burnout* dos enfermeiros

Em relação à escala MBI esta, como referido anteriormente, é composta por três subescalas sendo que, a realização pessoal é uma subescala invertida em relação às outras duas (exaustão emocional e despersonalização). Assim, os cálculos dos *scores* em cada uma destas subescalas são obtidos adicionando os valores aos itens de cada subescala e dividindo esse total pelo número de itens de cada subescala, sendo que estes podem variar entre o mínimo de 0 e um máximo de 6 (Melo, Gomes, & Cruz, 1999). Se considerarmos então 1,98 como primeiro ponto de corte (equivalente ao percentil 33) temos que uma pontuação entre [0-1,98] reflete pontuações baixas. Considerando que o segundo ponto de corte se situa na marca 3,96 (equivalente ao percentil 66) considera-se que valores entre [1,98-3,96] traduz pontuações médias. Por último, pontuações entre os [3,96-6] correspondem a pontuações altas.

Para ser considerado a existência de *burnout* deverão existir resultados que expressem pontuações altas nas subescalas exaustão emocional e despersonalização e pontuações baixas em realização pessoal. Ao analisarmos a tabela 6, verifica-se que as subescalas exaustão emocional e despersonalização tem médias respetivamente de 3,3862 e de 2,1604 o que

deixa transparecer pontuações médias, enquanto a subescala realização pessoal tem uma média de 5,4568 o que denota uma pontuação alta.

Um estudo produzido num grande Hospital Geral na Holanda envolvendo 175 enfermeiros permitiu determinar que a exaustão emocional é provocada pela falta de ajuda por parte dos colegas de trabalho e pela pressão para executar muitas tarefas em pouco tempo, assim como, o próprio trabalho se apresentar como extenuante. (Janssen, Jonge, & Bakker, 1999). Assim, os achados destes estudos poderão ser encarados como uma das possíveis explicações para justificar os resultados obtidos neste estudo.

Subescalas (MBI)	Médias	Desvio Padrão	Pontuações
Exaustão emocional	3,3862	1,3156	Média
Despersonalização	2,1604	1,3365	Média
Realização pessoal	5,4568	1,09758	Alta

Tabela 6. Pontuações das subescalas MBI mediante as médias obtidas

A verdade é que os contextos profissionais dos enfermeiros na atualidade estão mais exigentes o que por si só não é mau, pois permite que a profissão se desenvolva, mas, em grande parte dos casos essa exigência na procura de maior qualidade é acompanhada de maiores limitações de recursos. Aos enfermeiros prestadores de cuidados diretos foi-lhes exigido mais responsabilidades e tarefas que ao mesmo tempo não foi acompanhado da redistribuição de clientes a seu cargo. Deste modo, a pressão diária sentida pelos enfermeiros prestadores de cuidados diretos é inibidora muitas vezes de uma entreajuda entre os seus pares, o que potencia situações sucessivas de desconforto laboral.

Se os níveis de exaustão emocional tenderem a subir é natural que o estado mental dos enfermeiros prestadores de cuidados diretos venha a deteriorar-se, incorrendo em patologias graves e incapacitantes para o desempenho da profissão como por exemplo: crises de ansiedade e depressão. Para evitar tais situações, as chefias devem intervir no sentido de

exercer uma prevenção primária e secundária nas situações que se lhes deparam, comportando-se sempre como parte da solução e encaminhando os enfermeiros afetados para apoio especializado, evitando as consequências negativas que decorram para o colaborador e para os Serviços (Dilshani, 2015).

Em relação ao resultado obtido para a dimensão despersonalização ela foi considerada média estando correlacionada moderadamente com a exaustão emocional que, também ela própria tem uma implicação média nos enfermeiros prestadores de cuidados diretos. A despersonalização ocorre quando o enfermeiro se torna indiferente ao seu contexto de prestação de cuidados, afastando-se emocionalmente dos seus clientes tendendo a considerá-los como objetos com quem realiza tarefas. Este distanciamento emocional tem causa direta na exaustão emocional que o enfermeiro prestador de cuidados diretos experimenta no seu dia-a-dia laboral. Esta correlação entre a exaustão emocional e a despersonalização é frequentemente evidenciada em estudos sobre o *burnout* em variados cenários organizacionais (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001) pelo que os resultados aqui apurados estão em consonância com os valores da literatura da especialidade.

Em relação à dimensão realização pessoal que traduz o sentimento de competência e produtividade no trabalho, os dados obtidos demonstram um elevado resultado comprovando que os enfermeiros prestadores de cuidados diretos neste capítulo se encontram motivados para se desenvolverem profissionalmente. Se considerarmos os resultados obtidos nas dimensões exaustão emocional e despersonalização e o compararmos com a dimensão da realização pessoal podemos considerar que esta última não tem dependência direta das primeiras. Assim, poder-se-á avançar como explicação que os enfermeiros prestadores de cuidados diretos deste Centro Hospitalar são influenciados por estímulos externos ou internos à instituição (embora estes últimos não tenham sido pesquisados para este estudo) que faz com que a dimensão realização pessoal obtenha este resultado positivo.

Por fim, no que diz respeito ao *burnout* em termos gerais, é possível caracterizar os enfermeiros prestadores de cuidados diretos deste Centro Hospitalar como estando numa situação moderada de *burnout*, refletido

sobretudo pelo resultado obtido na dimensão da exaustão emocional. É necessário que as chefias tenham uma ação proativa sobre o tema, que passa por uma reflexão introspetiva dentro da organização, com uma intervenção direcionada no sentido de inverter esta situação, bem como, a realização de uma avaliação e acompanhamento destes profissionais de forma sistematizada e regular.

3.5. – Relação entre a qualidade da chefia e o *burnout*

De forma a responder a outro dos objetivos deste estudo procedeu-se ainda à correlação das variáveis em estudo (LMX, *burnout* total, exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal). Os resultados obtidos encontram-se presentes na tabela 7 podendo-se constatar que se obteve uma correlação negativa e significativa, mas muito fraca entre as variáveis LMX e exaustão emocional (-0.209, $p < 0.05$) e uma correlação positiva e significativa entre as variáveis LMX e realização pessoal (0.217, $p < 0.05$). Estes valores ainda que com valores muito baixos traduzem que a qualidade da relação da chefia com os enfermeiros está associada com uma baixa exaustão profissional e elevada realização profissional.

Quanto à correlação entre as variáveis LMX e *burnout* e as variáveis LMX e despersonalização o p-valor alcançado foi > 0.05 o que faz delas correlações estatisticamente não significativas.

Constatou-se, ainda, que a variável exaustão emocional tem uma correlação moderada positiva com a variável despersonalização (0.415, $p < 0.05$) e a variável despersonalização tem uma correlação moderada negativa com a realização pessoal (-0.476, $p < 0.05$).

Estes achados coincidem com os de um estudo conduzido num hospital em Ontário, Canadá com uma amostra de 273 enfermeiros que permitiu estabelecer a correlação entre a exaustão emocional e a despersonalização. Neste, os enfermeiros que experimentam situações de exaustão emocional

desenvolvem despersonalização possivelmente devido à prolongada exposição a um ambiente de trabalho stressante (Laschinger, Wong, & Grau, 2013).

	Burnout	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização profissional
Qualidade da relação	-0,112	-0,209**	-0,131	0,217**
chefia-colaborador	0,104	0,002	0,057	0,001
	212	212	212	212

Tabela 7. Correlações entre as variáveis em estudo

Embora a correlação entre o LMX e a realização pessoal tenha sido fraca e, por conseguinte, não se podendo tirar ilações da mesma, elas vão no sentido dos resultados de um estudo conduzido no Sri Lanka com uma amostra envolvendo 200 participantes que determinou que o LMX influencia as três dimensões do *burnout*, no entanto, a maior influência faz-se sentir e de forma positiva na dimensão realização Pessoal (Dilshani, 2015).

É interessante ter-se obtido uma pontuação elevada na dimensão realização pessoal e mesmo assim, não haver correlação direta com a qualidade na relação entre as chefias e os enfermeiros prestadores de cuidados diretos. Como explicação para este facto poder-se-á avançar que os graus de realização profissional dos participantes do estudo podem advir de outros fatores extrínsecos à relação que é estabelecida por estes e a sua chefia. Cerca de um terço dos enfermeiros 30,7% (n=65) já possuem uma pós-licenciatura sendo esta, como anteriormente observamos, uma população relativamente jovem em que 61% dos participantes têm idade inferior a 44 anos o que demonstra que procuraram desenvolver-se profissionalmente dentro da sua área de atuação e procurando, deste modo, outras formas de realização profissional.

Em síntese, o *burnout* tem sido um tópico que tem merecido o interesse crescente entre os investigadores por causa das consequências negativas que produz tanto para as organizações como para os colaboradores, por outro lado,

a qualidade elevada no LMX é considerada como um bom mediador do *burnout* (Dilshani, 2015), pelo que este estudo tentou investigar a sua correlação.

Com a realização deste estudo, é possível dizer que neste caso concreto, o *burnout* encontra-se delimitado, ou seja, no que se refere à dimensão da exaustão emocional e despersonalização os resultados expressam uma implicação média não estabelecendo correlação com a qualidade relacional entre chefias e os enfermeiros prestadores de cuidados diretos.

4. – CONCLUSÃO

As unidades hospitalares têm vindo a ser modernizadas como resposta à crescente e constante inovação científica e com isso, tem-se assistido a uma pressão política para otimização de todos os recursos envolvidos na gestão hospitalar. Pelo que, as reformas políticas lavadas a cabo nos últimos anos têm procurado diversificar o investimento público e novas áreas em detrimento de outras mais tradicionais. Assim, a modernização acarreta que os profissionais tenham que sair muitas vezes da sua zona de conforto e tenham que abraçar novos desafios com coeficientes de complexidade e exigência maiores.

Com a materialização destas reformas hospitalares tem-se sentido uma maior pressão e exigência sobre os recursos humanos, nomeadamente nos enfermeiros prestadores de cuidados diretos pelo que se decidiu pela realização deste estudo.

Este estudo que foi conduzido num Centro Hospitalar da Região Metropolitana de Lisboa e pretendeu analisar a qualidade existente nas relações entre os enfermeiros gestores e os enfermeiros prestadores de cuidados diretos e a existência de *burnout* nos segundos. De forma a dar resposta aos objetivos definidos passamos a enunciar as principais conclusões.

Os resultados obtidos com a aplicação da escala LMX – 7 permitiram constatar que a relação chefe-enfermeiro foi percecionada pelos enfermeiros com uma média de 3,414 podendo assim, a qualidade relacional chefe-enfermeiro ser considerada entre moderada a elevada. Portanto, estes resultados apontam para que globalmente exista uma interação positiva entre as partes que permite que as necessidades de ambos sejam respeitadas existindo uma clara colaboração.

Apesar de positivos os resultados apurados deixam ainda margem para um maior investimento das chefias na liderança relacional com os seus colaboradores nomeadamente no que concerne com uma necessidade de maior *feedback* e uma maior defesa dos seus colaboradores mesmo que isso acarrete custos para a chefia.

Quanto à existência de *burnout* constatou-se no que diz respeito às dimensões exaustão emocional e despersonalização que estas apresentam pontuações médias (3,38 e 2,16 respetivamente). Se compararmos com os estudos epidemiológicos realizados por Marôco, *et al.* (2016), verifica-se que os resultados deste estudo se aproximam daqueles, embora, não apresentem a mesma expressão em que, 50% dos enfermeiros amostrados (n=1262) apresentaram *burnout* elevado. Os valores obtidos na aplicação da escala de realização pessoal evidenciam ainda que esta é elevada.

Conclui-se, assim, que apesar dos participantes percecionarem alguns dos sintomas de *burnout* parecem não ser afetados por estes dado manterem uma avaliação positiva do trabalho que realizam e sentirem-se competentes.

Por último, e em resposta ao último objetivo delineado, os resultados não evidenciam a existência de correlação direta entre a relação chefe-enfermeiro e a existência de *burnout* contrariando resultados obtidos em outros estudos.

Ainda assim, em estudo realizados nesta área demonstrou-se que os líderes que são treinados para desenvolver relações de qualidade com os seus colaboradores garantem um elevado desempenho e ganhos reais em produtividade pelo que deverá continuar a existir um investimento das chefias deste Centro Hospitalar na melhoria da qualidade das relações com os seus colaboradores (Dilshani, 2015).

Este estudo apresentou algumas limitações que poderão ter condicionado em parte os resultados. Seria vantajoso que o número de participantes fosse maior, uma vez que, houve um número elevado de não respostas aos questionários distribuídos. Por outro lado, as escalas apresentaram valores de consistência interna que embora aceitáveis justificam alguns cuidados na leitura dos resultados do estudo.

Por último, gostaríamos face às conclusões deste estudo retirar algumas implicações práticas desta dissertação para a gestão, para a formação e a investigação.

Em relação às implicações para a gestão, este estudo permite que os enfermeiros chefes e os enfermeiros em funções em gestão do Centro Hospitalar onde foi conduzido o estudo tenham uma perceção real da qualidade relacional que estabelecem com os seus enfermeiros ficando, por outro lado, a conhecer o nível de *burnout* que os seus enfermeiros estão sujeitos.

É, assim, fundamental que as chefias consciencializem que há margem para melhorar a relação com os seus colaboradores e que uma melhoria na qualidade desta relação poderá ter impactos positivos no exercício profissional dos enfermeiros prestadores de cuidados diretos. Para isso deverão ser ajudados devendo a organização de saúde promover formação e treino em competências de liderança. Por sua vez, a procura ativa de soluções para minimizar a exaustão emocional e a despersonalização presente nos seus enfermeiros deverá estar presente na preocupação destas chefias.

Considerando ser este um tema pertinente, pelas múltiplas razões anteriormente apontadas, torna-se desejável que haja mais investigação na área das relações entre chefes-enfermeiros de forma a prevenir o *burnout* nos enfermeiros prestadores de cuidados diretos, mas também a identificar outros impactos que as mesmas possam produzir.

Em conclusão, é essencial continuar o esforço de redução de *burnout* nos enfermeiros prestadores de cuidados diretos, uma vez que, prevê-se uma maior complexidade nos contextos de atuação profissional dos enfermeiros, o que acarretará maior número de situações stressantes. Cabe aos enfermeiros chefes e aos enfermeiros em funções em gestão limitar os efeitos nefasto do *burnout* e potenciar o desenvolvimento dos seus enfermeiros de forma a que tenham carreiras profissionais plenas de sucessos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2012). *Publication manual of the american psychological association* (6ª ed.). Washington DC: American psychological association. Obtido em Abril de 2017, de <http://www.apastyle.org/>
- Bogaert, P. V., Kowalsky, C., Weeks, S. M., Heusden, D. V., & Clarke, S. P. (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: A cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 1667-1677.
- Chen, C.-H. V., Wang, S. J., Chang, W. C., & Hu, C. S. (2008). The effect of leader-member exchange, trust, supervisor support on organizational citizenship behavior in nurses. *Journal of nursing research*, 321-328.
- Cummings, G. (2012). Your leadership style - how are you working to achieve a preferred future. *Journal of clinical nursing*, 21, 3325-3327. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04290.x
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., & Cardoso, C. C. (2007). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: RH.
- Curtis, E., & O'Connell, R. (setembro de 2011). Essential leadership skills for motivating and developing staff. *Nursing management*, 18, 33-35.
- Davies, A., Wong, C. A., & Laschinger, H. (2011). Nurses' participation in personal knowledge transfer: the role of leader-member exchange and structural empowerment. *Journal of nurse management*, 632-643.
- Dilshani, A. (2015). The Impact of Leader Member Exchange (LMX) on Job Burnout. *Proceedings of 8th International Research Conference, KDU* (pp. 228-237). Ratmalana Sri Lanka: General Sir John Kotelawala Defence University.
- Doody, O., & Doody, C. M. (2012). Transformational leadership in nursing practice. *British Journal of Nursing*, 1212-1218.
- Ferreira, M. F., & Da Silva, C. F. (2012). Reformas da gestão de saúde: desafios que se colocam aos enfermeiros. *Revista de enfermagem referência*, 85-93. Obtido em janeiro de 2017, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn8/serlIn8a09.pdf>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (3ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Furtado, C. R., Batista, M. G., & Silva, F. J. (2011). Leadership's impact in turnover and career abandonment intention: the azorean hospital nurse case. *Hospital Topics*, 89, 51-58. doi:10.1080/00185868.2011.596797
- Gaspar, M. F. (2005). *A cidadania organizacional nas organizações de saúde: o caso da enfermagem*. Tese de doutoramento em psicologia social e

organizacional, especialização em comportamento organizacional, apresentada no departamento de psicologia social e das organizações, instituto superior de ciências do trabalho e da empresa. Lisboa.

- Germain, B. P., & Cummings, G. G. (2010). The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 425-439.
- Graen, G. B., & Uhl-Bien, M. (1995). Relationship-based approach to leadership: Development of leader-member exchange (LMX) theory of leadership over 25 years: applying a multi-level multi-domain perspective. *The leadership quarterly*, 219–247. Obtido em março de 2017, de <http://people.uncw.edu/nottinghamj/documents/slides6/Northouse6e%20Ch8%20LMX%20Survey.pdf>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis*. Pearson prentice hall. Obtido em março de 2017, de [http://sanhv.com/download/soft/machine%20learning,%20artificial%20intelligence,%20mathematics%20ebooks/math/statistics/multivariate%20data%20analysis%20\(7th,%202009\).pdf](http://sanhv.com/download/soft/machine%20learning,%20artificial%20intelligence,%20mathematics%20ebooks/math/statistics/multivariate%20data%20analysis%20(7th,%202009).pdf)
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hunt, T. J. (2014). Leveraging the leader-member exchange theory in HIM. *Journal of american health Information management association*, 85, 54-5. Obtido em 9 de junho de 2016, de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=467ff695-d376-4bca-ac89-cd9c6e73feca%40sessionmgr104&vid=17&hid=110>
- Janssen, P. P., Jonge, J., & Bakker, A. B. (1999). Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turnover intentions: a study among nurses. *Journal of advanced nursing*, 29, 1360-1369.
- Kanste, O. (2008). The association between leadership behaviour and burnout among nursing personnel in health care. *Nordic journal of nursing research*, 28, 4-8. Obtido de <http://online.sagepub.com/search/results?submit=yes&src=hw&andorexactfulltext=and&fulltext=outi+kanste&x=0&y=0>
- Kean, S., Stuart, E. H., Baggaley, S., & Carson, M. (2011). Followers and the co-construction of leadership. *Journal of nursing management*, 19, 507-516.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2002). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Khamisa, N., Peltze, K., & Oldenburg, B. (2013). Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 2214-2240. Obtido em 09 de junho de 2016, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3717733/>

- Kirkbesoglu, E., & Tuzlukaya, S. (2014). Leader-member exchange in different organizational cultures and effects to organizational burnout. *Journal of business research turk*, 26-36. Obtido em 09 de junho de 2016, de http://www.isarder.org/isardercom/2014vol6issue2/vol.6_issue.2_article03_full_text.pdf
- Laschinger, H. K., & Fida, R. (2014). New nurses burnout and workplace wellbeing: The influence of authentic leadership and psychological capital. *Elsevier journal homepage*, 19-28. Obtido em 09 de junho de 2014, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213058614000059>
- Laschinger, H. K., Wong, C. A., & Grau, A. L. (2013). Authentic leadership, empowerment and burnout: a comparison in new graduates and experienced nurses. *Journal of nursing management*, 541-552.
- Laschinger, K. H., Borgogni, L., Consiglio, C., & Read, E. (2015). The effects of authentic leadership, six areas of worklife, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' burnout and mental health: a cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 1080-1089.
- Lee, H., Spiers, J. A., Yurtseven, O., Cummings, G. G., Sharlow, J., Bhatti, A., & Germann, P. (2010). Impact of leadership development on emotional health in healthcare managers. *Journal of nursing management*, 1027-1039.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2000). Burnout and health. Em A. Baun, T. A. Revenson, & J. Singer, *Handbook of health psychology* (pp. 415-426). Hillsdale, NJ: Lawrence erlbaum.
- Lorber, M., Treven, S., & Mumel, D. (2016). The examination of factors relating to the leadership style of nursing leaders in hospitals. *De gruyter*, 27-36. doi:10.1515/ngoe-2016-0003
- Lunenburg, F. C. (2010). Leader-member exchange theory: another perspective on the leadership process. *International journal of management, business, and administration*, 13, 1-5. Obtido em 9 de junho de 2016, de <http://www.nationalforum.com/Electronic%20Journal%20Volumes/Lunenburg,%20Fred%20C.%20Leader-Member%20Exchange%20Theory%20IJMBA%20V13%202010.pdf>
- Madathil, R., Heck, N. C., & Schuldborg, D. (2014). Burnout im psychiatric nursing: examining the interplay of autonomy, leadership style, and depressive symptoms. *Archives of Psychiatric nursing*, 160-166.
- Maroco, J., & Marques, T. G. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 65-90. Obtido em março de 2017, de <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>
- Marôco, J., Marôco, L. A., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em profissionais de saúde portugueses: uma análise a nível nacional. *Revista científica dos médicos*, 24-30. Obtido em 09 de

junho de 2016, de
<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6460/4534>

- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annu rev. psychol*, 397-422. Obtido em Janeiro de 2017, de
<http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/154.pdf>
- Matos, E., & Pires, D. (2006). Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influência no setor da saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enfermagem*, 15, 508-514.
- Melo, B. T., Gomes, A. R., & Cruz, J. F. (1999). Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do burnout para profissionais de psicologia. Em A. P. Soares, S. Araújo, & S. Caires, *Avaliação Psicológica, formas e contextos* (Vol. 6, pp. 597-603). Braga: APPORT - associação de psicólogos portugueses.
- Monteiro, I. P. (1999). Hospital, uma organização de profissionais. *Análise psicológica*, 317-325.
- Negussie, N., & Demissie, A. (2013). Relationship between leadership styles of nurse managers and nurses job satisfaction in Jimma University specialized hospital. *Ethiopian journal of health sciences*, 23, 49-57.
- Nunes, E. M., & Gaspar, M. F. (junho de 2016). A liderança em enfermagem e satisfação dos pacientes em contexto hospitalar. *Revista gaúcha de enfermagem*, pp. 1-7. Obtido em 2016 de junho de 09, de
<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160255726.pdf>
- OECD/EU. (2016). *Health at a glance: Europe 2016 - state of health in the EC cycle*. Paris: OCDE Publishing.
doi:<http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (12 de dezembro de 2014). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido em 2016 de novembro, de Regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Perfil-competencias-Enfermeiro-Gestor-reconhecimento-competencias-acrescidas-Diario-Republica.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de setembro de 2016). *Ordem dos enfermeiros*. Obtido de Ordem propõe contratação de três mil enfermeiros por ano até 2026:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Compromisso.aspx>

- Paiva, S., Silveira, C., Gomes, E., Tessuto, M., & Sartori, N. (2010). Teorias administrativas na saúde. *Revista de Enfermagem Universidade de Enfermagem Rio de Janeiro*, 311-316.
- Robbins , S. P., & Judge, T. A. (2013). *Organizational behavior*. New Jersey: Pearson Education. Obtido em janeiro de 2017, de http://resource.mitfiles.com/open_elective/electives/Organistional%20Behaviour/organizational-behavior-15e-stephen-p-robbins-timothy-a-judge-pdf-qwerty.pdf
- Salanova, M., Lorente, L., Chambel, J. M., & Martínez, I. M. (2011). Linking transformational leadership to nurses' extra-role performance: the mediating role of self-efficacy and work engagement. *Journal of advanced nursing*, 2256-2266.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career development international*, 14 nº. 3, 204-220. Obtido em Janeiro de 2017, de <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/311.pdf>
- Stordeur, S., D'hoore, W., & Vendenberghe, C. (2001). Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of advanced nursing*, 533-542.
- Tang, R., Tegeler, C., Larrimore, D., Cowgill, S., & Kemper, K. J. (2010). Improving the well-being of nursing leaders through healing touch training. *The journal of alternative and complementary medicine*, 837-841.
- Tappen, R. M. (2001). *Liderança e administração em enfermagem: conceitos e práticas*. Loures: Lusociência.
- Trybou, J., Gemmel, P., Pauwels, Y., Henninck, C., & Clays, E. (2013). The impact of organizational support and leader-member exchange on the work-related behaviour of nursing professional: the moderating effect of professional and organizational identification. *Journal of Advanced Nursing*, 373-382.
- Wharton, R. F., Brunetto, Y., & Sharcklock, K. (2001). The impact of intuition and supervisor-nurse relationships on empowerment and commitment by generation. *Journal of advanced nursing*, 1391-1401.

ANEXOS

ANEXO I – Autorização para realização do estudo

APÊNDICES

Apêndice I – Instrumento de recolha de dados

QUESTIONÁRIO

Sou o enfermeiro Fernando Coelho e exerço funções no Serviço de Medicina do CHBM-HM. Estou a frequentar o 7º Curso Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e pretendo desenvolver um trabalho sobre liderança em enfermagem e o *Burnout* nos enfermeiros.

Para desenvolver o projeto, necessito da sua opinião sobre este tema pelo que solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário que levará cerca de 10 minutos.

Agradeço que responda a todas as perguntas colocando uma cruz no quadrado que melhor corresponde à sua opinião, sabendo que não há respostas certas ou erradas.

O questionário é composto por três partes. A primeira parte pretende-se obter os dados sociodemográficos. Na segunda parte pretende-se aplicar a escala *Leader Member Exchange 7* que avalia a qualidade da relação entre enfermeiro gestor e os enfermeiros. Na terceira parte pretende-se avaliar o grau de *Burnout* nos enfermeiros através do questionário *Maslach Burnout Inventory*

Desde já se garante o anonimato das suas respostas.

Muito obrigado por se dispor a colaborar.

Fernando Coelho – telefone 964128676

Parte I (Questionário sociodemográfico)

1- Indique qual o seu sexo, colocando uma cruz no quadrado correspondente:

Feminino ☐ Masculino ☐

2 - Qual a sua idade? ____ anos.

3- Qual a sua habilitação académicas?

Bacharelato	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	

4 - Tem alguma Pós-licenciatura de especialização em enfermagem?

Sim ☐ Não ☐

5 – Tempo no serviço? ____ anos.

Parte II (Escala LMX-7- Versão para colaboradores)

Por favor, responda colocando um X em cima do nº que melhor corresponde à sua opinião:

1- É habitual saber qual a satisfação que o seu chefe tem, relativamente ao trabalho que você como colaborador desenvolve?

1-----2-----3-----4-----5
Raramente Ocasionalmente Por vezes C/alguma Frequência Frequentemente

2- Em que medida o seu chefe compreende os seus problemas e necessidades no desempenho das suas funções?

1-----2-----3-----4-----5
Nada Pouco Moderadamente Bastante Muito

3- Em que medida o seu chefe reconhece as suas potencialidades?

1-----2-----3-----4-----5
Nada Pouco Moderadamente Bastante Muito

4- Independentemente da autoridade formal do seu chefe, qual a possibilidade deste utilizar o seu poder para o ajudar a resolver problemas no desempenho das suas funções?

1-----2-----3-----4-----5
Nenhuma Pouca Alguma Elevada Muito elevada

5- Independentemente da autoridade formal do seu chefe, qual a possibilidade deste o defender mesmo que isso envolva “custos” para ele pessoalmente?

1-----2-----3-----4-----5
Nenhuma Pouca Alguma Elevada Muito elevada

6- A confiança que tem no seu chefe é tal que defenderia a posição dele mesmo na sua ausência.

1-----2-----3-----4-----5
Discordo totalmente Discordo N/Concordo Concordo Concordo totalmente

7- Como caracterizaria a sua relação de trabalho com o seu chefe?

1-----2-----3-----4-----5
Extremamente Abaixo Média Acima Extremamente
Ineficaz da média da média eficaz

Parte III (Questionário Maslach Burnout Inventory - MBI)

	Por favor, leia atentamente cada uma das seguintes afirmações e assinale com um “X” a resposta que lhe parece mais sincera e não a resposta que lhe pareça socialmente aceitável	Nunca	Algumas vezes por ano	Todos os meses	Algumas vezes por mês	Todas as semanas	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1	Sinto-me emocionalmente vazio devido ao meu trabalho							
2	Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho							
3	Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho							
4	Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem							
5	Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objetos							
6	Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço							
7	Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes							
8	Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho							
9	Tenho a sensação de, com o meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas							
10	Tornei-me insensível às pessoas desde que tenho este trabalho							
11	Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro							
12	Sinto-me cheio de energia							
13	Sinto-me frustrado pelo meu trabalho							
14	Sinto que o meu trabalho é demasiado árduo							
15	Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes							
16	Trabalhar diretamente com o público stressa-me demasiado							
17	Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes							
18	Sinto-me rejuvenescido quando consigo estabelecer uma relação própria com os doentes no meu percurso profissional							
19	Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho							
20	Sinto que esgotei todos os meus recursos							
21	No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma							
22	Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas							

Apêndice II – Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Este estudo pretende analisar a qualidade existente nas relações entre os enfermeiros-chefes e os enfermeiros e a existência de *Burnout* nos enfermeiros

Descrição do Estudo: se eu concordar em participar neste estudo, eu concordo em responder a algumas questões sobre mim, sobre a relação que tenho com o meu chefe / subordinado e como me sinto em relação ao meu trabalho.

Possíveis benefícios: com o resultado do estudo modificações positivas poderão ocorrer em benefício dos enfermeiros.

Riscos: Não se espera que venha a ocorrer qualquer perigo para mim.

Confidencialidade: os meus dados pessoais e a informação colhida a mim são confidenciais e são apenas utilizados de acordo com os objetivos do estudo. Eu não serei identificado em nenhuma publicação dos resultados.

Direitos: eu percebo e aceito que a minha participação no estudo é voluntária e eu posso abandonar o estudo a qualquer momento. Eu percebo que se decidir abandonar o estudo nada será feito contra mim.

Consentimento: eu concordo em fazer parte do estudo em que o autor vai avaliar as relações entre chefias de enfermagem e *Burnout* nos enfermeiros.

Assinatura_____

Data_____

Se tiver alguma questão sobre o estudo, em qualquer momento pode contactar:

Fernando Coelho 964128676