

Instituto Politécnico de Setúbal



Escola Superior de Ciências Empresariais

Burnout: Um estudo em profissionais de saúde

Rebecca Natallie Demarchi dos Santos

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de

MESTRE EM GESTÃO ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS

Orientadora: Professora Doutora Anabela Correia

Setúbal, 2015

“À medida que a sociedade passa a entender e valorizar a relevância de propiciar melhores condições laborais, também começam a brotar investigações que possam embasar as modificações necessárias para que tais condições se instalem. Talvez por isto estamos tão atrasados neste aspeto e apenas começando a concentrar esforços neste sentido. Faz-se necessário compensarmos o tempo perdido.”

(Benevides-Pereira, 2002: 274)

AGRADECIMENTOS

Algumas meras palavras soltas não são suficientes para expressar o meu sincero agradecimento a alguns intervenientes que foram fundamentais para que este estudo de investigação fosse concretizado. Mas, tentarei ser sucinta.

Como uma mulher de fé, começo por agradecer a Deus por iluminar sempre o meu caminho.

Agradeço a minha família, em especial a minha mãe e a minha irmã, por serem os meus pilares nesta e em todas as etapas da minha vida.

Agradeço a minha orientadora, Professora Anabela Correia, pela disponibilidade ilimitada e pela motivação que me transmitiu ao longo do desenvolvimento desta dissertação. Obrigada Professora, pela sua persistência e encorajamento, pela dedicação e paciência, e principalmente pelas orientações, pois foram de extrema importância na construção deste estudo de investigação.

Aos Professores do Mestrado em Gestão Estratégica de Recursos Humanos, sem exceções, por terem contribuído na minha formação académica e partilhado os seus conhecimentos, o que permitiu alargar os meus horizontes de conhecimento e construir pensamento crítico.

Agradeço aos Presidentes dos hospitais onde se realizou o estudo, pela autorização concedida para realização deste estudo de investigação.

A todos os profissionais de saúde, que colaboraram neste estudo dispensando algum do seu tempo no preenchimento do questionário, sem a vossa colaboração a elaboração deste estudo não seria possível.

Aos meus colegas de mestrado pelo companheirismo e cumplicidade que partilhamos ao longo deste ciclo.

Não poderia deixar de agradecer ao Emanuel Rodrigues, pelo apoio incondicional e por nunca duvidar que seria possível concluir mais este objetivo.

Agradeço o apoio incondicional e a amizade sincera dos meus preciosos e imprescindíveis amigos, todos significam muito na minha vida. Obrigada, a todos os que acreditaram e nunca duvidaram que a concretização desta etapa seria possível. Aos que duvidaram, também agradeço, deram-me forças para conseguir provar o contrário.

A todos vós o meu sincero, Obrigada!

Índice

INTRODUÇÃO	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
CAPÍTULO 1 - A SÍNDROME DE BURNOUT	4
1.1. Conceito de burnout	4
1.1.1. O Maslach Burnout Inventory - MBI	13
1.2. Fatores antecedentes do burnout	16
1.3. Consequências do burnout	26
1.4. O burnout nos profissionais da área de saúde.....	30
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	34
CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA	34
2.1. Objetivos e hipóteses de estudo	34
2.2. Caracterização das organizações	35
2.3. Amostra	37
2.4. Procedimento	37
2.5. Instrumentos	38
2.5.1. Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey	38
2.5.2. Variáveis sociodemográficas	41
2.6. Processo de tratamento de dados	42
CAPÍTULO 3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	44
3.1. Caracterização da amostra.....	44
3.2. Qualidades métricas da escala do Maslach Burnout Inventory.....	46
3.3. Análise do burnout.....	49
3.4. Análise das variáveis sociodemográficas que influenciam o burnout	52
CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

Índice de Anexos

Anexo 1 - Pedido de autorização de recolha de dados para realização do estudo.....	67
Anexo 2 - Apresentação da investigação.....	69
Anexo 3 - Instrumento de recolha de dados – Questionário (Maslach Burnout Inventory – Humam Services Survey).....	71
Anexo 4 - Fidelidade da escala Maslach Burnout Inventory – Humam Services Survey (coeficiente de Cronbach).....	80
Anexo 5 - Validade da escala Maslach Burnout Inventory – Humam Services Survey.....	82
Anexo 6 - Análise do burnout em função das variáveis sociodemográficas (análise de variância) .	86

Índice de Figuras

Figura 1 - Região de Lisboa e Vale do Tejo.....	37
--	----

Índice de Quadros

Quadro 1 - Itens das subescalas do Maslach Burnout Inventory – HSS.....	40
Quadro 2 - Caracterização da amostra	44
Quadro 3 - Coeficiente de Consistência Interna da Escala Maslach Burnout Inventory	46
Quadro 4 - Análise fatorial dos principais componentes e da sua variância da Escala Maslach Burnout Inventory – HSS.....	47
Quadro 5 - Saturação dos itens da Escala Maslach Burnout Inventory – HSS.....	48
Quadro 6 - Média e Desvio padrão das dimensões do burnout.....	49
Quadro 7 - Média e desvio padrão dos itens da Escala Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey.....	50
Quadro 8 - Análise da variância das variâncias sociodemográficas.....	53

RESUMO

Os profissionais da área da saúde são sujeitos a ambientes organizacionais bastante exigentes e stressantes, que podem desencadear a síndrome de burnout.

Neste estudo pretendemos analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas com a síndrome de burnout nos profissionais da área da saúde. Em concreto, pretendemos verificar se os profissionais de saúde apresentam burnout e analisar se as variáveis sociodemográficas se associam com o burnout.

O burnout é definido de acordo com três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal (Maslach et. al., 1996).

A amostra deste estudo foi composta por 117 profissionais de saúde que desempenham funções em dois hospitais da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Os instrumentos utilizados foram: o Human Services Survey – Maslach Burnout Inventory e um conjunto de questões para avaliar os fatores sociodemográficos.

Os resultados obtidos neste estudo revelam que os profissionais não apresentam níveis significativos de burnout. Em relação as variáveis sociodemográficas que mais se associam com o burnout, constata-se que são os profissionais que trabalham em turnos rotativos apresentam maior exaustão emocional. No que se refere a idade, verificou-se que são os profissionais com idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos que apresentam elevado nível de despersonalização. Verifica-se ainda, que os profissionais casados ou em união de facto são os que apresentam elevados níveis de realização pessoal ao contrário dos divorciados que apresentam baixos níveis de realização pessoal. Em relação ao número de horas trabalhadas por dia, os profissionais que trabalham de 8 a 10 horas por dia apresentam maiores níveis de realização pessoal, o inverso aplica-se aos profissionais que trabalham mais de 10 horas diariamente, que apresentam baixos níveis de realização pessoal.

Palavras-chave: Síndrome de burnout, profissionais de saúde, variáveis sociodemográficas.

ABSTRACT

Health care professionals are subject to plenty of organizational environments that are demanding and stressful, which can trigger burnout syndrome.

In this study, we intend to analyse the relationship between sociodemographic variables with the burnout syndrome in health professionals. Specifically, we intend to verify if health professionals have burnout and examine whether sociodemographic variables are associated with burnout.

The burnout is defined according to three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment (Maslach et al., 1996.).

The sample consisted of 117 healthcare professionals who hold positions in two hospitals of the health region of Lisbon and Vale do Tejo. The instruments used were: the Human Services Survey – Maslach Burnout Inventory. and a set of questions to assess sociodemographic factors.

The results obtained in this study reveal that the professionals do not have significant levels of burnout. In respect to the sociodemographic factors most associated with burnout, it is clear that the professionals who work in rotating shifts are more emotionally exhausted. In regards to age, it was found that practitioners aged between 30 and 39 years present the highest level of depersonalization. It was also found that married professionals or in a non-marital partnership are those with the highest levels of personal fulfilment as opposed to divorced professionals that have lower levels of personal accomplishment. Regarding the number of hours worked per day, professionals who work 8-10 hours a day display higher levels of personal achievement, the reverse also applies to professionals who work more than 10 hours daily, which have lower levels of personal achievement.

Keywords: Burnout, health care professionals, sociodemographic factors.

INTRODUÇÃO

A atual crise financeira e a intensificação dos ritmos de trabalho originou novos riscos psicossociais, que colocam em causa o bem-estar dos trabalhadores e a produtividade das organizações.

Atualmente, o mercado de trabalho representa um desafio constante devido às elevadas exigências e à grande competitividade. As mudanças do mercado de trabalho relacionadas com as transformações socioeconómicas são constantes e repentinas e ditam o comportamento, a adaptabilidade e a flexibilidade dos trabalhadores. Hoje, os trabalhadores confrontam-se com novos paradigmas e surgem novas formas de trabalho.

Da tentativa permanente em manter a competitividade, tanto os trabalhadores como as organizações procuram assegurar o lugar conquistado. Dessa tentativa resulta transformações profundas no modo de gerir as pessoas e as organizações. A procura incessante pela inovação resulta na implementação de um conjunto de mudanças na gestão.

A área da saúde tem sido influenciada por elementos significativos de mudança, como fatores sociopolíticos, avanços científicos e tecnológicos, ambiente organizacional altamente competitivo, recessão e diminuição do valor intrínseco do trabalho, dando lugar à busca de recompensa extrínseca, exercendo forte influência na sociedade e no cenário profissional com consequências pessoais para os profissionais que atuam nesta área e para os que dela dependem (Santos et. al., 2005).

A síndrome de burnout, nos profissionais de saúde, é uma realidade preocupante, uma vez que se verifica um comprometimento da qualidade do serviço prestado ao utente e à rede social envolvida (Rosa et. al., 2005).

O local de trabalho, atualmente, exige demasiado do profissional tanto economicamente como psicologicamente. Os profissionais encontram-se emocionalmente e fisicamente exaustos. As constantes exigências do trabalho, da família e da vida pessoal consomem a energia e o entusiasmo destes profissionais (Maslach et. al., 1997).

Ultimamente as organizações têm demonstrado maior preocupação quanto ao significado e à repercussão do trabalho sobre o trabalhador, assim como os efeitos desta relação na organização. Tem sido comprovado, que o desequilíbrio na saúde do profissional provoca consequências na qualidade dos serviços prestados e na produção, além de afetar os lucros, tendo em conta que os custos aumentam devido ao absentismo,

baixas médicas, substituição temporária de trabalhadores, novos processos de recrutamento e seleção, investimento em formação, ou até na requalificação da mão-de-obra. Estas e outras consequências têm incitado a necessidade de investigação e investimento na qualidade de vida do trabalhador (Benevides-Pereira, 2002).

O burnout destaca-se como um dos riscos psicossociais resultantes do trabalho e ganhou protagonismo no mundo laboral porque surge para explicitar as consequências do impacto das atividades laborais no trabalhador e deste na organização (Benevides-Pereira, 2002).

Para Maslach e Jackson (1981) o burnout é definido como um cansaço emocional, que conduz a uma perda de motivação profissional que pode transformar-se em sentimentos de inadequação e fracasso. Para os autores existem três dimensões fundamentais no burnout, são elas: exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal. Estas três dimensões estão interrelacionadas entre si, e assim sendo, o burnout manifesta-se pelas três dimensões.

No nosso estudo pretendemos analisar o burnout e a relação deste com as variáveis sociodemográficas. Em concreto, pretendemos verificar se os profissionais de saúde apresentam burnout, e ainda, analisar as variáveis sociodemográficas que influenciam o burnout. Aplicámos este estudo a um conjunto de profissionais da área de saúde de dois hospitais da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

O desempenho da atividade destes profissionais engloba um conjunto de funções que exigem obrigatoriamente um controlo mental e emocional bem maior que em outras profissões (Benevides-Pereira, 2002).

Posto isto, pretendemos que este estudo contribua para a compreensão da realidade socioprofissional destes profissionais de outra perspetiva e, assim, seja possível assegurar o equilíbrio e a saúde mental destes, designadamente pela prevenção, intervenção e avaliação das condições de trabalho dos profissionais de saúde reduzindo os efeitos do burnout de modo a garantir a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Esperamos que este estudo se revele vantajoso para as organizações, tendo em conta que o burnout influencia o funcionamento organizacional, o resultado deste estudo possibilitará que as organizações tenham conhecimento da perceção dos trabalhadores, no que respeita aos níveis da síndrome de burnout e consequentemente possam criar estratégias de prevenção e consigam promover o bem-estar e a saúde dos seus trabalhadores. A identificação de

fatores relacionados com o burnout pode permitir melhorar a vida laboral e os serviços prestados por estes profissionais.

Ao nível estrutural o presente estudo encontra-se dividido em duas partes distintas.

Na primeira parte procedemos a revisão da literatura sobre o burnout, onde fazemos referência a definição do conceito, as dimensões da variável, aos fatores antecedentes e as consequências. Realizamos ainda, uma análise referente ao modo como a variável influencia os profissionais de saúde.

Na segunda parte, apresentamos as várias etapas do estudo empírico realizado, abordamos os aspetos metodológicos, onde referimos os objetivos e hipóteses, o procedimento seguido, a descrição das organizações, a amostra e os instrumentos utilizados, designadamente, a escala Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey. Em seguida, apresentamos os resultados obtidos nas diferentes etapas do nosso estudo, em particular, os que se revelaram significativos.

Por fim, apresentamos as conclusões, dando ênfase aos principais resultados obtidos, as respetivas reflexões, além de abordar as limitações encontradas ao longo do desenvolvimento do nosso estudo, que poderão servir de sugestões para pesquisas futuras nesse campo.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 - A SÍNDROME DE BURNOUT

1.1. Conceito de burnout

A intensificação do ritmo de trabalho, a crise financeira e as constantes mudanças e exigências do mercado de trabalho tem como consequência novos riscos psicossociais, que comprometem o bem-estar e a produtividade dos trabalhadores. Tendo em conta as especificidades da sociedade, onde as pessoas são constantemente pressionadas para realizarem mais rapidamente e com máxima eficácia o seu trabalho, emerge a preocupação sobre as consequências que os atuais ritmos e exigências do ambiente organizacional podem ter na saúde física e psicológica dos trabalhadores.

A síndrome de burnout caracteriza-se como um fenómeno da era moderna que surge da relação que os trabalhadores estabelecem com o seu trabalho. O burnout surge como consequência da tensão emocional relacionada com o trabalho, trata-se do resultado de uma acumulação significativa de trabalho e do enorme esforço em manter as relações interpessoais com outras pessoas (Maslach et. al., 2001).

As raízes do burnout surgem na década de 70 nos Estados Unidos da América e foi inicialmente identificado como característica das “profissões de ajuda”, aquelas cujo o indivíduo “trabalha com pessoas”. Em 1974, um psiquiatra chamado Herbert J. Freudenberger dedicou-se ao estudo sobre o conceito, escreveu alguns artigos para tentar compreendê-lo e descreveu-o como o processo pelo qual os trabalhadores perdiam energia, motivação e empenho, correndo o risco de atingir o estado de esgotamento e depressão.

Freudenberger (1974) definiu o burnout como um estado de exaustão física e mental causado pela vida profissional, que dá origem a falta de motivação, incentivo e empenho, e que ocorria entre os voluntários com quem trabalhava num serviço de cuidados alternativos de saúde, nomeadamente na reabilitação de toxicodependentes. O autor observou que muitos desses voluntários eram suscetíveis de experienciar sentimentos graduais de esgotamento emocional e perda de motivação e comprometimento. Freudenberger relatou que as expectativas iniciais dos profissionais eram defraudadas pela frequente desproporção entre os esforços feitos e os resultados conseguidos, o que consequentemente fragilizava o entusiasmo contagiante inicial.

Mais tarde, uma psicóloga e pesquisadora social, Christina Maslach, realizou uma pesquisa exploratória e independente com grupos profissionais da área da saúde e dos serviços humanos, com o intuito de estudar como as pessoas lidam com as exigências e o ritmo acelerado do trabalho. Durante as entrevistas, alguns dos profissionais descreveram as suas experiências como "burnout". Foi então que se deu a identificação desse termo, "burnout", com tal poder evocativo para capturar a realidade psicológica das experiências das pessoas no seu local de trabalho (Maslach et. al., 2008). A investigadora estava interessada especificamente em estratégias cognitivas como "preocupação individual" e "desumanização em autodefesa", mas logo descobriu que tanto as exigências do trabalho como as estratégias cognitivas tiveram implicações importantes no comportamento de trabalho e na identidade profissional das pessoas (Maslach et. al., 1993).

Foi no final dos anos 70 que Maslach, com a colaboração de Leiter, iniciou os seus contributos para o tema com uma série de estudos sobre burnout. Nesse ponto, dado o novo e ainda exploratório estado da literatura referente a este tema, as questões-chave da pesquisa foram: (1) desenvolver uma definição mais explícita de burnout, e (2) desenvolver uma medida padronizada do mesmo (Maslach et. al., 1984).

A conceção inicial do burnout foi moldada por preocupações pragmáticas em vez de académicas, um processo invertido tendo em conta que partiu da identificação de um problema do mundo real e seguiu em direção à construção de um modelo teórico (Maslach et. al., 1993). O burnout foi mais um fenómeno "*grass-roots*" fundamentado na realidade das experiências das pessoas no local de trabalho, do que um tema derivado de uma teoria erudita e estudos empíricos. Este quadro pragmático conceptual, de um problema social que necessitava ser solucionado, ditou a trajetória das pesquisas sobre o tema. Os primeiros estudos seguiam uma abordagem "*bottom-up*" para descrever, definir o fenómeno e desenvolver hipóteses sobre as suas causas e os seus efeitos (Maslach, 2004). A origem popular do burnout apresenta uma desvantagem. O fato de ter sido frequentemente considerado como "psicologia popular" e um conceito indigno de atenção académica metódica implicou a desconsideração científica pelo fenómeno, que foi amplamente ignorado dentro dos campos de investigações relevantes por um longo período de tempo (Maslach et. al., 2008).

Durante a década de 80, o trabalho sobre o burnout entrou numa fase de construção empírica mais focada, onde se iniciaram investigações com preocupações pelo lado

quantitativo e de avaliação. Muitos livros e artigos foram escritos, nos quais diferentes autores expuseram os seus modelos de trabalho sobre o fenómeno, e foram propostas várias ideias de intervenção e várias formas de evidências mais incisivas (dados de inquéritos e questionários, respostas de entrevistas, estudos de casos clínicos, entre outros). Medidas padronizadas de burnout foram desenvolvidas, proporcionando assim aos investigadores definições mais precisas e ferramentas metodológicas para o estudo do fenómeno. Em particular, o desenvolvimento e a aceitação generalizada do Maslach Burnout Inventory que se tornou a escala mais utilizada para a avaliação do burnout (Maslach et. al., 1993).

Segundo Maslach e Jackson (1981), os indivíduos que sofrem de burnout possuem poucos recursos emocionais, têm a percepção de que existe algo de errado a nível psicológico, desenvolvem atitudes e sentimentos negativos para com os colegas de trabalho e para com os destinatários dos seus serviços, experienciam com frequência sentimentos de infelicidade com eles próprios e insatisfação com o seu trabalho.

O burnout surge como característica das “profissões de ajuda”. O conceito de burnout foi utilizado para caracterizar um estado de fadiga física e mental, apresentado por muitos grupos profissionais da área da saúde e dos serviços humanos, sendo uma consequência da tensão emocional crónica e do excessivo esforço que supõe o contacto contínuo e exaustivo com outras pessoas, particularmente quando estas têm problemas (Maslach et. al., 1981).

Maslach e Jackson (1981) definem o burnout como um cansaço emocional, que conduz a uma perda de motivação profissional que pode transformar-se em sentimentos de inadequação e fracasso. Segundo as autoras, o burnout é um esgotamento ou exaustão física e emocional que dá origem ao desenvolvimento de uma imagem negativa de si próprio, uma atitude negativa perante ao trabalho, uma perda de interesse e de sentimentos para com os clientes. Esta definição é a mais referenciada na explicação do conceito de burnout.

Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) sublinham que, nas várias definições que surgiram de burnout, embora com alguns pontos divergentes, todas encontram no mínimo cinco elementos comuns: 1) a ênfase nos sintomas comportamentais e mentais e não nos sintomas físicos; 2) a relação dos sintomas com o trabalho; 3) o predomínio de sintomas relacionados a exaustão mental e emocional, fadiga e depressão; 4) a diminuição da

efetividade e desempenho no trabalho, que ocorre por causa de atitudes e comportamentos negativos; 5) os sintomas manifestam-se em pessoas “comuns” que não sofriam de distúrbios psicopatológicos antes de surgir a síndrome.

Se no início o burnout era predominantemente identificado em profissionais da área dos serviços humanos, no final da década de 80, investigadores e profissionais começaram a constatar que o mesmo ocorria também fora dos serviços humanos, como por exemplo, entre gestores, empresários, administrativos e nos trabalhadores/operários. Assim, o conceito foi alargado das exigências intensas do atendimento ao paciente/cliente para outras funções que exigem criatividade, resolução de problemas ou até mesmo ao mentoring (Schaufeli et. al., 2008). Claramente, o burnout tem suas raízes voltadas para os profissionais das “profissões de ajuda”, foi aí que o termo se originou e é onde se encontra a grande maioria das investigações académicas. Mas, praticamente todas as atividades laborais envolvem um contato interpessoal de algum tipo (por exemplo, com colegas de trabalho ou supervisores, se não com clientes ou pacientes), e portanto, todas envolvem algum nível de tensão emocional no que diz respeito ao relacionamento interpessoal (Maslach et. al., 1984).

O termo burnout tem origem numa expressão inglesa e significa “queimar-se”. A sua utilização deve-se à analogia metafórica com o estado de exaustão emocional experienciado com frequência por determinadas categorias profissionais. Em suma, refere-se a uma experiência subjetiva interna, que repercute num sentido negativo para o indivíduo. Os profissionais recorriam ao uso do termo para descrever uma experiência psicológica (Maslach et. al., 1993).

Maslach e Leiter (1997) vêm reforçar o conceito anterior salientando que o local de trabalho, atualmente, exige demasiado do indivíduo tanto economicamente como psicologicamente. Os indivíduos encontram-se exaustos emocionalmente e fisicamente. As constantes exigências do trabalho, da família e da vida pessoal consomem a energia e o entusiasmo dos indivíduos. Por outro lado, o sucesso e o regozijo da conquista são cada vez mais uma meta difícil de alcançar. O compromisso para com o trabalho e a dedicação a causa estão em declínio, as pessoas mantêm-se distantes e procuram não se envolver com os outros, o sentimento de descrença invade o indivíduo.

Maslach e Schaufeli (1993) complementam acrescentando que o burnout fundamenta-se num processo de longa duração, onde o profissional tem a sensação de

que os seus recursos disponíveis para enfrentar as exigências diárias estão esgotados.

Por sua vez, Benevides-Pereira (2002) refere-se ao burnout como uma metáfora para indicar aquilo, ou aquele, que atingiu o seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições físicas ou mentais para desempenhar funções. O burnout está relacionado com o mundo do trabalho e com o tipo de atividades laborais do indivíduo. Além disso, comporta uma dimensão social e inter-relacional, através da despersonalização.

O burnout tem um efeito negativo sobre o desempenho diário dos trabalhadores porque influencia a qualidade e quantidade de trabalho diário, o cansaço e o auto enfraquecimento. Além disso, prejudica o ciclo de ganhos diários de recursos e o comprometimento com o trabalho. Portanto, trabalhadores com burnout ou aqueles com risco de esgotamento precisam da ajuda de outras pessoas, a fim de alterar as causas estruturais que contribuem para o seu estado atual e a capacidade de trabalho afetada (Bakker et al., 2014).

Como foi dito anteriormente, o burnout foi identificado pela primeira vez em profissionais dos serviços humanos e dos cuidados de saúde. Estas profissões são muitas vezes aquelas onde o feedback positivo está quase excluído do processo, as pessoas recorrem aos profissionais porque estão doentes ou têm algum problema. Quando os clientes (ou paciente), já não têm problemas, ou estão saudáveis ou se sentem felizes, partem, e são substituídos por outros com outros problemas ou com a saúde debilitada. Este cenário, para os profissionais dos serviços humanos, implica que os seus “êxitos” sempre se vão e têm menos oportunidade de ver o efeito do seu trabalho árduo. Estes lidam periodicamente com as emoções humanas e com o feedback negativo, na realidade, um “bom dia” é muitas vezes aquele em que nada de mau acontece. Em outras palavras, não há nenhum reforço positivo, simplesmente uma falta de reforço negativo. O reconhecimento positivo neste tipo de situações é muito importante, para prevenir o burnout, porque é algo que não é habitual ocorrer (Maslach, 2005).

Schaufeli et al. (2008) recorrem a uma metáfora para explicar a síndrome de burnout. É como extinguir um incêndio ou apagar uma vela. Uma vez que o fogo estava deflagrando, ele não pode continuar a arder brilhante a menos que existam recursos suficientes para manter a combustão. Com o tempo, os trabalhadores que sofrem de burnout perdem a capacidade de fornecer contribuições intensas que causam impacto. Caso eles continuem a desempenhar funções o resultado é mais como latente, tanto da

sua perspectiva como a dos outros, passando a realizar menos. Em suma, a metáfora descreve o esgotamento da capacidade dos trabalhadores para manter um envolvimento intenso, e isso reflete-se significativamente no trabalho.

Carlotto et. al. (2006) referem que o burnout corresponde a um fenómeno psicossocial relacionado diretamente à situação laboral; onde o homem busca constituir-se como sujeito através do seu trabalho e que o mesmo não se realiza de forma individual, mas sim se materializa num espaço social; e que a atividade produtiva é um elemento constitutivo da saúde mental individual e coletiva.

Gil-Monte (2005) conceituou a síndrome de burnout como uma resposta ao stress crónico no trabalho, caracterizado pela diminuição do entusiasmo pelo trabalho, pelo desgaste mental, pela apatia e culpa. A diminuição do entusiasmo pelo trabalho compromete o desempenho do indivíduo, na medida que o trabalho já não representa uma fonte de prazer pessoal e alcançar os objetivos propostos já não representa uma meta atingível.

Ainda segundo Maslach e Leiter (1997), podemos comprovar que é possível que o burnout aconteça quando existe um desequilíbrio entre a natureza do trabalho e a natureza da pessoa que desempenha o trabalho. Os autores defendem ainda que o indivíduo não inicia uma função apresentando burnout. Antes aparenta o oposto, ou seja, na maioria das vezes apresenta elevada motivação e satisfação, porém, gradualmente, esta motivação e satisfação vão sendo substituídas pela exaustão, ansiedade, raiva e falta de realização. O indivíduo crê que se trata apenas de uma crise emocional na esfera pessoal. Mas o burnout não é apenas uma crise com as pessoas do trabalho é uma crise nas relações de trabalho. Logo, o burnout surge de múltiplos fatores que se relacionam entre si e que afetam o indivíduo no domínio pessoal, sociocultural e de contexto de trabalho.

A síndrome de burnout, com toda a sua complexidade, originou o surgimento de diferentes modelos teóricos, que têm como objetivo explicar e compreender esta complexa síndrome que afeta inúmeros profissionais.

Benevides-Pereira (2002) enumera alguns modelos que surgiram para melhorar a compreensão do processo de burnout, tais como: o modelo progressivo de Edlwich e Brodsky, o modelo da síndrome de burnout de Cherniss, o modelo da síndrome de burnout de Golembiewski, Munzenrider e Carter e o modelo de Maslach, Jackson e Leiter. Existem assim vários modelos elaborados com a intenção de explicar a forma

como se desencadeia e se desenvolve o processo de burnout, sendo que a maioria encontra-se fundamentada em pesquisas realizadas com o MBI.

No nosso estudo, tendo em conta a existência de muitos modelos explicativos da síndrome de burnout, optamos pelo modelo multidimensional de Maslach e Jackson (1981), que se apresenta como o modelo dominante nos estudos no campo do burnout.

O burnout é um conceito complexo, de acordo com o modelo multidimensional de Maslach e Jackson (1981) existem três dimensões fundamentais no burnout, são elas: exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal. Estas três dimensões estão interrelacionadas entre si, e assim sendo, o burnout manifesta-se pelas três dimensões.

A exaustão emocional é a dimensão central do burnout e a manifestação mais evidente desta complexa síndrome. Quando as pessoas descrevem a si próprias e aos outros suas experiências de burnout, na maioria das vezes referem-se a uma sensação de exaustão. Dos três aspetos do burnout, a exaustão tornou-se o mais divulgado e o que tem sido mais analisado. No entanto, a constatação de que a exaustão corresponde a uma condição necessária para o burnout não significa que por si só, seja suficiente para explicar esta síndrome. Se o burnout fosse observado fora de contexto e simplesmente se centrasse na componente da exaustão no indivíduo, perder-se-ia de vista o fenómeno na sua plenitude (Maslach et. al., 2001). A exaustão é a primeira reação ao stress provocado pelas exigências do trabalho. Diz respeito a sentimentos de sobrecarga e de falta de recursos emocionais e físicos (Maslach et. al., 2008).

Os indivíduos sentem-se cansados e com falta de energia no trabalho, sem recursos emocionais e físicos para enfrentar os desafios e as exigências do local de trabalho, conseqüentemente não têm energia suficiente para manter a sua capacidade de trabalho e convivem com a constante sensação de não conseguir oferecer mais de si. A sensação de que as suas capacidades não são suficientes para responder as causas que provocam situações incómodas, indisposição física e ansiedade. Colocam os profissionais sob constantes testes aos seus limites emocionais e físicos (Maslach et. al., 1981).

Em suma, a exaustão emocional refere-se à sensação de estar sobrecarregado emocionalmente aliado ao esgotamento dos recursos emocionais e físicos. As principais causas desta exaustão são a sobrecarga de trabalho e os conflitos interpessoais no trabalho. As pessoas sentem-se “sugadas” e usadas ao máximo, sem que haja uma fonte

de reposição de energia ou recompensas profissionais. Não possuem energia suficiente para enfrentar mais um dia de trabalho (Leiter et. al., 2000).

A exaustão emocional só por si não consegue captar os aspetos críticos da relação das pessoas com o seu trabalho. Não se trata de algo que é simplesmente sentido, provoca reações de distanciamento emocional de si mesmo e cognitivamente do trabalho, presumivelmente como um modo de lidar com a sobrecarga de trabalho (Maslach et. al., 2001).

A segunda dimensão é a despersonalização, que consiste numa tentativa do indivíduo em estabelecer uma distância entre si próprio e os destinatários dos serviços que presta, ignorando as qualidades e características que tornam as pessoas únicas e envolventes. As exigências do trabalho tornam-se mais fáceis de serem geridas quando as pessoas são consideradas objetos impessoais do trabalho. O profissional recorre ao distanciamento cognitivo, desenvolvendo uma atitude de indiferença ou cínica quando está exausto e/ou desanimado. O distanciamento é uma reação imediata a exaustão, o que revela uma forte relação da exaustão com a despersonalização (Maslach et. al., 2001).

Por norma, a despersonalização é resultado da perda da motivação, do aumento da irritabilidade e da ansiedade. Os indivíduos tornam-se insensíveis e impessoais para com quem mantêm relacionamento profissional, como por exemplo, com os colegas de trabalho, clientes ou superiores, e desenvolvem atitudes despersonalizadas e de indiferença. Para se proteger o indivíduo isola-se e opta por uma atitude de distanciamento, passando a ser incapaz de lidar com as suas próprias emoções (Maslach et. al., 1981).

O componente despersonalização representa a dimensão interpessoal do burnout e refere-se a uma resposta negativa, insensível ou excessivamente desprendida a vários aspetos do trabalho, frequentemente incluindo uma perda de idealismo (Maslach et. al., 2008). A despersonalização geralmente desenvolve-se como resposta a sobrecarga de exaustão emocional e inicialmente é auto protetora - uma reserva emocional de preocupação desprendida, mas o risco consiste na transformação do distanciamento em desumanização (Leiter et. al., 2000).

A falta de realização pessoal é a terceira e última dimensão do burnout. A relação desta dimensão com as outras duas dimensões é complexa, pois a falta de realização pessoal pode surgir como consequência de uma das outras duas dimensões ou da

combinação das duas. A exaustão emocional e a despersonalização interfere com o sentimento de eficácia profissional, o profissional não consegue ter uma sensação de realização pessoal quando se sente exausto ou tem que ajudar pessoas a quem é indiferente. A falta de realização pessoal parece surgir de forma mais clara quando existe uma falta de recursos relevantes, enquanto a exaustão emocional e a despersonalização emerge da sobrecarga de trabalho e dos conflitos interpessoais (Maslach et. al., 2001). A componente de realização pessoal representa a dimensão de autoavaliação do burnout, refere-se a sentimentos de incompetência, falta de realização e produtividade no trabalho (Maslach et. al., 2008).

A falta de realização pessoal resulta da autoavaliação negativa que o profissional faz de si próprio, sentindo-se ineficaz a nível profissional e insatisfeito com a sua realização pessoal no trabalho. Este sentimento surge como consequência da diminuição das suas expectativas pessoais, de uma autoavaliação negativa, de sentimentos de fracasso e da baixa autoestima. O indivíduo encontra-se infeliz consigo próprio e com o seu percurso de desenvolvimento profissional (Maslach et. al., 1981).

A diminuição da realização pessoal refere-se a um declínio nos sentimentos de competência e produtividade no trabalho. Este sentimento de ineficácia tem sido associado à depressão e incapacidade de lidar com as exigências do trabalho, e pode ser agravado pela falta de apoio e de oportunidade para se desenvolver profissionalmente. Os profissionais experienciam sentimentos de incompetência e inadequação sobre as suas capacidades de desempenhar a atividade profissional (Leiter et. al., 2000).

As constantes e elevadas exigências do trabalho, que ultrapassam os recursos disponíveis agravam a exaustão, e as recompensas inadequadas ou sentimentos de injustiça contribuem para a despersonalização. A energia é o recurso físico e psicológico imediato à disposição dos profissionais, e a exaustão crónica diminui as reservas de energia dos indivíduos, que sem energia têm dificuldade em gerir um determinado nível de exigência. Uma sensação de realização profissional resulta de uma participação enérgica no trabalho, em contraste, uma sensação persistente de desânimo pode, potencialmente, acabar com a energia ou reduzir a participação no trabalho. A coerência entre as três dimensões do burnout define um estado de autorreforço mais equilibrado ou na extremidade positiva (um sentido de realização, sem indícios de exaustão ou despersonalização) ou na negativa (a falta de realização acompanhada por exaustão e

despersonalização) a inconsistência entre essas dimensões resulta em instabilidade (Maslach et. al., 2001).

1.1.1 O Maslach Burnout Inventory - MBI

As inter-relações entre as três dimensões do burnout têm sido objeto de muitos estudos e pesquisas teóricas. Um dos questionários mais utilizados para avaliar as três dimensões do burnout é o Maslach Burnout Inventory (MBI), por isso é considerado o instrumento padrão para a investigação no que diz respeito ao burnout (Maslach et. al., 1981, 1986). Os itens do Maslach Burnout Inventory (MBI) foram projetados para medir aspectos hipotéticos da síndrome de burnout. Dados recolhidos por meio de entrevistas, questionários e pesquisas exploratórias constituíram uma importante fonte de ideias sobre as atitudes e sentimentos que caracterizam um profissional com síndrome de burnout. O desenvolvimento do MBI foi baseado na necessidade de criar um instrumento para avaliar a experiência de burnout numa quantidade ampla de profissionais dos serviços humanos. Em adição ao significado deste conhecimento para teorias da emoção no trabalho, essas informações terão na prática o benefício de sugerir modificações no recrutamento, na formação e no projeto de trabalho que podem aliviar este grave problema (Maslach et. al., 1981).

Diversas escalas estabelecidas foram revistas para material de conteúdo útil, embora nenhum dos itens tenham sido emprestados a título definitivo. Os itens foram escritos sob a forma de declarações sobre sentimentos ou atitudes pessoais (Maslach et. al., 1981).

Os itens para o MBI, foram projetados para medir aspectos hipotéticos da síndrome de burnout, com base nos temas que surgiram a partir da pesquisa exploratória. Eles foram escritos na forma de afirmações sobre sentimentos ou atitudes pessoais (por exemplo, "Eu me tornei mais insensível para com as pessoas desde que assumi este trabalho"). A forma geral de destinatários foi utilizado nos itens para se referir às pessoas particulares a quem o inquirido fornece serviços, cuidado ou tratamento (por exemplo, "Eu lido de forma muito eficaz com os problemas dos meus destinatários"). Os itens foram respondidos em termos da frequência com que o inquirido experimenta esses sentimentos, em sete pontos, numa escala completamente assente (0: não, 1: algumas vezes por ano, 2: uma vez por mês ou menos, 3: algumas vezes por mês, 4: uma vez por

semana, 5: algumas vezes por semana, 6: todos os dias). Este formato de resposta é menos parecido com o formato característico de outras medidas de autorrelato de atitudes e sentimentos. Além disso, todos os sete pontos estão fixos sobre a dimensão frequência o que cria uma escala de resposta mais padronizada, de modo a que o investigador possa estar seguro sobre os significados assumidos pelos participantes para cada valor da escala (Maslach et. al., 2008).

Hoje, existem três versões do MBI projetadas para aplicação em diferentes contextos, o que reflete o interesse em desenvolver estudos sobre este fenómeno. A versão original do MBI (atualmente denominado por MBI – Human Services Survey ou MBI-HSS) foi desenvolvida para ser aplicada em investigações com profissionais que trabalham nos serviços humanos, incluindo prestadores de cuidados de saúde. É sobre estas profissões que incidem a maior preocupação com o burnout. O MBI – Educators Survey ou MBI - ES corresponde a segunda versão do instrumento e foi desenvolvido para ser utilizada em profissionais que exercem funções em ambientes educacionais e na área da educação (Maslach et. al., 1996). Em ambas as versões do MBI o foco são profissões onde os profissionais relacionam-se muito com outras pessoas. As três dimensões avaliadas foram: exaustão emocional, despersonalização e falta de realização profissional (Maslach et. al., 2001).

Tendo em conta o crescente interesse no burnout dentro de profissões que não são tão nitidamente orientadas para as pessoas, surge uma terceira versão do MBI, o MBI – General Survey ou MBI-GS, que foi desenvolvido em resposta a este interesse. Esta versão avalia as três dimensões do burnout tal como na medida inicial, mas os itens são ligeiramente revistos em termos mais amplos, no que diz respeito ao trabalho em geral, e não apenas para as relações interpessoais que podem representar somente uma parte desse trabalho (Maslach et. al., 1996).

O MBI-HSS é constituído por vinte e dois itens, que são indicados em termos das três subescalas. Os itens da subescala de exaustão emocional, que são nove, descrevem sentimentos de sobrecarga emocional e de exaustão por uma causa, projeto ou obra social. O item com o maior fator de carga (0,84) representa a única referência direta ao burnout ("eu sinto-me esgotado do meu trabalho"). Os cinco itens da subescala de despersonalização descrevem uma resposta insensível e impessoal para com os destinatários do cuidado ou serviço, por exemplo, "eu me tornei mais insensível para com

as pessoas desde que assumi este trabalho". Para ambas as subescalas, resultados (scores) médios mais elevados correspondem a níveis mais elevados de burnout (Maslach et. al., 2008). O MBI-HSS não avalia inteiramente o burnout fora dos serviços humanos, porque faz referências constantes aos destinatários do serviço nos itens, não só nos grupos de pontuações mas também nas subescalas, no MBI-HSS as normas estabelecidas diferem com prestadores de serviços humanos, mas o fator estrutural para o MBI não foi mantido para outros grupos profissionais (Maslach et. al., 2001).

A segunda versão do MBI, o MBI-ES, fez apenas uma alteração da medida inicial: a palavra "destinatário" foi substituída por "estudante". Na área da educação, os alunos são os "clientes" dos professores/formadores. Esta alteração garante a clareza e a coerência na interpretação dos itens (Maslach et. al., 2008).

A terceira versão do MBI, o MBI-GS, envolveu modificações mais extensas da medida inicial. Isso porque alguns investigadores haviam aplicado a escala MBI-HSS, modificada ou não, a outros grupos de profissionais além dos prestadores de serviços humanos. Estes investigadores descobriram que nas subescalas do MBI-HSS, não só os resultados dos grupos estudados diferem das normas estabelecidas para os prestadores de serviços humanos, como a diferenciação entre as três subescalas não foi assegurada. O objetivo, então, era de adaptar e alargar o MBI para que alcançasse profissões cujo foco principal não está numa relação de serviço. Assim, a versão geral do MBI, o MBI-GS, veio ampliar a definição de burnout para que se fizesse referência ao trabalho em geral e distanciar o foco inicial significativo sobre as relações de serviços (Maslach et. al., 2008), através do desenvolvimento de uma variação do MBI que manteve um fator estrutural consistente em uma variedade de profissões, incluindo os prestadores de serviços humanos, juntamente com uma variedade de profissões de gestão e técnicas (Maslach et. al., 2001).

A versão geral do MBI foi utilizada por investigadores numa variedade de grupos de profissionais, entre eles, funcionários públicos, militares, programadores informáticos, policiais, gestores e empresários. Eles constataram que nestas profissões as pessoas confrontam-se com crises de falta de energia, de envolvimento e de eficácia, compartilhando características principais com experiências de profissionais dos serviços humanos, embora o contato com as pessoas seja menos ativo e intenso (Maslach et. al., 2001).

1.2. Fatores antecedentes do burnout

Os fatores antecedentes do burnout podem ser de natureza individual e de natureza organizacional.

No que diz respeito aos fatores individuais relacionados com o burnout, estes incluem variáveis sociodemográficas como sexo, habilitações literárias, estado civil, filhos, idade, antiguidade na organização, entre outras (Benevides-Pereira, 2002).

No que se refere ao sexo, Soares (2007) num estudo realizado com objetivo de analisar a ocorrência de burnout entre as mulheres, concluiu que cerca de 21% das mulheres alvo de estudo apresentaram alto nível de burnout, em maior incidência nas mais jovens, nas divorciadas e com poucas habilitações literárias.

Maslach et. al. (1985) defendem que as mulheres, em comparação com os homens, desenvolvem burnout com maior facilidade, ou seja, são mais suscetíveis a síndrome de burnout. Mas, no entanto, ser homem ou mulher, por si só, não é determinante do burnout, a única diferença consistente entre os sexos que surgiu a partir da análise dos dados aparece no aspeto despersonalização do burnout, onde os homens continuam a ter resultados mais elevados do que as mulheres. Estes resultados sugerem que as mulheres podem ter uma vantagem sobre os homens em lidar com as tensões emocionais resultantes do "trabalho com pessoas". Outra interpretação suportada pelos resultados é a de que as mulheres aparentavam menores intenções em reduzir seu contato com o público e em deixar o emprego.

Benevides-Pereira (2002) vem corroborar com os autores, afirmando que não tem havido unanimidade quanto à possibilidade de maior ocorrência de burnout, influenciado pelo sexo da pessoa. E que de modo geral, as mulheres têm apresentado valores mais elevados na dimensão exaustão emocional e os homens na dimensão despersonalização. Estas diferenças podem ser justificadas pelos papéis socialmente aceites e estereótipos de género que estão incutidos na sociedade. Como as mulheres expressam-se mais livremente, pode ajudar a aliviar sentimentos negativos de raiva e hostilidade, enquanto o oposto acontece relativamente ao sexo masculino. No entanto, a dupla jornada de trabalho das mulheres pode justificar os elevados valores da exaustão emocional.

Gil-Monte (2002) realizou um estudo com enfermeiros cujas conclusões vão de encontro com o que já foi referido pelas autoras anteriormente citadas. Concluiu que os homens apresentam valores na dimensão despersonalização significativamente mais altos

que as mulheres. O autor justifica estes elevados valores do sexo masculino na dimensão despersonalização como um reflexo da repressão das emoções ou pela relevância dada pelo género masculino a realização pessoal. Se por um lado os homens são competitivos, por outro os seus sentimentos de masculinidade estão dependentes do alcance do sucesso e da realização pessoal e profissional.

Assim sendo, a despersonalização pode surgir da desconfiança naqueles com quem se encontram em competição, o que conseqüentemente resultará em sentimentos hostis e antissociais, principalmente quando colocados sob stress (Schaufeli et. al., 2001).

Um estudo realizado por Carlotto (2011) com uma amostra de profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, com o intuito de verificar a relação do burnout com algumas variáveis demográficas, vem corroborar com os autores anteriormente citados, a autora concluiu que são as mulheres que apresentam maiores níveis de exaustão emocional e despersonalização e menor de realização profissional.

No que concerne as habilitações literárias, estas podem resultar em algumas implicações psicológicas importantes para o burnout. Os indivíduos com níveis mais elevados de escolaridade provavelmente possuem elevadas expectativas para o seu futuro profissional, além de ambicionarem grandes feitos e realizações. Elevados níveis de habilitações literárias podem ser considerados como entrada assegurada para empregos bem remunerados, com notoriedade e acesso ao poder. Mas, caso o trabalho não corresponda às expectativas, pode desencadear sentimentos de infelicidade e insatisfação. Os indivíduos com níveis mais elevados de habilitações literárias apresentam maior propensão para o burnout, porque possuem elevadas expectativas profissionais ou maior nível de responsabilidade, o que poderá justificar esta tendência para o aumento do burnout em indivíduos com esta característica (Maslach et. al., 2001; Benevides-Pereira, 2002). Isto é, quanto maior for o nível de escolaridade do indivíduo maior será a probabilidade de ocorrência de burnout, uma vez que elevados níveis de habilitações literárias estão relacionados com uma elevada responsabilidade, o que resulta em maior incidência de burnout (Maslach et. al., 1985).

Relativamente ao estado civil, tem existido alguma discórdia entre os investigadores. Alguns defendem que o fato dos profissionais serem casados e possuírem um relacionamento afetivo estável são menos propensos ao burnout, ao contrário dos solteiros, viúvos e divorciados que apresentam maiores níveis de burnout. Outros

investigadores afirmam que não existe nenhuma relação significativa entre uma coisa e outra, porque mais importante do que ter um relacionamento é a qualidade do relacionamento (Maslach et. al., 2001; Benevides-Pereira, 2002). Maslach et. al. (1985) defendem que os solteiros têm uma maior propensão para desenvolverem maiores níveis na dimensão exaustão emocional e despersonalização e menores na realização pessoal, em comparação com os que possuem uma relação emocional estável. A existência da família é considerada um fator protetor da incidência de burnout.

Segundo Carlotto (2011) os profissionais casados revelam valores mais altos na dimensão exaustão emocional e despersonalização e mais baixos na realização profissional. Perante os dados obtidos, a autora supõe que os profissionais casados não recebam o devido apoio por parte do companheiro ou companheira, ou pode ainda estar associado aos horários e/ou turnos de trabalho do profissional de saúde que podem ser incompatíveis com o do marido ou da esposa. Determinadas características de uma função, como trabalhar à noite e/ou por turnos e em fins-de-semana, estão relacionadas com o burnout e têm implicações na vida social e familiar.

No que respeita à presença ou ausência de crianças na família, estudos indicam que profissionais com filhos obtiveram níveis mais baixos em todas as três dimensões do burnout em comparação com os sem filhos, e tal foi equitativamente verdade para os dois sexos. Uma possível interpretação para esses resultados é a de que os indivíduos que são pais tendem a ser aqueles que se encontram na fase adulta da vida e têm um maior nível de maturidade no que diz respeito ao seu desenvolvimento psicológico, o que resulta numa perspetiva diferente sobre a vida e um estilo de vida mais estável (Maslach et. al., 2001; Benevides-Pereira, 2002).

Por sua vez, Carlotto (2011) vem afirmar que a presença de crianças está relacionada com elevados níveis de despersonalização e baixos de realização pessoal no trabalho, no caso particular das profissionais que têm filhos, estas referiram sentimentos de ressentimento e culpa em não conseguir acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos filhos, algo considerado fundamental para a vida afetiva das profissionais. A organização do trabalho, as escalas e plantões nos feriados e nos fins-de-semana, representa um entrave na relação com os filhos, sobretudo quando esses são bebés ou crianças. As profissionais mencionaram que a situação é agravada quando o cuidado dos filhos depende da ajuda de terceiros. O peso da culpa da ausência na fase de crescimento

dos filhos pode levar ao abandono da profissão.

No que se refere a variável demográfica idade, o burnout ocorre com maior frequência nos profissionais mais jovens, principalmente entre aqueles que ainda não atingiram os 30 anos de idade. A falta de experiência, por se encontrarem no início da carreira que se reflete na insegurança, aliada a uma realidade que nem sempre condiz com as expectativas iniciais idealistas e as exigências do trabalho, podem justificar a vulnerabilidade dos jovens ao burnout (Benevides-Pereira, 2002; Maslach et. al., 2001).

Em relação a faixa etária Carlotto (2011) concluiu que os profissionais entre os 18 e os 30 anos de idade apresentam maior nível de exaustão emocional, consequência da, já referida, incapacidade dos jovens em lidar com a sobrecarga de trabalho e com as expectativas iniciais criadas sobre o trabalho que são, muitas vezes, pouco realistas. Os resultados vão de encontro com os encontrados pelos autores anteriormente referidos.

Em relação a antiguidade na função, alguns autores defendem que a ocorrência da síndrome de burnout pode ser gradual e desenrolar-se ao longo de anos na função, atingido o seu nível mais alto entre os 10 e 15 anos, decrescendo posteriormente. Outros afirmam que o burnout afeta os jovens profissionais, no início da carreira, devido à pouca experiência profissional ou a fatores associados a idade (Benevides-Pereira, 2002). Freudenberger (1974) defende que a síndrome de burnout manifesta-se a partir do primeiro ano na organização.

No que diz respeito as variáveis organizacionais são os profissionais que possuem entre 6 a 10 anos de experiência que apresentam elevados níveis de exaustão emocional, e após um determinado tempo no desempenho da profissão, o profissional pode experimentar um período de sensibilização, tornando-se mais vulnerável. Essa sensibilização deve-se ao fato de que, após esse tempo de desempenho da atividade profissional, já houve a transição das expectativas idealistas iniciais da profissão para a prática quotidiana (Carlotto, 2011).

Segundo Carlotto (2011), os profissionais que trabalham entre 20 a 30 horas semanais apresentam maior nível de exaustão emocional, despersonalização e falta de realização profissional. O profissional pode exercer funções em outras instituições, o que resulta numa carga horária mensal excessivamente longa e cansativa. Os inquiridos que afirmaram trabalhar em outra organização, apresentaram um maior nível de despersonalização, que pode ser associado a sobrecarga de trabalho. O profissional ao

desempenhar funções em mais do que uma organização, tem um número elevado de pacientes e confronta-se com normas de trabalho diferentes, além de precisar lidar com outras chefias e colegas de trabalho.

Os profissionais da área de saúde estão sujeitos a ritmos de trabalhos exigentes, tornando o trabalho desgastante. O trabalho por turnos pode acarretar diversos transtornos, tanto físicos como psicológicos, os mais propensos são os que precisam realizar mudanças em curtos períodos de tempo, nomeadamente a cada 3 dias, com turnos alternados entre o período diurno ou noturno e vice-versa (Peiró, 1999 cit in Benevides-Pereira, 2002).

No início da pesquisa no campo do burnout, várias características do ambiente de trabalho, tais como a carga de trabalho e a ambiguidade, foram relacionados ao burnout, e alguns destas interagem com o nível do ego individual e com características de personalidades (Gann, 1979 cit in Maslach et. al., 1981).

Maslach et. al. (1997) defendem que o burnout resulta das características do ambiente organizacional, e não das características do indivíduo. Esta abordagem propõe que quanto maior o desequilíbrio, ou desajuste entre a pessoa e o seu trabalho, maior a probabilidade de desgaste e consequentemente de burnout.

Os fatores de risco organizacional destacados pelas autoras, acima referidas, são: a sobrecarga de trabalho, falta de controlo, ausência de recompensas, relacionamento conflituoso com os colegas, ausência de justiça e conflitos de valores. Cada fator tem uma relação distinta com o burnout e uma avaliação global de todos é necessária para fazer uma análise aprofundada do impacto do local de trabalho nos profissionais.

A sobrecarga de trabalho é o primeiro fator de risco que desencadeia o burnout. Resumidamente, as exigências do trabalho excedem os limites humanos. Os profissionais sob sobrecarga de trabalho consideram que têm demasiado trabalho e que precisam fazer muito em pouquíssimo tempo, aliado à falta de recursos para o desempenhar com eficácia e ao ritmo galopante do trabalho onde o tempo para realizar determinada tarefa é cada vez mais reduzido. Em muitas das profissões dos serviços humanos, esse tipo de sobrecarga de trabalho é uma condição crónica e não uma emergência ocasional, por isso são poucas as oportunidades de descanso, recuperação e restauração do equilíbrio. É então desencadeado um desequilíbrio entre as exigências do trabalho e as capacidades dos indivíduos para responder a essas exigências. A sobrecarga representa um importante

preditor da dimensão exaustão emocional do burnout, pois contribui para exaustão emocional tanto em termos qualitativos quanto quantitativos, esgota e deteriora a capacidade dos indivíduos de enfrentar as exigências do trabalho e desencadeia um desequilíbrio entre a esfera profissional e pessoal do profissional. Por exemplo, o tempo que deveria ser dedicado a família passa a ser sacrificado em favor do trabalho. O resultado desta situação pode conduzir a uma deterioração da qualidade do trabalho e das relações interpessoais no trabalho – consequentemente pode originar a síndrome de burnout (Maslach et. al., 1998; Leiter et. al., 2000).

O segundo fator de risco de burnout advém da falta de autonomia, quando o indivíduo possui pouca autonomia no desempenho das suas funções. Como seres humanos racionais, as pessoas detêm a capacidade de pensar e de encontrar soluções para resolver problemas, e desejam ter a oportunidade e autonomia para fazer escolhas e tomar decisões. Em outras palavras, querem dar algum contributo para o alcance dos resultados, pelos quais também são responsabilizadas. Quando as pessoas são constrangidas por políticas rígidas e apertado monitoramento não resta muito espaço para que possam melhorar, personalizar ou inovar, como resultado não se sentem eficazes ou responsáveis pelos resultados. Os profissionais que são submetidos a constantes e apertados controles de gestão, não podem utilizar a sua sabedoria e experiência profissional na tomada de decisão. Quando os indivíduos não possuem autonomia sentem que serão responsabilizados por situações das quais não têm nenhuma culpa, tendo em conta que não podem tomar determinadas decisões. Em contraste, as pessoas que estão mais comprometidas obtêm maior satisfação em ações que tenham escolhido livremente. A experiência de participar no processo de tomada de decisão tem um impacto duradouro na vida organizacional e a responsabilização torna os resultados melhores (Maslach et. al., 1998; Leiter et. al., 2000).

Outro fator de risco assenta na ausência de reconhecimento, que resulta do sentimento de falta de reconhecimento apropriado pelo trabalho realizado. Ou seja, o profissional sente que não está a ser adequadamente reconhecido pelo seu trabalho. Esta falta de reconhecimento desvaloriza tanto o trabalho como os profissionais, visto que para os indivíduos a existência de alguém que se preocupe com a qualidade do seu trabalho e que tenha conhecimento sobre o mesmo é de extrema importância. Como já referimos anteriormente, os profissionais das áreas da saúde e dos serviços humanos

lidam constantemente com emoções e com feedback negativos, sendo o feedback positivo quase excluído do processo. Perante este cenário, estes profissionais estão mais sujeitos à ocorrência de burnout. O feedback tem um papel importante no reconhecimento profissional, pois os indivíduos fazem o seu melhor e gostam de receber feedback sobre o seu desempenho e dedicação. Outras recompensas (monetárias) são oferecidas, por norma, entre as recompensas recebidas encontram-se os prémios externos, salários e benefícios. Mas a perda de recompensas internas (como o orgulho em fazer algo importante e fazê-lo bem) também pode constituir uma parte crítica desse fator de risco de Burnout (Maslach et. al., 1998; Leiter et. al., 2000).

No que respeita ao quarto fator de risco, este surge do relacionamento que o profissional mantém com os indivíduos com quem trabalha. Quando os profissionais perdem o sentimento de conexão positiva com os outros no local de trabalho, as relações interpessoais passam a ser baseadas na falta de confiança e de suporte. Como consequência ocorre uma quebra no sentido de comunidade, resultando em hostilidade e competição entre todos os envolvidos, e em conflitos nem sempre fáceis de serem resolvidos. As pessoas prosperam em comunidade e funcionam melhor quando compartilham louvor, conforto, felicidade e humor com pessoas de quem gostam e respeitam. Infelizmente, algumas organizações isolam as pessoas umas das outras ou impedem que haja contato e relacionamento interpessoal no local de trabalho. Perante tais condições, particularmente a inexistência de um grupo de apoio, os níveis de stress e de burnout serão elevados e o trabalho será penoso. No entanto, o que se torna mais destrutivo no local de trabalho é o conflito instalado e sem solução, pois os conflitos produzem constantes sentimentos negativos, de frustração e hostilidade, além de reduzir a probabilidade de suporte social (Maslach et. al., 1998; Leiter et. al., 2000).

O quinto fator de risco, a ausência de justiça, representa um fator importante para a compreensão do burnout. A perceção de injustiça e falta de equidade no trabalho é, presumivelmente, o melhor preditor da dimensão de despersonalização do burnout, já referida anteriormente. A equidade transparece o respeito e confirma a autoestima dos indivíduos, o respeito mútuo entre as pessoas é fundamental para estabelecer um sentimento comum de comunidade. Sentimentos de injustiças podem suceder quando há desigualdades na distribuição da carga de trabalho ou na remuneração, ou quando se engana os trabalhadores, ou quando as avaliações e as promoções são manipuladas. Caso

os trabalhadores tenham a percepção de que os procedimentos de reclamação ou de resolução de conflitos não permitem que ambas as partes tenham voz, o resultado contribuirá para o aumento do sentimento de injustiça. A falta de equidade compromete o envolvimento do indivíduo com o trabalho e agrava o burnout de duas maneiras. Em primeiro lugar, a experiência de tratamento injusto é desgastante, e quando tratadas de forma injusta, as pessoas reagem com raiva, mágoa e ansiedade, observam a situação na ofensiva, procuram encontrar meios para influenciar eventos ou forçar um outro resultado. Mesmo quando se sucedem acontecimentos que, aparentam, à primeira vista, serem insignificantes ou banais, caso recebam uma resolução injusta podem desencadear emoções intensas o que por conseguinte pode resultar em perturbações psicológicas no profissional. A rivalidade pessoal para com quem os tratou injustamente mantém a revolta emocional viva, como consequência da revolta emocional podem ocorrer distúrbios no sono e fadiga. Contestar tratamentos injustos torna-se emocionalmente desgastante, demorado, e raramente leva à ação significativa. Em segundo lugar, as decisões abusivas apontam para uma cultura organizacional enfraquecida, incapaz de acabar com os preconceitos pessoais e que favorece as ambições das pessoas com autoridade que determina a localização dos recursos e o acesso às oportunidades, é um sinal de que nem os valores defendidos pela organização numa declaração de missão bem elaborada e assumida, nem os valores pessoais praticados pelos trabalhadores conduzem a vida organizacional. A existência de equidade indica que os indivíduos e a organização têm uma perspectiva comum sobre o trabalho da organização e se reflete na contribuição positiva dos trabalhadores para a sua missão. A confiança necessária para apoiar o envolvimento produtivo com o trabalho é construída pela equidade (Maslach et. al., 1998; Leiter et. al., 2000).

O sexto e último fator de risco, a ausência de valores, reflete uma desarmonia entre as exigências do trabalho e os princípios dos indivíduos. Em alguns casos, as pessoas podem ser constrangidas pelo trabalho e levadas a fazer coisas que são antiéticas e não estão de acordo com seus próprios valores. Por exemplo, elas poderiam ter de mentir ou ser de outra forma enganadoras ou não verdadeiras. Em outros casos, as pessoas podem tornar-se reclusas dos valores conflitantes da organização, como quando há uma discrepância entre a declaração de missão sublime e a prática. Os valores organizacionais são a identidade de uma organização e o indivíduo sente-se aliciado para determinado

trabalho com base nestes valores, além de estabelecerem uma ligação motivacional entre o trabalhador e o local de trabalho. Os conflitos de valores resultam do conflito entre os valores do próprio indivíduo e os valores da organização, sendo que o trabalhador tem que combater o conflito, ou seja, gerir os seus princípios e lidar com a sua vontade e o trabalho que tem que desempenhar. A existência de coesão entre valores individuais e organizacionais constroem o comprometimento, o que justifica que trabalhadores com energia sejam destacados para postos de trabalhos altamente exigentes, incentivando o envolvimento e eficácia do trabalhador e contribuindo para atingir objetivos pessoais, representando um poderoso incentivo para os indivíduos. Quando existe esse incentivo, os indivíduos contribuem para o trabalho, bem como para a missão da organização, na qual as pessoas podem ser recompensadas com oportunidades adicionais de trabalho. Como tal, a coesão dos valores produz uma dinâmica de auto perpetuação que apoia o envolvimento com o trabalho. Mas, caso esta incompatibilidade de valores não seja comedida, os indivíduos podem começar a sofrer de burnout (Maslach et. al., 1998; Leiter et. al., 2000).

A importância deste tipo de abordagem para o burnout é que se a atenção for concentrada na relação entre a pessoa e a situação, em vez de numa ou noutra isoladamente, fornece uma alternativa para identificar os fatores de risco de burnout em qualquer contexto de trabalho, e para projetar intervenções que realmente incorporem mudanças situacionais, junto com as pessoas. Além disso, a identificação e reconhecimento desses seis fatores de risco organizacionais amplia o leque de opções para intervenção. Por exemplo, em vez de se concentrar exclusivamente na sobrecarga de trabalho para as intervenções (como ensinar as pessoas a lidar com a sobrecarga ou como relaxar no trabalho), focalizar em alguns dos outros fatores pode ser mais eficaz. Não está claro se alguns fatores de risco são mais importantes do que outros, ou se há um número mínimo onde será mais provável desencadear-se o burnout, mas esta abordagem permite lidar com o burnout individual no contexto organizacional e nas situações de trabalho (Maslach et. al., 1998).

Para diminuir o burnout, indivíduos e organizações devem primeiro identificar os fatores de risco, e em seguida, elaborar soluções sob medida para melhorar dentro de cada fator. No caso dos trabalhadores de organizações sem fins lucrativos, estes estão mais propícios à sensação de sobrecarga de trabalho por dois motivos: em primeiro

porque, organizações sem fins lucrativos são, muitas vezes, confrontadas com a escassez de recursos. Deste modo, os trabalhadores contam com pouco tempo e poucos recursos para responder com eficácia à carga de trabalho. Em segundo lugar, os trabalhadores de organizações sem fins lucrativos possuem grandes expectativas iniciais e estão obstinados a resolver problemas verdadeiramente monumentais. O idealismo destes trabalhadores pode levá-los a ultrapassar os limites e envolver-se demasiado, e embora não enfrentem os mesmos dilemas éticos com que muitos trabalhadores de organizações com fins lucrativos se deparam, enfrentam conflitos de valores de um outro tipo: entre a altura dos seus ideais e a realidade do seu trabalho diário (Maslach et. al., 2005).

Maslach (2005) defende que a estrutura e a dinâmica do local de trabalho norteiam a interação entre as pessoas e a maneira como realizam o seu trabalho. Quando no local de trabalho não é reconhecido o lado humano do trabalhador e existem grandes lacunas entre a natureza do trabalho e a natureza das pessoas, então, haverá um maior risco de burnout. O modelo de medida do burnout, com a identificação dos seis fatores de risco organizacional, resulta numa ferramenta de diagnóstico importante para adequar soluções aos problemas reais.

Concluindo, o burnout reflete uma relação difícil entre as pessoas e o seu trabalho. Reverter o burnout requer um foco em ambos, nas pessoas e nas organizações, e combater o burnout não é apenas uma questão de reduzir os seus indicadores negativos. O burnout deve ser contrariado com o comprometimento, assim a exaustão será substituída pelo entusiasmo, a indiferença pela compaixão e a ansiedade pela eficácia. (Maslach et. al., 2005).

Outro fator de risco organizacional, que abrange os fatores de risco já referidos e que possui uma importância significativa, diz respeito ao clima organizacional. Segundo Hock (1980, cit in Correia, 1997), o clima organizacional consiste no ambiente psicológico no qual os comportamentos dos indivíduos ocorrem. Se o clima organizacional for percebido como adequado resultará no inverso do burnout. O aparecimento da síndrome de burnout pode ser consequência do ambiente organizacional, das características da função e de outras variáveis organizacionais, tais como, autonomia e tomada de decisão.

1.3. Consequências do burnout

As consequências e os danos da síndrome de burnout irão afetar negativamente a organização e o indivíduo, mas não só, também têm um impacto negativo na qualidade de vida no trabalho e na deterioração da qualidade de vida pessoal.

Ao nível do indivíduo pode implicar o abandono do posto de trabalho ou da profissão após anos de investimentos financeiros em formação académica e profissional. Na esfera afetiva pode provocar rutura de laços de amizade e das relações familiares, e no que concerne a organização os efeitos refletem-se na produtividade, na imagem de eficiência da organização, nos custos com possíveis tratamentos de saúde dos trabalhadores, na contratação e na formação de novos profissionais (Benevides-Pereira, 2002).

Jackson e Maslach (1982, cit in Correia, 1997) referem que uma das primeiras reações ao burnout é o afastamento, estas reações de afastamento originam a redução do tempo disponível para o trabalho, longos intervalos e distanciamento o mais possível da função. O afastamento pode ser físico, em que o indivíduo se ausenta, ou psicológico, em que apesar de presente, mentalmente não está. Os autores acrescentam que o desejo de afastamento, não está apenas associado à função mas também com às interações com a família e amigos.

Podem emergir outras consequências do burnout, nomeadamente a diminuição dos níveis de rendimento no trabalho, de implicação e da satisfação laboral, causando o aumento do absentismo e turnover e insatisfação no trabalho (Correia, 1997).

Muitos estudos têm sido realizados devido às consequências que o absentismo e o turnover têm na organização (Correia, 1997). Maslach e Jackson (1981) investigaram a relação das variáveis do burnout com o absentismo e o turnover, e verificaram que existe uma relação significativa entre o burnout e a intenção de deixar o trabalho, sendo o absentismo e o turnover preditores de altos resultados na subescala de despersonalização do MBI.

Em relação à insatisfação no trabalho, Correia (1997) menciona que na maioria dos estudos realizados constatou-se uma relação entre o burnout e a insatisfação no trabalho, estando as características negativas do trabalho relacionadas ao burnout, que por conseguinte estão relacionadas com a diminuição na satisfação do trabalho.

Segundo Maslach et. al. (1981) o burnout pode conduzir a decadência da qualidade

do atendimento ou serviço prestado pelos profissionais. Representa um fator responsável pela baixa autoestima, e além disso, o burnout parece estar relacionado com vários auto relatados de sofrimento pessoal, entre eles a exaustão física, perturbações do sono, o aumento do consumo de álcool e drogas, e ainda problemas conjugais e familiares.

Tecedeiro (2004) refere que a síndrome de burnout pode provocar sofrimento pessoal, que se manifesta através de sinais psicossociais diversos como: quebra da produtividade; aumento do absentismo; baixas médicas de longa duração; pedidos de reformas antecipadas; episódios depressivos graves; e perturbações psicossomáticas graves.

Por sua vez, Langle (2003) entende o burnout como um estado de constante cansaço devido ao trabalho. Este é o principal sintoma e a característica geral de esgotamento a partir do qual todos os outros sintomas podem ser derivados. Um estado de esgotamento afeta o bem-estar geral do indivíduo. Assim sendo, o burnout influencia a experiência subjetiva que por sua vez afeta as decisões, atitudes e ações de uma pessoa.

Bakker et. al. (2014) argumentam que o burnout tem um efeito negativo sobre o exercício diário das funções dos trabalhadores, porque o burnout diminui os níveis de rendimento do trabalho diário dos trabalhadores, aumenta o cansaço e o auto enfraquecimento. Por isso, trabalhadores com a síndrome de burnout ou aqueles em risco de esgotamento precisam da ajuda de outras pessoas, para que as causas estruturais que prejudicam a saúde e a capacidade de trabalho sejam modificadas. A gestão deve desenvolver políticas para que sejam criadas condições mais favoráveis que dê respostas as exigências estruturais do trabalho e a escassez de recursos, especialmente para aqueles que estão em risco de burnout. Discutir as condições de trabalho com os trabalhadores, é uma intervenção possível. Podem ainda, tentar identificar e desenvolver recursos de trabalho que promovam o comprometimento e que ajudem a lidar com as exigências do trabalho. Os líderes devem receber formação para melhor gerir os seus subordinados, e para que aprendem à dar feedback adequado e construtivo, bem como a estabelecer metas claras e alcançáveis.

Benevides-Pereira (2002) defende que as consequências do burnout podem estar presentes em quadro níveis, são eles:

- Fisiológico, o indivíduo sente-se sob uma constante fadiga, sofre com distúrbios no sono e insónias, não se alimenta adequadamente, sofre com dores musculares, entre

outros sintomas;

- Psicológico, alterações de humor e de memória, sentimentos de fadiga emocional e depressivos, baixa autoestima, falta de paciência e irritabilidade, entre outros sentimentos psicológicos. Tais sintomas irão trazer consequências no relacionamento interpessoal no trabalho, tanto com os colegas como com os clientes;

- Conduta/comportamental, a concentração no desempenho das funções sofre alterações, o indivíduo sente-se incapaz de relaxar e age com agressividade, torna-se resistente as mudanças organizacionais e tem dificuldade em aceita-las, não é proativo, entra em conflitos com os colegas de trabalho, entre outros;

- Sintomas defensivos, o indivíduo recorre a este mecanismo para se defender contra uma necessidade que lhe causa mau, pode incluir absentismo, diminuição da qualidade do trabalho, atitudes cínicas e irónicas.

Estes sintomas, acima enumerados, não afetam o indivíduo em conjunto e de uma só vez, nem da mesma maneira. A manifestação destes sintomas e a sua ocorrência dependerão das características individuais, da predisposição genética ou das experiências sociais de cada indivíduo em particular (Benevides-Pereira, 2002).

Os indivíduos em burnout podem ter um impacto negativo nos seus colegas de trabalho, seja por serem responsáveis por grandes conflitos pessoais ou por provocarem alterações nas tarefas rotineiras do trabalho. É possível olhar para o burnout como “contagioso” e transmissível por meio das interações informais no local de trabalho. Os trabalhadores que sofrem de burnout realizam o mínimo, faltam regularmente ao trabalho, saem antes do horário terminar, abandonam o posto de trabalho em maior número ao contrário dos trabalhadores comprometidos. Na opinião geral dos gestores os trabalhadores estão apenas enfrentando um mal dia, então trata-se de um problema pessoal, não de uma preocupação importante para a organização. No entanto, os tipos de problemas identificados tanto por investigadores como por profissionais sugerem que o burnout deveria ser considerado uma preocupação importante porque pode acarretar elevados custos, tanto para a organização como para o trabalhador (Maslach, 2004).

A relação da saúde com o burnout tem estado sempre no centro das investigações sobre o tema. Esse tem sempre exibido um impacto negativo tanto na saúde física (sobretudo problemas cardiovasculares), como no bem-estar psicológico. A dimensão exaustão emocional, da síndrome de burnout, tem sido correlacionada com diversos

sintomas físicos, são eles: dores de cabeça, distúrbios gastrointestinais, tensão muscular, hipertensão arterial, episódios de constipações e gripe e distúrbios de sono. Já o ambiente de trabalho foi mais preditivo de sintomas e comportamentos associados com dores musculares. O burnout também está associado a perturbações no indivíduo, sobretudo em termos de saúde física e mental, existe ainda evidências do aumento do abuso de substâncias, de conflitos conjugais e familiares (Leiter et. al., 2000).

No caso específico dos profissionais de saúde a experiência de perturbação emocional no trabalho é suscetível de ser interpretada como uma falta de profissionalismo. Como consequência, esses profissionais passam a questionar-se sobre a sua aptidão para trabalhar no setor da saúde e sentem que as suas realizações pessoais encontram-se aquém das expectativas. Estas falhas podem ser tanto em função da configuração do trabalho como pessoais, prestar cuidados de saúde de qualidade pode ser difícil num contexto onde há falta de pessoal, formação profissional débil ou recursos inadequados e muitas vezes escassos. Perante estas circunstâncias, os profissionais de saúde podem começar a desenvolver uma autoavaliação negativa, o que prejudicará o desempenho no trabalho ou radicalmente conduzirá ao completo abandono do trabalho (Leiter et. al., 2000).

O burnout ganhou protagonismo no mundo do trabalho porque vem enumerar grande parte das consequências do impacto das atividades profissionais no trabalhador e deste na organização (Benevides-Pereira, 2002).

Reduzir e prevenir o burnout requer a compreensão dos seis fatores de risco organizacionais anteriormente citados. Esses fatores têm uma variedade de consequências no modo como os indivíduos sentem-se em relação ao trabalho. Esta visão interativa do burnout fornece abordagens ricas e dinâmicas para a compreensão do impacto do ambiente de trabalho sobre a saúde do trabalhador (Leiter et. al., 2000).

A síndrome de burnout requer conhecimento e compreensão, não podemos encarar o burnout como algo passageiro. É necessário criar estratégias para prevenir e intervir neste campo. Hoje, estamos sujeitos a constantes e repentinas mudanças na esfera organizacional, as empresas e as organizações enfrentam desafios diários para conseguir responder eficazmente aos clientes e as exigências do mercado cada vez mais globalizado. Aos trabalhadores é exigido mais empenho, mais dedicação, que sejam multifacetados e competitivos, em meio a tantas imposições não se pode ignorar o

bem-estar dos trabalhadores e a saúde ocupacional com pena de deteriorar a qualidade do trabalho ou serviço prestado pelos profissionais. Os gestores de recursos humanos devem ser capazes de intervir para que os efeitos do burnout, no indivíduo e na organização, sejam minimizados. Devem ser criadas condições de trabalho dentro de um clima organizacional estável e saudável, onde a saúde ocupacional e o bem-estar dos trabalhadores sejam assegurados.

1.4. O burnout nos profissionais da área de saúde

Hoje, o contexto laboral não se distancia do contexto social, o trabalho desenvolve-se num contexto social de interação e partilha. O trabalho na área da saúde é particularmente social, os profissionais trabalham em equipas o que exige interação permanente entre os colegas de trabalho, supervisores, profissionais e técnicos de outras áreas de especialidade ou grupos de trabalho. Para além disso, a grande parte do trabalho nos cuidados de saúde refere-se, direta ou indiretamente, à assistência ao paciente, onde a interação com o paciente e com seus familiares, torna-se imprescindível. O resultado deste intenso e necessário contato com o paciente e com os seus entes queridos, é o distanciamento psicológico, o distanciamento representa uma característica fundamental do burnout e tem um papel importante no trabalho do profissional de saúde. O conceito primordial de burnout nos serviços humanos defende que a relação emocional dá origem a uma ligação entre o profissional e o paciente, e na tentativa de não construir sentimentos e de lidar com a exaustão, os profissionais recorriam a despersonalização do paciente (Maslach et. al., 1981).

Como é característico das profissões de ajuda, os profissionais da área da saúde mantêm um elevado nível de contato social com os pacientes ou destinatários dos serviços e com os colegas de trabalho. Para os profissionais que apresentam níveis altos de ansiedade e de apego, o contato social durante o tratamento e no contexto de trabalho, pode implicar o gasto de energias superior ao habitual, o que conseqüentemente estará na origem da elevada exaustão (Leiter, 2015).

As relações sociais problemáticas associadas a ansiedade e as relações de distanciamento relacionadas com a possível prevenção podem interferir com a capacidade dos profissionais de experienciar sentimentos de realização pessoal ou para certificar a sua eficácia profissional por meio do seu trabalho. Boa parte dos cuidados hospitalares

representam um trabalho e um esforço de equipa, onde os diferentes grupos profissionais da área da saúde têm que interagir em conjunto com um determinado paciente enfrentando uma série de mudanças. Por outro lado, a grande maioria das realizações e conquistas alcançadas são resultado do trabalho em equipa e portanto são compartilhadas e nunca exclusivas, profissionais inseguros podem demonstrar dificuldades em compartilhar realizações de equipa. Outra consequência da insegurança do profissional advém da ausência de relações terapêuticas fortes entre o profissional e o paciente, que fará com que o paciente coloque em causa o feedback transmitido pelo profissional, logo é de prever que os profissionais mais inseguros tenham um menor nível de eficácia profissional no trabalho. Os profissionais com níveis elevados de burnout necessitam de ajuda para modificar estruturalmente as suas condições de trabalho e o seu estado de saúde (Leiter, 2015).

A relação de cuidado entre o profissional de saúde e o paciente envolve experiências emocionais significativas, algumas são extremamente gratificante e edificante como quando o paciente recupera-se por causa dos esforços do profissional, no entanto outras experiências são emocionalmente stressantes para o profissional de saúde, tais como trabalhar com pacientes difíceis ou desagradáveis, ser portador de "más notícias" para os pacientes ou para as suas famílias, lidar com a morte de pacientes e a existência de conflitos com colegas de trabalho ou superiores. Estas tensões emocionais são algumas vezes esmagadora e conduzem a exaustão emocional (Leiter, 2000).

Como meio de autodefesa contra sentimentos perturbadores os profissionais da área da saúde podem diminuir a sua compaixão para com os pacientes, recorrendo ao distanciamento psicológico tendo como objetivo evitar envolver-se demasiado e manter uma distância objetiva. Por exemplo, caso o paciente tenha uma condição que seja transtornante de se ver ou difícil de lidar com, torna-se mais fácil para o profissional prestar os cuidados necessários se pensar no paciente como um determinado caso ou sintoma em vez de o encarar como um ser humano sob sofrimento. No entanto, conseguir obter uma situação ideal entre a compaixão e a distância emocional é difícil na prática e muitas vezes o equilíbrio desvia-se em direção a uma perceção negativa e despersonalizada dos pacientes, uma visão depreciativa dos pacientes é suscetível de ser acompanhada por um declínio na qualidade do cuidado prestado pelos profissionais. A ausência de formação académica e profissional, capaz de prover os profissionais de saúde

de competências pessoais e técnicas para que sejam aptos a responder as exigências emocionais do seu trabalho tem um impacto significativo no desempenho profissional destes indivíduos. Logo, a experiência de turbulência emocional no trabalho pode ser suscetível de ser percebida como falta de profissionalismo. Conseqüentemente, esses profissionais colocam em causa a própria aptidão para trabalhar e construir uma carreira na área da saúde e sentem que as suas realizações pessoais estão aquém das suas expectativas. Os profissionais de saúde podem desenvolver uma autoavaliação negativa, o que prejudicará o desempenho no trabalho ou no extremo conduzirá ao abandono do trabalho ou da carreira por completo (Leiter, 2000).

Gil-Monte (2002) defende a necessidade de desenhar-se medidas de intervenção e prevenção da síndrome de burnout e do absentismo no setor da saúde, e é imprescindível considerar a existência de ambos os sexos dentro destas profissões, em particular na enfermagem, pois desenvolvem diferentes padrões de resposta ao stress no trabalho. Além disso, a sobrecarga de trabalho e a percepção de equidade são variáveis que devem ser tidas em conta para prevenir o desenvolvimento do burnout e para diminuir a taxa de absentismo. É indispensável avaliar e a prevenir a síndrome de burnout, a prevenção diminuirá a taxa de absentismo entre esses profissionais.

A natureza do serviço que os profissionais de saúde prestam, contribui para o aumento do interesse pelo estudo do burnout nestas profissões, tendo em conta que a qualidade e a eficácia do seu trabalho pode ter um efeito decisivo na saúde dos pacientes. Nas profissões ligadas ao setor da saúde a tomada de decisão representa uma posição decisiva e sem retorno, pois optar por um determinado procedimento de tratamento errado pode prejudicar o estado de saúde do paciente e no limite provocar a sua morte. Mas, não só o paciente é afetado, os perigos podem afetar a saúde do profissional, visto que têm que interagir com pacientes que sofrem de doenças infecciosas, colocam esses sob pressão e desafios constantes no exercício das suas funções (Gomes et. al., 2009).

Uma instituição hospitalar detém uma estrutura organizacional complexa quanto aos seus profissionais, papéis, hierarquia, divisão do trabalho, objetivos, estrutura orgânica e as normas que regulem a sua atividade, no fundo uma instituição hospitalar é semelhante a uma empresa, mas a sua prática profissional está voltada unicamente para a eficácia da prestação de cuidados aos pacientes, o que implica muitas vezes a desvalorização das condições de trabalho indispensáveis para a saúde e o bem-estar dos

profissionais que se encontram quase permanentemente expostos a situações que requerem elevado envolvimento emocional (Maslach et. al., 1981).

De acordo com Lautert (1997 cit in Rosa et. al., 2005) a repartição e a ampliação das especialidades médicas, que transformam a instituição hospitalar num complexo sistema de divisão do trabalho, com altas hierarquias de autoridade, com canais de comunicação formais e informais e um imenso conjunto de regras e normas que garantam o irrepreensível e completo exercício da atividade, origina duas linhas diferentes de autoridade: a da gestão e a profissional, havendo frequentemente conflitos provenientes dos diferentes conjuntos de valores. Esse conflito, que se repete constantemente, provoca ansiedade e stress que contribui para a diminuição da motivação profissional nos profissionais de saúde.

Os profissionais que desempenham funções em instituições hospitalares encontram-se expostos ao stress, o que prejudica diretamente o seu bem-estar. São exemplos, as longas jornadas de trabalho, o número insuficiente de profissionais, a ausência de reconhecimento profissional, o elevado número de situações que colocam os profissionais expostos a riscos químicos e físico e o constante contato com o sofrimento, com a dor e em muitos momentos com a morte. O desempenho da atividade destes profissionais engloba um conjunto de funções que exigem obrigatoriamente um controlo mental e emocional bem maior que em outras profissões (Benevides-Pereira, 2002).

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA

Neste capítulo descrevemos a metodologia utilizada neste estudo empírico, designadamente objetivos e hipóteses, caracterização das organizações, amostra, instrumentos de recolha de dados, procedimentos e processos de tratamento dos dados.

Antes de mais, é importante efetuar a pergunta de partida do nosso estudo: Será que os profissionais de saúde apresentam burnout, e qual será a relação deste com as variáveis sociodemográficas?

Tendo em conta a natureza da investigação e com o fim de atingir os objetivos estabelecidos, a abordagem metodológica escolhida para realizar este estudo é a quantitativa. Optamos por realizar um estudo quantitativo por ser o que é utilizado com mais frequência neste tipo de estudo e o que apresenta maior pertinência em relação aos objetivos desta investigação.

O instrumento de recolha de dados elegido foi o questionário, por considerar ser mais adequado ao estudo da problemática alvo de investigação, aos objetivos e ao tipo de estudo.

2.1. Objetivos e hipóteses de estudo

Para Freixo (2010), o objetivo de um estudo consiste num conjunto de questões que defina as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação. Especificando quais são as intenções do investigador ao longo do estudo. O intuito da formulação deste elemento no projeto consiste em estabelecer uma relação causa/efeito que se deseja alcançar com o projeto de investigação e a sua formulação deve ser feita com poucas palavras.

O objetivo deste estudo é analisar o burnout nos profissionais de saúde e a relação das variáveis sociodemográficas com esta síndrome.

No que diz respeito as hipóteses de estudo, estas serão determinadas pelos objetivos, juntamente com o problema e respetivas questões de investigação (Freixo, 2010).

Tendo como base o objetivo proposto, formulámos hipóteses que no decorrer da

investigação poderão ser corroboradas ou refutadas, propomo-nos verificar as seguintes hipóteses:

H1: Os profissionais de saúde apresentam níveis elevados de burnout nas dimensões de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal;

Ao formularmos esta hipótese pretendemos analisar quais são os níveis de burnout que os profissionais de saúde apresentam.

H2: Existe associação entre a síndrome de burnout e as variáveis sociodemográficas.

Ao formularmos esta hipótese pretendemos analisar quais são as variáveis sociodemográficas que mais se relacionam com a síndrome de burnout.

As variáveis sociodemográficas, para obter dados sociodemográfico e profissionais, consideradas são: sexo; idade; habilitações literárias; estado civil; nacionalidade; filhos; categoria profissional; regime de trabalho; exercer funções de chefia; tipo de vínculo contratual; número de anos na função; números de anos na organização; número de horas de trabalho diário; tipo de horário; dedicação exclusiva.

Na realização desta pesquisa pretendemos analisar a síndrome de burnout de acordo com as suas três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal e estudar de que forma as variáveis sociodemográficas influenciam esta complexa síndrome.

2.2. Caracterização das organizações

As organizações que vão ser objeto de estudo são dois hospitais E. P. E. (entidades públicas empresariais) da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

De acordo com Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de junho, estas entidades públicas empresariais têm o dever de reporte e de informação e encontram-se sujeitas a um regime mais estrito ao nível das orientações estratégicas, a exercer pelos Ministérios das Finanças e da Saúde, necessário para que este conjunto de empresas funcione, quer a nível operacional quer a nível da racionalidade económica das decisões de investimentos.

Os hospitais E. P. E. são pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro, e do artigo 18º do anexo da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

Segundo o n.º 1 e 2 do artigo 2º do Anexo II do Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro, os hospitais E. P. E. têm por objeto principal a prestação de cuidados de saúde à população, designadamente aos beneficiários do serviço nacional de saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde, e a todos os cidadãos em geral. Os hospitais E. P. E. também têm por objeto desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa.

Nos termos do Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro, o capital estatutário dos hospitais E. P. E. é detido pelo Estado e pode ser aumentado ou reduzido por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde, que constitui título bastante para todos os efeitos legais, incluindo os de registo.

De acordo com o n.º 2 do artigo 13º do Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro, os regulamentos internos dos hospitais E. P. E. devem garantir o cumprimento dos princípios gerais da livre concorrência, transparência e boa gestão, designadamente a fundamentação das decisões tomadas.

Segundo o disposto no n.º 1, 2 e 4 do artigo 14º do Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro, os trabalhadores dos hospitais E. P. E. estão sujeitos ao regime do contrato de trabalho, de acordo com o Código do Trabalho, demais legislação laboral, normas imperativas sobre títulos profissionais, instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho e regulamentos internos. Os hospitais E. P. E. devem prever anualmente uma dotação global de pessoal, através dos respetivos orçamentos, considerando os planos de atividade. Os processos de recrutamento devem assentar na adequação dos profissionais às funções a desenvolver e assegurar os princípios da igualdade de oportunidades, da imparcialidade, da boa-fé e da não discriminação, bem como da publicidade, exceto em casos de manifesta urgência devidamente fundamentada.

A região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo é composta por cinco NUTS III (sub-regiões: Grande Lisboa, Península de Setúbal, Médio Tejo, Oeste e Lezíria do Tejo) (ver figura 1), 51 concelhos e 526 freguesias a que corresponde um território de 11.741 Km², com uma população residente de 3.664.010 milhares de pessoas e uma densidade populacional de 312 habitantes/km². O território da Região de Lisboa e Vale do Tejo corresponde a 13% do todo o território nacional e concentra 34% da população total

(Pereira et. al., 2010).

Figura 1- Região de Lisboa e Vale do Tejo



Fonte: Pereira et. al. (2010).

2.3. Amostra

Para a realização deste estudo considerámos todos os profissionais de saúde de dois hospitais E. P. E. da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo. No total, 117 profissionais responderam ao questionário, esse total constitui a amostra do nosso estudo, sendo a nossa amostra não probabilística.

2.4. Procedimento

Primeiramente, elaborámos um pedido de autorização e enviámo-lo aos Presidentes dos hospitais, neste requerimento pedimos autorização para aplicar o conjunto de questionários aos profissionais de saúde (anexo 1), tendo sido anexado uma cópia dos

questionários que pretendemos aplicar.

Os questionários encontravam-se online, em formato digital, e assim sendo, solicitámos o envio dos questionários para o endereço de email institucional dos profissionais de saúde, o link de acesso a página web dos questionários foi-lhes enviado em anexo por email juntamente com um pedido de participação. Tendo em conta que todos os profissionais possuem uma conta de email institucional e acesso a internet, este procedimento revelou-se viável. Aos participantes pedimos colaboração voluntária e sinceridade nas suas respostas, para que todos os questionários tenham rigor e validade científica. Colocámo-nos a total disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir em qualquer momento do processo, para tal, os nossos contatos constaram no questionário.

Posteriormente a aprovação por parte das instituições para o desenvolvimento da investigação, os questionários foram enviados aos profissionais.

O instrumento de recolha de dados foi aplicado em agosto de 2014 e em abril de 2015. É importante referir que o consentimento de autorização por parte dos hospitais para desenvolver o estudo não coincidiram, por isso a aplicação do instrumento de recolha de dados decorreu em períodos diferentes em cada hospital.

2.5. Instrumentos

No presente estudo, a recolha de dados realizou-se pela aplicação de um instrumento constituído por três partes, onde foi utilizada uma escala de medida anteriormente testada e validada por outros autores.

1ª Parte – uma página de apresentação sobre o estudo, onde foi apresentada a investigação e foram prestadas informações sobre o modo de preenchimento e envio do questionário, assegurando o total anonimato dos participantes (anexo 2).

2ª Parte – a escala Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (Maslach et. al., 1996) para avaliar o burnout (anexo 3);

3ª Parte – constituída por 16 questões para avaliar as variáveis sociodemográficas relacionadas com o burnout.

2.5.1. Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey

Para avaliar o burnout a escala utilizada foi o Maslach Burnout Inventory – Human

Services Survey (MBI-HSS), na versão portuguesa traduzida e cedida por Marques-Pinto (2009) e utilizada para investigação na população portuguesa tendo sido retirada da versão original de Maslach et. al. (1996).

O MBI-HSS é um instrumento constituído por 22 itens, relativos a sentimentos relacionados com o trabalho. A resposta dada em cada item corresponde à frequência com que cada sentimento ocorre e pode variar numa escala tipo Likert de 7 pontos, de 0 a 6 onde: 0 (nunca), 1 (algumas vezes por ano), 2 (uma vez, ou menos, por mês), 3 (algumas vezes por mês), 4 (uma vez por semana), 5 (algumas vezes por semana) e 6 (todos os dias).

Os 22 itens correspondem a escala total que subdivide-se em três subescalas, que são: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Os itens da subescala de exaustão emocional são nove e descrevem sentimentos de sobrecarga emocional e de desgaste emocional provocados pelo trabalho. Os cinco itens da subescala de despersonalização descrevem uma atitude insensível e impessoal do profissional para com os utentes. A subescala de realização pessoal, com oito itens, corresponde aos sentimentos de sucesso e realização no trabalho.

O quadro 1 mostra os itens referentes a cada uma das dimensões do burnout.

Quadro 1 - Itens das subescalas do Maslach Burnout Inventory – HSS

Dimensões	Itens
Exaustão Emocional	<p>1. Sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho.</p> <p>2. Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho.</p> <p>3. Sinto-me fatigada(o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.</p> <p>6. Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim.</p> <p>8. Sinto-me esgotada(o) pelo meu trabalho.</p> <p>13. Sinto-me frustrada(o) pelo meu trabalho.</p> <p>14. Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão.</p> <p>16. Trabalhar diretamente com pessoas sujeita-me a demasiado stresse.</p> <p>20. Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência.</p>
Despersonalização	<p>5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais.</p> <p>10. Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão.</p> <p>11. Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.</p> <p>15. Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes.</p> <p>22. Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.</p>
Realização Pessoal	<p>4. Posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas.</p> <p>7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes.</p> <p>9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.</p> <p>12. Sinto-me com muita energia.</p> <p>17. Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes.</p> <p>18. Sinto-me cheia(o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes.</p> <p>19. Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.</p> <p>21. No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais.</p>

Fonte: Dias et. al. (2011).

Maslach et. al. (1996) afirmam que o MBI não produz uma medida única de burnout. A síndrome de burnout consiste numa variável contínua, cujos valores assumidos podem ser valores baixos, médios ou altos de acordo com os sentimentos vivenciados. Analisar as relações existentes entre as três subescalas do burnout torna-se imprescindível, mas em cada subescala os resultados devem ser considerados isoladamente e não pela combinação de um valor único ou fator global.

Quando são constatados valores baixos nas subescalas de exaustão emocional e de despersonalização e um valor alto na subescala de realização pessoal, significa que existe um baixo nível de burnout. Mas, se os valores encontrados nas três subescalas foram médios o nível de burnout também mantém-se médio. No entanto, se as subescalas de exaustão emocional e despersonalização apresentam valores altos e a subescala de realização pessoal possui valor baixo, o nível de burnout é elevado e os profissionais neste quadro são considerados em burnout. Em suma, quanto maior for a pontuação obtida nas subescalas de exaustão emocional e de despersonalização e quanto menor for a pontuação obtida na subescala realização profissional, mais elevado será o nível de burnout no profissional (Maslach et. al., 1996).

Em relação as qualidades métricas da escala do MBI-HSS, na sua versão original, a escala apresenta uma boa consistência interna nas três dimensões, dado que o valor do coeficiente de alfa de Cronbach obtido foi de 0,90 para dimensão de exaustão emocional, 0,79 para a despersonalização e 0,71 para a realização pessoal. A exaustão emocional aparece como a subescala com maior consistência interna seguida da despersonalização e realização pessoal (Maslach et. al., 1996).

A realidade portuguesa revela que a grande maioria dos estudos empíricos realizados tem como foco áreas ligadas à saúde, apesar de recentemente terem sido desenvolvidos estudos no campo da educação e das forças de segurança. Porém, existem poucos estudos sobre as qualidades psicométricas do Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey para a população portuguesa (Vicente et. al., 2013).

2.5.2. Variáveis sociodemográficas

Com intuito de caracterizar e descrever a amostra, a última parte do instrumento foi constituída por um questionário para recolha de dados sociodemográfico e profissionais, composto pelas variáveis: sexo, idade, habilitações literárias, estado civil,

nacionalidade, filhos, categoria profissional, regime de trabalho, exercer ou não funções de chefia, tipo de vínculo contratual, número de anos na função, número de anos na organização, horas diárias trabalhadas, tipo de horário e dedicação exclusiva.

Ressaltamos que algumas variáveis como, número de anos na função, número de anos na organização foram colocadas numa escala de intervalo, para que a confidencialidade das respostas fosse garantida e para que os inqueridos mantivessem-se em anonimato.

Preferimos que as variáveis sociodemográficas estivessem na última parte do instrumento, pois acreditamos que os inquiridos encontrassem-se mais predispostos a respondê-las, compreendendo a sua importância para o estudo como um todo e aceitando-as melhor após o questionário estar concluído.

Todas as perguntas foram de resposta obrigatória, condição necessária para concluir e submeter o questionário.

2.6. Processo de tratamento de dados

Para o tratamento estatístico da informação recolhida foi utilizado um programa informático, designado Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 21.

Desta forma, foi possível tratar estatisticamente os questionários recebidos, sendo o seu tratamento realizado em diferentes fases, de acordo com a sequência de apresentação dos resultados:

- Para caracterizar a amostra, recorreremos à estatística descritiva (análise de frequências);

- Para análise das qualidades métricas da escala utilizada, a escala de Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI – HSS), recorreremos a procedimentos estatísticos como o cálculo do coeficiente de Alpha de Cronbach e a análise fatorial exploratória;

- Para avaliar a síndrome de burnout, utilizamos a análise das frequências recorrendo à estatística descritiva;

- Para determinar a associação das três dimensões do burnout com as variáveis sociodemográficas, analisamos a variância a um fator (Anova one-way), incluindo um Teste de Scheffé.

Segundo Maroco (2007) a análise de dados no SPSS é feita em quatro etapas:

introdução das variáveis da amostra no editor de dados; seleção do procedimento de análise de um dos menus; seleção das variáveis a analisar; e examinar e interpretar os resultados. Na primeira etapa é importante ter especial atenção ao tipo de variáveis sob estudo e a escala de medida.

Após serem selecionadas as variáveis e as opções dos diversos campos obtêm-se os resultados, o output. No que diz respeito a interpretação dos outputs deve-se ter em conta o fato do SPSS não testar, *a priori*, os pressupostos que é necessário verificar para utilizar determinados testes, o investigador deve testar estes pressupostos antes ou depois da análise principal (Maroco, 2007).

É importante referir que o uso do SPSS tem uma tradição de utilização nas ciências sociais e humanas.

CAPÍTULO 3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

3.1. Caracterização da amostra

Para a realização deste estudo considerámos todos os profissionais de saúde que prestam serviços em dois hospitais da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, representando vários grupos profissionais, tais como, enfermeiros, médicos, auxiliares, administrativos, técnico superior de saúde e outros.

No total, 117 profissionais responderam ao questionário.

No quadro 2, apresentamos a caracterização da amostra, segundo os dados obtidos.

Quadro 2 – Caracterização da amostra

Variáveis Sociodemográficas		Freq.	%	Variáveis Sociodemográficas		Freq.	%
Sexo	Masculino	27	23,1	Regime de Trabalho	Com Exclusividade	52	44,4
	Feminino	90	76,9		Sem Exclusividade	62	53,0
Idade	<30	10	8,5		Não respondeu	3	2,6
	30-39	32	27,4	Funções de Chefia	Exerce funções de chefia	84	71,8
	40-49	32	27,4		Não Exerce	33	28,2
	≥50	43	36,8	Tipo de Vínculo	Efetivo/Permanente	99	84,6
Habilitações Literárias	Até o Ensino Secundário	21	18,0		Contrato/Termo	16	13,7
	Licenciatura	76	65,0		Outro	2	1,7
	Mestrado/Doutoramento	20	17,0	Números de anos na Função	Inferior ou até 4 anos	8	6,9
Estado Civil	Solteiro(a)	19	16,2		De 5 a 8 anos	16	13,7
	Casado(a) /União de Facto	82	70,1		Mais de 9 anos	93	79,5
	Divorciado(a) /Separado (a)	16	13,7	Números de anos na Organização	Inferior ou até 4 anos	6	5,2
Nacionalidade	Portuguesa	116	99,1		De 5 a 8 anos	19	16,2
	Outra	1	0,9		Mais de 9 anos	92	78,6
Filhos	Com Filhos	84	71,8	Nº. de Horas Trabalhadas Diariamente	<8	16	13,7
	Sem Filhos	33	28,2		08-out	96	82,1
Categoria Profissional	Auxiliar	9	7,7		>10	4	3,4
	Enfermeiro	40	34,2	Não respondeu	1	0,9	
	Médico	19	16,2	Tipo de Horário	Rotativo/Turnos	36	30,8
	Técnico Superior de Saúde	7	6,0		Fixo	81	69,2
	Administrativo	9	7,7	Dedicação Exclusiva	Dedicação Exclusiva	81	69,2
	Outra	33	28,2		S/Dedicação Exclusiva	36	30,8

Fonte: Autora.

No que diz respeito à variável sexo, a amostra é maioritariamente feminina,

representando 76,9% da amostra total.

Segundo Gil-Monte (2002), esta predominância de elementos do sexo feminino está relacionada com a característica das profissões da área de saúde, em especial a enfermagem, onde o número de mulheres a desempenhar funções é significativamente superior ao de homens.

Em relação à idade dos sujeitos da nossa amostra, a maior percentagem tem idade igual ou superior aos 50 anos, com uma expressividade de 36,8%. Com menos de 30 anos a percentagem corresponde a 8,5%, dos 30-39 anos é de 27,4% semelhante a faixa etária dos 40-49 com a mesma expressividade.

Relativamente ao estado civil, a maior percentagem da população da nossa amostra, 70,1% são casados ou vivem em união de facto, 16,2% é solteira e 13,7% é divorciada ou separada.

No que se refere a existência de filhos, verificamos que 71,8% da amostra tem filhos e 28,2% não têm.

Quanto à categoria profissional dos indivíduos, verifica-se que 34,2% são enfermeiros, 7,7% são auxiliares, 16,2% são médicos, 6% são técnicos superiores de saúde, 7,7% administrativos e 33% pertencem a outras categorias profissionais, são designadamente, assistentes técnicos, farmacêuticos, psicólogo, administrador, terapeuta, técnico de diagnóstico terapêutico e técnico de radiologia.

Com relação ao exercício de funções de chefia, os resultados obtidos mostram que 71,8% dos inquiridos exercem funções de chefia e 28,2% não exercem funções de chefia.

Quanto ao vínculo laboral, observamos que 84,6% dos participantes estão efetivos, 13,7% estão contratados e 1,7% possuem outro tipo de vínculo laboral.

Em relação ao tempo de exercício da função, verificamos que 6,9% têm até quatro anos inclusive de experiência profissional, 13,7% tem entre 5 a 8 anos e 79,5% tem mais de 9 anos. Enquanto, que em relação à antiguidade na instituição, constata-se que a grande maioria dos inquiridos 78,6% têm mais de 9 anos na instituição, 5,2% têm até quatro anos inclusive na instituição, 4,3% têm entre 1 a 4 anos e 16,2% têm entre 5 a 8 anos.

No que diz respeito ao número de horas que os profissionais trabalham por dia, a maior percentagem dos inquiridos da nossa amostra, 82,1% trabalham entre 8 a 10 horas por dia, 13,7% trabalham menos de 8 horas por dia, 3,4% trabalham mais de 10 horas por

dia e 0,9% optou por não responder. Sendo que a maioria, 69,2% tem horário fixo e 30,8% trabalha por turnos. E, 69,2% dos indivíduos exercem funções com dedicação exclusiva e 30,8% não têm dedicação exclusiva.

A nossa amostra é composta por 35,9% de participantes de um hospital e 64,1% de participantes de outro hospital.

3.2. Qualidades métricas da escala do Maslach Burnout Inventory

Numa primeira fase, com o objetivo de verificar o surgimento ou não de alterações ao nível da consistência interna entre os itens da escala, procedeu-se à análise da fidelidade da consistência interna da escala Maslach Burnout Inventory, utilizada para a avaliação do burnout, através do método de cálculo do coeficiente Alpha de Cronbach aos resultados obtidos. É possível constatar que a escala no global apresenta uma consistência interna aceitável, considerando o valor obtido do Alpha de Cronbach de 0,77 (anexo 4).

No quadro 3 apresentamos os valores Alpha de Cronbach, de cada uma das subescalas, obtidos no nosso estudo e efetuamos uma comparação com o estudo original e com um estudo realizado com uma amostra portuguesa de profissionais de saúde de Dias et. al. (2011).

Quadro 3 – Coeficiente de consistência interna da escala Maslach Burnout Inventory

Subescala	Alpha de Cronbach		
	Maslach, Jackson & Leiter (1996)	Amostra Portuguesa (Dias et. al., 2011)	Estudo
Exaustão Emocional	0,90	0,88	0,90
Despersonalização	0,79	0,70	0,59
Realização Pessoal	0,71	0,77	0,78

Fonte: Autora.

Em relação ao nosso estudo e em comparação com os coeficientes de fidelidade obtidos tanto no estudo original, como num estudo realizado com uma amostra portuguesa de profissionais de saúde de Dias et. al. (2011), constata-se que os valores relativos a dimensão de exaustão emocional e realização pessoal foram muito semelhantes.

Relativamente ao estudo desenvolvido por Dias et. al. (2011), podemos concluir

que o nosso estudo apresenta uma fidelidade interna muito semelhante, uma vez que a consistência interna do nosso estudo é semelhante em todas as dimensões, exceto na dimensão despersonalização, onde o valor é inferior.

Partindo da análise do coeficiente de Alpha de Cronbach do nosso estudo, verifica-se que o valor obtido na dimensão exaustão emocional indica que existe uma boa consistência interna, tendo como base o referencial indicado por Hill e Hill (2005), com um coeficiente de 0,90. A dimensão realização pessoal apresenta uma consistência interna razoável ($\alpha=0,78$), por outro lado a dimensão despersonalização apresenta uma fraca consistência interna ($\alpha=0,59$), no entanto, se retirarmos o item 22, a fidelidade desta subescala aumenta para um valor mais consistente ($\alpha=0,62$) mas não muito significativo. Dado que, as alterações que sucedem não são significativas e a consistência interna entre os itens nas outras subescalas diminui, decidiu-se não retirar o item 22.

Com o intuito de analisar a validade interna da escala realizou-se uma análise fatorial exploratória dos componentes principais com rotação varimax, para constatar se existe uma correlação entre as variáveis. O valor resultante da estatística Kaiser-Maiyer-Olkin (KMO) foi 0,82, o que permite concluir que o resultado obtido é bom (Reis, 2001), logo a amostra é adequada e existe correlação entre as variáveis (anexo 5).

Assim sendo, procedeu-se à extração dos fatores relevantes através de uma rotação ortogonal, varimax, com normalização Kaiser (eigenvalue igual ou superior a um), sem definição do número de fatores.

Partindo desta análise, foi possível extrair 6 fatores com valor próprio (eigenvalue) superior a 1, que explicam 68% da variância total dos resultados obtidos nesta escala (ver quadro 4).

Quadro 4 – Análise fatorial dos principais componentes e da sua variância da escala Maslach Burnout Inventory – HSS

Fatores	Valor Próprio	% Variância	%Variância Acumulada
1	6,490	29,502	29,502
2	3,016	13,711	43,213
3	1,642	7,463	50,676
4	1,299	5,904	56,580
5	1,258	5,719	62,299
6	1,178	5,352	67,651

Fonte: Autora.

Da leitura do quadro 4, concluímos que após o fator 3 os valores parecem nivelar-se. Assim sendo, os fatores mantidos foram os fatores 1, 2 e 3 que explicam 50,7% da variância.

Em seguida, foi realizada uma análise fatorial forçada a 3 fatores, onde apenas a saturação superior a 0,30, foi considerada como válida (ver quadro 5).

Quadro 5 – Saturação dos itens da escala Maslach Burnout Inventory – HSS

Dimensão	Item	Fator		
		1	2	3
Exaustão Emocional	1.	,818	-,095	,156
	2.	,772	-,105	,262
	3.	,733	-,137	,209
	6.	,568	,030	-,037
	8.	,886	-,069	,158
	13.	,757	-,036	-,012
	14.	,658	-,062	,152
	16.	,519	,006	,041
	20.	,788	-,156	,113
Despersonalização	5.	,228	,167	,580
	10.	,081	-,181	,827
	11.	,225	-,319	,541
	15.	,072	-,007	,642
	22.	,376	,064	,087
Realização Pessoal	4.	,274	,612	-,157
	7.	,082	,795	,111
	9.	-,084	,521	-,201
	12.	-,555	,332	-,144
	17.	-,065	,817	,102
	18.	-,123	,803	-,159
	19.	-,343	,513	-,026
	21.	-,342	,402	,054

Fonte: Autora.

Da observação do quadro 5, podemos constatar que o fator 1 explica 29,5% da variância dos resultados e demonstra, sem ambiguidade, uma forte presença na dimensão exaustão emocional. Por outro lado, o fator 2 explica 13,7% da variância dos resultados e satura sobretudo os itens da dimensão realização pessoal, por sua vez, o fator 3 explica 7,5% da variância dos resultados e evidencia uma forte presença na dimensão despersonalização, exceto o item 22.

3.3. Análise do burnout

No que se refere ao burnout, os valores obtidos através do cálculo da média e desvio padrão das suas dimensões, são apresentados no quadro 6.

Quadro 6 – Média e desvio padrão das dimensões do burnout

Subescala	N	Média	Desvio Padrão
Exaustão Emocional	117	2,88	1,36
Despersonalização	117	1,06	0,93
Realização Pessoal	117	4,46	0,99

Fonte: Autora.

Segundo Maslach et. al. (1996), o cálculo dos níveis de burnout pode realizar-se a partir de uma classificação tripartida dos resultados, ou seja, numa categoria mais baixa estão os indivíduos que ocupam o terço inferior da distribuição, numa categoria média estão os indivíduos que ocupam o terço central da distribuição e numa categoria alta estão os indivíduos com pontuações do terço superior. Assim sendo, resultados mais elevados nas dimensões exaustão emocional e despersonalização refletem maiores valores de burnout, porém, em contraposição, resultados mais altos na subescala de realização profissional representam um menor valor de burnout.

Assim, constatámos que, no que concerne à exaustão emocional, os profissionais apresentam um nível médio nesta dimensão (média: 2,88; desvio padrão:1,36). Considerando os valores correspondentes ao desvio padrão e em comparação às outras variáveis, é na variável exaustão emocional que existe maior dispersão. Em relação a dimensão despersonalização, os profissionais apresentam um nível baixo nesta dimensão (média: 1,06; desvio padrão: 0,93). Ressaltamos que, consoante o desvio padrão, esta dimensão revela uma menor dispersão de respostas. No que respeita à variável realização profissional, e dado que, como já foi referido, esta dimensão é constatada pelo inverso comparativamente com às outras, podemos constatar que os profissionais de saúde encontram-se realizados profissionalmente (média: 4,46; desvio padrão: 0,99).

No quadro 7 apresentamos os resultados obtidos em cada um dos itens referentes às três subescalas de burnout.

Quadro 7 - Média e desvio padrão dos itens da escala Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey

	Itens do MBI - HSS	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão
Exaustão Emocional	1. Sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho.	0	6	3,31	1,80
	2. Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho.	0	6	3,84	1,63
	3. Sinto-me fatigada(o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	0	6	2,97	1,84
	6. Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim.	0	6	1,74	1,63
	8. Sinto-me esgotada(o) pelo meu trabalho.	0	6	3,02	1,85
	13. Sinto-me frustrada(o) pelo meu trabalho.	0	6	2,47	1,92
	14. Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão.	0	6	3,64	1,99
	16. Trabalhar diretamente com pessoas sujeita-me a demasiado stresse.	0	6	2,54	1,87
	20. Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência.	0	6	2,42	1,88
Despersonalização	5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais.	0	6	0,65	1,24
	10. Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão.	0	6	1,26	1,68
	11. Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.	0	6	1,70	1,94
	15. Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes.	0	6	0,56	1,02
	22. Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.	0	6	1,12	1,54
Realização Pessoal	4. Posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas.	0	6	4,57	1,84
	7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes.	0	6	4,50	1,67
	9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.	0	6	4,87	1,47
	12. Sinto-me com muita energia.	0	6	3,90	1,64
	17. Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes.	0	6	4,78	1,49
	18. Sinto-me cheia(o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes.	0	6	4,03	1,66
	19. Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.	0	6	4,84	1,31
	21. No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais.	0	6	4,21	1,51

Fonte: Autora.

Como se pode constatar a partir dos dados do quadro a cima apresentado, é na subescala de exaustão emocional onde se encontram os itens com valores médios mais elevados, são eles: o item 2 (sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho), o item 14 (sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão), o item 1 (sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho) e o item 8 (sinto-me esgotada(o) pelo

meu trabalho). Por outro lado, o item 6 (trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim) é o que apresenta um valor médio mais baixo nesta dimensão.

Esta é a dimensão central do burnout e onde se torna mais evidente a manifestação da síndrome, no entanto por si só não é suficiente para confirmar a existência de burnout (Maslach et. al., 2001). A exaustão é a primeira reação ao stress provocado pelas exigências do trabalho e resulta em sentimentos de sobrecarga e de falta de recursos emocionais e físicos (Maslach et. al., 2008). As consequências desta exaustão são reações de distanciamento emocional de si mesmo e cognitivamente do trabalho (Maslach et. al., 2001).

É nesta dimensão do burnout onde os profissionais inquiridos apresentam níveis médios mais elevados, embora os valores médios obtidos não sejam significativamente elevados e não indiquem a existência de burnout, é necessário intervir nesta dimensão com vista a prevenir a possível incidência da síndrome de burnout nestes profissionais.

Na subescala de despersonalização, verificamos que os valores médios de respostas são reduzidos. Contudo, o item 15 (não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes) é aquele que regista um resultado médio mais reduzido. E, por sua vez, o item 11 (receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente) é o que apresenta um valor médio de respostas mais elevado.

Em relação à subescala realização profissional, e recapitulando que esta dimensão é avaliada de modo inverso das restantes, tendo em conta que são os valores mais baixos registados que sugerem à existência da síndrome de burnout. Verificou-se que o item 12 (sinto-me com muita energia) foi aquele que apresentou menor valor médio, no entanto, o item 9 (sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho) foi o que registou o valor médio mais elevado.

Deste modo, podemos concluir que a nossa primeira hipótese, segundo a qual os profissionais de saúde apresentariam um nível elevado de exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal, não foi verificada. Assim sendo, conforme os resultados obtidos, constatamos que os profissionais de saúde não apresentam burnout.

Uma das explicações plausíveis para que os profissionais de saúde não apresentem burnout, contrariando a tendência e sendo esperado verificar tal evidência neste grupo de profissionais, visto serem um grupo vulnerável para desenvolver a síndrome de burnout, é

o *engagement* (Maslach et. al., 2004).

O *engagement* apresenta-se como o oposto do burnout, o *engagement* reflete um estado de elevada energia, forte envolvimento e elevada realização profissional (Maslach et. al., 2004). Segundo Dias et. al. (2011) algumas das características do trabalho dos profissionais de saúde parecem estimular o sentimento de bem-estar psicológico e a qualidade do trabalho produzido, até mesmo situações de sobrecarga de trabalho. Os profissionais com maiores níveis de *engagement*, são mais dedicados e comprometidos com o trabalho, optam por atitudes mais positivas face ao trabalho, possuem maior realização profissional e são mais enérgicos e proativos.

Outra explicação poderia ser a motivação, profissionais de saúde motivados e identificados com o seu trabalho, são mais dedicados e apresentam níveis mais baixos de exaustão emocional, além de responderem mais eficazmente as elevadas exigências do trabalho (Dias et. al., 2011).

Deve-se ainda considerar o *coping*, pois o desenvolvimento de estratégias eficazes de *coping* pode ajudar os profissionais a gerir situações imprevistas (Ferreira et. al., 2006).

Os resultados obtidos no nosso estudo corroboram com os autores acima referidos, tendo em conta que os resultados médios mais baixos foram nos itens 6 (trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim), no item 15 (não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes), no item 9 (sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho) e no item 5 (sinto-me que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais). Aliado ao fato dos profissionais apresentarem um nível baixo na dimensão despersonalização e um nível elevado de realização pessoal. É possível concluir, que estes revelam um forte envolvimento, realização profissional e motivação. No entanto, em relação ao *coping* não podemos retirar conclusões concretas, tendo em conta que não existe informações suficientes para tal, e assim sendo, só podemos supor que talvez, estes profissionais recorrem a estratégias de *coping* para gerir situações imprevistas.

3.4. Análise das variáveis sociodemográficas que influenciam o burnout

Com o intuito de confirmar ou não a segunda hipótese da presente investigação, é

necessário analisar estatisticamente os dados obtidos. Para tal, recorreremos à análise de variância a um fator (Anova, One-Way), com recurso ao teste Scheffé (anexo 6). Este procedimento estatístico possibilita-nos comparar a média de cada variável sociodemográfica relativamente as três dimensões de burnout (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal). No quadro 8, podemos observar quais os resultados obtidos.

Quadro 8 – Análise da variância das variâncias sociodemográficas

Variável	Dimensão		
	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Sexo	0,075	2,803	0,152
Idade	1,566	4,265*	2,544
Habilitações Literárias	0,534	0,600	0,873
Estado Civil	0,101	0,759	3,586*
Nacionalidade	0,058	0,846	0,085
Filhos	1,267	1,381	2,312
Categoria Profissional	0,937	0,862	3,003
Regime de Trabalho	0,492	0,032	0,098
Funções de Chefia	0,124	0,010	1,367
Tipo de Vínculo	1,982	0,177	0,118
Números de anos na Função	0,894	1,406	1,290
Números de anos na Organização	0,857	1,372	0,989
Nº. de Horas Trabalhadas Diariamente	4,260	2,772	3,334*
Tipo de Horário	7,051	4,140	0,440
Dedicação Exclusiva	0,027	0,062	0,225
Local de Trabalho	2,191	0,174	1,461

Fonte: Autora.

(*P <0,05)

Pela análise apresentada no quadro 8, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas em função de algumas variáveis sociodemográficas e foi para saber onde se encontram estas diferenças entre um ou mais grupos, que recorreremos ao Teste Scheffé, de modo a comparar as três dimensões do burnout com os pares possíveis de grupos das variáveis sociodemográficas.

Relativamente a dimensão exaustão emocional, constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas em relação a variável tipo de horário. Observamos que os indivíduos que trabalham em turnos rotativos (média: 3,37) apresentam maior exaustão emocional do que os indivíduos que têm horário fixo (média: 2,67), corroborando com Peiró (1999, cit in Benevides-Pereira, 2002) que o trabalho por turnos torna o trabalho

dos profissionais de saúde desgastante.

No que diz respeito a dimensão despersonalização, observam-se diferenças estatisticamente significativas em função das variáveis idade e tipo de horário.

Em relação a variável idade, encontramos diferenças significativas entre os quatro grupos definidos. Assim sendo, constatamos que são os indivíduos com idades compreendidas entre os 30 e 39 anos que têm o índice de despersonalização mais elevado (média: 1,44), seguidos dos indivíduos com idade inferior aos 30 anos (média: 1,40), por sua vez encontram-se os indivíduos com mais de 50 anos (média: 0,96) e por último estão os indivíduos na faixa etária dos 40-49 (média: 0,70). Os resultados encontrados não corroboram com Maslach et. al. (2001) e Benevides-Pereira (2002) que afirmam que no que diz respeito a variável idade, o nível de burnout é maior em profissionais mais jovens, principalmente entre aqueles que não atingiram os 30 anos de idade. No entanto, não podemos afirmar com precisão, tendo em conta que os indivíduos com idade inferior aos 30 anos só correspondem a 8,5% da amostra total.

No que concerne a variável tipo de horário verificamos que existem diferenças significativas entre os indivíduos que trabalham por turnos rotativos (média: 1,32) e os que têm horário fixo (média: 0,94).

Na dimensão realização pessoal observam-se diferenças estatisticamente significativas em função das variáveis estado civil e número de horas trabalhadas diariamente.

Neste sentido, no que diz respeito a variável estado civil, constatamos que existem diferenças significativas entre os três grupos. Verificamos que são os casados (as) ou em união de facto, que apresentam maiores níveis de realização pessoal (média: 4,60), seguidos dos solteiros (as) (média: 4,35), e por último encontram-se os divorciados (as) (média: 3,91). Para Maslach et. al. (1985), a existência da família é considerada um fator protetor da incidência da síndrome de burnout.

No que respeita à variável número de horas trabalhadas diariamente, observam-se diferenças significativas entre os grupos. São os profissionais que trabalham de 8 a 9 horas por dia que apresentam maior realização profissional (média: 4,54), seguem-se os que trabalham menos de 8 horas por dia (média: 4,36) e por fim, os que trabalham mais de 10 horas diariamente são os que apresentam baixos níveis de realização profissional (média: 3,28). Para Carlotto (2011) uma carga horária excessivamente longa e cansativa

contribui para o sentimento de falta de realização pessoal do profissional.

Desse modo, verificamos que a nossa segunda hipótese foi parcialmente confirmada, dado que apenas algumas das variáveis sociodemográficas estão associadas à síndrome de burnout. No entanto, era expectável encontrar diferenças estatisticamente significativas em função de outras variáveis sociodemográficas, nomeadamente em função da variável sexo, habilitações literárias e filhos.

Relativamente a variável sexo era expectável encontrar níveis elevados na dimensão exaustão emocional nas mulheres, em comparação aos homens, e por outro lado, níveis significativamente mais elevados na dimensão despersonalização nos homens (Maslach et. al. 1985; Benevides-Pereira, 2002; Soares 2007; Gil-Monte, 2002). Tais diferenças justificadas pelos papéis socialmente aceites e estereótipos de género incutidos na sociedade, nomeadamente a dupla jornada de trabalho das mulheres (Benevides-Pereira, 2002), pela possível facilidade das mulheres em lidar com as tensões emocionais resultantes do “trabalho com pessoas” (Maslach et. al., 1985) e ainda, pela elevada competitividade característica do sexo masculino, aliada a grande importância dada ao alcance do sucesso e da realização profissional (Gil-Monte, 2002).

No que se refere a variável habilitações literárias, era expectável encontrar níveis de burnout significativamente mais elevados entre os indivíduos com níveis mais elevados de escolaridade, devido as suas ambições e elevadas expectativas para o futuro profissional, o que pode não corresponder a realidade e desencadear sentimentos de infelicidade e insatisfação (Maslach et. al., 2001; Benevides-Pereira, 2002).

Em relação a existência de filhos, era provável encontrar níveis significativamente mais elevados de burnout nos profissionais que não têm filhos, pois estudos indicam que profissionais com filhos tendem a ser mais maduros, por se encontrarem na fase adulta, o que resulta numa perspetiva diferente sobre a vida (Maslach et. al., 2001; Benevides-Pereira, 2002). Por outro lado, também poderíamos encontrar elevados níveis de burnout entre as profissionais que têm filhos, pois são comuns sentimentos de culpa e ressentimento entre as profissionais de saúde, por não conseguirem acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos seus filhos devido aos exigentes horários das escalas e plantões (Carlotto, 2011).

CONCLUSÃO

A síndrome de burnout caracteriza-se como um fenómeno da era moderna que surge da relação que os trabalhadores estabelecem com o seu trabalho. O burnout surge como consequência da tensão emocional relacionada com o trabalho, trata-se do resultado de uma acumulação significativa de trabalho e do enorme esforço em manter as relações interpessoais com outras pessoas (Maslach et. al., 2001).

O burnout é um conceito complexo, de acordo com o modelo multidimensional de Maslach e Jackson (1981) existem três dimensões fundamentais no burnout, são elas: exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal.

Segundo Langle (2003) o burnout é um estado de constante cansaço devido ao trabalho. Este é o principal sintoma e a característica geral de esgotamento a partir do qual todos os outros sintomas podem ser derivados. Um estado de esgotamento afeta o bem-estar geral do indivíduo. Assim sendo, o burnout influencia a experiência subjetiva que por sua vez afeta as decisões, atitudes e ações de uma pessoa.

Perante tal realidade, o objetivo do nosso estudo consistiu em analisar se os profissionais apresentam burnout e a relação deste com as variáveis sociodemográficas. O objeto alvo do presente estudo foram os profissionais de saúde, sendo estes o universo da investigação.

A nossa amostra foi constituída por 117 inquiridos, no entanto, não conseguimos aferir com precisão o universo total do nosso estudo, conseqüentemente também não podemos calcular a percentagem da amostra.

Para obter os dados, recorreremos a utilização da escala Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey, que possibilitou avaliar a síndrome de burnout, para a análise dos fatores sociodemográficos elaborámos um conjunto de questões que foram incluídas na parte final do instrumento de recolha de dados.

As conclusões que obtivermos a partir dos resultados conseguidos através do questionário da escala Maslach Burnout Inventory – HSS e do questionário das variáveis sociodemográficas serão apresentadas em seguida.

Iniciando pela avaliação das qualidades métricas da escala, concluímos que, em termos gerais, os resultados demonstram que a escala utilizada apresenta uma qualidade métrica quase satisfatória, tanto no que concerne à sua fidelidade, obtida através do

cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach, como no que diz respeito à sua validade, medida pelo critério Kaiser-Meyer-Olkin, através da análise fatorial exploratória dos componentes principais com rotação varimax.

No que concerne à análise do burnout, onde pretendíamos analisar se os profissionais de saúde apresentavam níveis elevados de burnout nas dimensões de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, constatamos que os profissionais não apresentam níveis significativos de burnout em nenhuma das dimensões do burnout. Não corroborando com Maslach et. al. (1996), que afirmam que se as subescalas de exaustão emocional e despersonalização apresentam valores altos e a subescala de realização pessoal possui um valor baixo, o nível de burnout é elevado e os profissionais neste quadro são considerados em burnout. Assim sendo, podemos afirmar que a primeira hipótese do nosso estudo foi rejeitada.

Comparativamente aos estudos já existentes sobre a síndrome de burnout em profissionais de saúde noutros países, averiguamos que no nosso estudo os resultados obtidos na subescala realização pessoal são mais elevados, se comparado com investigações portuguesas, espanholas e norte-americanas (Dias et. al., 2011; Gil-Monte, 2002; Maslach et. al., 1996). Muito embora, as diferenças não sejam muito significativas.

Em relação a segunda hipótese do presente estudo, que pretendia analisar a existência de associação entre a síndrome de burnout e as variáveis sociodemográficas, verificamos que existem algumas diferenças estatisticamente significativas. Relativamente a dimensão exaustão emocional, constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas em função do tipo de horário. Assim, observamos que os indivíduos que trabalham em turnos rotativos apresentam níveis mais elevados na dimensão exaustão emocional, do que os indivíduos com horário fixo. Os resultados corroboram com Peiró (1999 cit in Benevides-Pereira, 2002), que defende que o trabalho por turnos torna o trabalho dos profissionais de saúde desgastante.

No que respeita a dimensão despersonalização, observaram-se diferenças significativas em função das variáveis idade e tipo de horário. Em relação a variável idade, verificou-se que são os profissionais com idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos que apresentam elevado nível de despersonalização, contrariamente aos mais velhos entre os 40 e os 49 anos, em que o índice de despersonalização é mais baixo. Os

resultados encontrados não corroboram com Maslach et. al. (2001) e Benevides-Pereira (2002) que afirmam que no que diz respeito a variável idade, o nível de burnout é maior em profissionais mais jovens, principalmente entre aqueles que não atingiram os 30 anos de idade. Isso porque, a falta de experiência, por se encontrarem no início da carreira, reflete-se em insegurança, aliada a uma realidade que nem sempre condiz com as expectativas iniciais idealistas e as exigências do trabalho, podem justificar a vulnerabilidade dos jovens ao burnout. No entanto, não podemos afirmar com precisão, tendo em conta que os indivíduos com idade inferior aos 30 anos só correspondem a 8,5% da amostra total.

Por outro lado, uma possível explicação para a existência de baixo nível de burnout nos indivíduos entre os 40-49 anos de idade, será a experiência profissional e a criação de estratégias de *coping*. Segundo Ferreira et. al. (2006), o recurso a estratégias de *coping* eficazes ajudam no combate do burnout e de outros problemas de saúde física e mental. Para os autores, as estratégias mais direcionadas e com maior influência na saúde, nomeadamente no burnout, são o *coping* centrado no controlo e na gestão de sintomas, em contra partida, o *coping* centrado no evitamento, representam estratégias desadequadas nestes casos específicos.

Na variável tipo de horário constata-se que são os indivíduos que trabalham por turnos rotativos que têm níveis mais altos de despersonalização.

A dimensão realização pessoal apresenta diferenças estatisticamente significativas nas variáveis estado civil e número de horas trabalhadas diariamente. Assim sendo, em relação a variável estado civil verificamos que são os casados (as) ou em união de facto, que apresentam maiores níveis de realização pessoal. Para Maslach et. al. (1985), a existência da família é considerada um fator protetor da incidência da síndrome de burnout. Segundo Maslach et. al. (2001) e Benevides-Pereira (2002), a existência de um relacionamento afetivo estável torna o indivíduo menos propenso ao burnout, ao contrário dos solteiros (as), viúvos (as) e divorciados (as).

No que respeita a variável número de horas trabalhadas diariamente, são os profissionais que trabalham de 8 a 9 horas por dia que apresentam maior realização profissional, ao contrário dos que trabalham mais de 10 horas diariamente que apresentam baixos níveis de realização profissional. Para Carlotto (2011) uma carga horária excessivamente longa e cansativa contribui para o sentimento de falta de

realização pessoal do profissional.

Posto isto, concluímos que a nossa segunda hipótese foi parcialmente confirmada, dado que apenas algumas das variáveis sociodemográficas apresentaram associação à síndrome de burnout.

Consideramos que este estudo revela um contributo significativo para as organizações, pois colabora para a compreensão da realidade socioprofissional destes profissionais no que diz respeito a ocorrência da síndrome de burnout.

No entanto, as conclusões a que chegamos devem ser corroboradas com outros estudos, é clara a necessidade de realizar mais estudos que incidam sobre a realidade socioprofissional destes profissionais, tanto nos que trabalham em hospitais públicos como nos que trabalham em hospitais privados. Pensar na prevenção da síndrome de burnout nestes profissionais pode evitar o mau funcionamento destas organizações, as baixas médicas, o absentismo e os conflitos interpessoais no local de trabalho. As correlações encontradas entre as dimensões do burnout e as variáveis sociodemográficas podem constituir orientações para desenvolver estratégias no âmbito da gestão estratégica de recursos humanos que permitam aos gestores definir linhas de ação que combatam as consequências desta complexa síndrome, como por exemplo, definir sistemas de avaliação de desempenho claros e realistas, e ainda, promover sessões de formação em gestão do tempo e de conflitos.

Relativamente as limitações do estudo, a principal limitação está relacionada com a dimensão da amostra. A reduzida dimensão da amostra ($n=117$), não nos permite generalizar as conclusões ao universo da população. Aliada a esta limitação, encontra-se outra, a diversidade das profissões, o que poderá ter impedido a generalização de conclusões e provocado um impedimento na constatação dos objetivos inicialmente definidos. E ainda, a impossibilidade de calcular a percentagem da amostra, o que impede uma leitura mais fidedigna dos resultados.

Outra limitação surge do fato de ter sido utilizada uma medida de autorresposta, o que pode refletir-se em problemas de variância. É possível contornar esta limitação com medidas de recolha de dados mais direcionadas, são exemplos, indicadores de absentismo ou estudos relativos ao desempenho dos trabalhadores, entre outros.

E ainda, outra limitação prende-se ao fato do instrumento de recolha de dados ter sido aplicado em momentos diferentes nas organizações, algo que nos ultrapassa, pois foi

necessário esperar pelo consentimento dos hospitais.

A última limitação prende-se com o fato de termos obtido um baixo nível de consistência interna na dimensão despersonalização ($\alpha=0,59$), embora o nível de consistência interna pudesse aumentar, se retirássemos um item, escolhemos não o fazer, esta decisão foi explicada anteriormente.

Para investigações futuras, sugerimos que sejam realizados mais estudos sobre a síndrome de burnout, designadamente em outros contextos profissionais e outras profissões, permitindo uma melhor compreensão desta síndrome e sendo possível criar estratégias de enfrentamento, além de mecanismos e processos que possibilitem reduzir o impacto negativo do burnout, tanto no indivíduo como na organização. Sugerimos ainda, a realização de estudos onde o burnout seja relacionado com o *engagement*, a motivação e o *coping*. Estas variáveis, na literatura atual, surgem relacionadas como possível prevenção e combate ao burnout.

No entanto, o foco deve estar sempre na prevenção do burnout. Devem ser pensadas e desenvolvidas estratégias com vista a combater possíveis causas, evitando riscos psicossociais, o que refletirá em ganhos tanto para o indivíduo como para a organização. Estes ganhos permitirão obter melhores condições de trabalho, o bem-estar dos indivíduos, o sucesso da organização e o não desperdício de recursos com as consequências provocadas pelo burnout. As organizações devem procurar conhecer a sua realidade e melhorá-la através da implementação de mudanças concretas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bakker, A. B. & Costa P. L. (2014). Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis. *Burnout Research*, Vol. 1, 3: 112-119.

Benevides-Pereira A. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Carlotto, M. S. & Palazzo, L. S. (2006). Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro*, Vol. 22, 5:1017-1026.

Carlotto, M. S. (2011). Fatores de risco da síndrome de burnout em técnicos de enfermagem. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Vol.14, 2: 7-26.

Correia, A. (1997). *O burnout nos profissionais dos centros de atendimento de toxicod dependentes: causas e consequências*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Dissertação de Mestrado.

Decreto-Lei n.º 558/1999 de 17 de dezembro. *Diário da República n.º 292//1999 – I Série A*. Ministérios das Finanças e da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 93/2005 de 1 de junho. *Diário da República n.º 109/2005 – I Série A*. Ministérios das Finanças e da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro. *Diário da República n.º 249/2005 – I Série A*. Ministérios das Finanças e da Saúde. Lisboa.

Dias, S. & Queirós, C. (2011). Stress, Burnout e Engagement em profissionais de saúde. *9º Encontro de Saúde Ocupacional e outros Estabelecimentos de Saúde*. Lisboa.

Ferreira, L., Peiró, J., Moralez, M. & Martín, I. (2006). Work-related stress and well-being: The roles of direct action coping and palliative coping. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47: 293-302.

Freixo, M. J. (2010). *Metodologia Científica - Fundamentos, Métodos e Técnicas*. 2ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30: 159–165.

Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, Vol. 7, 1: 3-10.

Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.

Gomes, R. A., Cruz, J. F. & Cabanelas S. (2009). Estresse Ocupacional em Profissionais de Saúde: Um Estudo com Enfermeiros Portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol. 25, 3: 307-318.

Hill, M. & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. 2ª Edição revista e corrigida. Lisboa: Edições Sílabo.

Langle A. (2003). Burnout - Existential Meaning and Possibilities of Prevention. *European Psychotherapy*, Vol. 4, 1: 107-121.

Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro. *Diário da República n.º 258/2002 – I Série A*. Ministérios das Finanças e da Saúde. Lisboa.

Leiter, M. P. & Maslach, C. (2000). Burnout and health. In A. Baum, T. Revenson, & J. Singer (Eds.). *Handbook of health psychology*: 415-426. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Leiter, M. P., Dayb A. & Pricea, L. (2015). Attachment styles at work: measurement, collegial relationships and burnout. *Burnout Research*, Vol. 2, 1:25-55.

Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. 3ª Edição. Lisboa: Edições Silabo.

Marques-Pinto, A. (2009). *Maslach Burnout Inventory (MBI) - Human Services Survey*. Tradução a partir da versão original (Maslach et al., 1996). Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Maslach, C. & Jackson, S. (1981). *Maslach burnout inventory manual*. California: Consulting Psychologist Press, Inc.

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5: 133-153.

Maslach, C. & Jackson, S. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*. Vol. 12, 7/8: 837-851.

Maslach, C. & Jackson, S. (1986). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2: 99-113.

Maslach, C. & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In *Professional burnout: Recent developments in theory and research*: 1-16. Washington, DC: Taylor & Francis.

Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. California: Consulting Psychologist Press, Inc.

Maslach, C. & Leiter, M. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. São Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7: 63-74.

Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. In: S. T. Fiske; D. L. Schacter, & C. Zahn-Waxler (eds.). *Annual Review of Psychology*, 52: 397-422.

Maslach, C. (2004). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In: Perrewe PL, Ganster DC, eds. *Research in occupational stress and well-being*, 91-134. Oxford: Elsevier.

Maslach, C. (2005). Entendendo o burnout (Understanding burnout). In: Rossi AM, Perrewe PM, Sauter S, eds. *Stress e qualidade de vida no trabalho - Perspectivas atuais da saúde ocupacional*, 41-55. São Paulo: Editora Atlas.

Maslach, C. & Leiter, M. P. (2005). Reversing burnout: How to rekindle your passion for your work. *Stanford Social Innovation Review*, Vol. 3, 4: 42-49.

Maslach, C., Leiter, M. P. & Schaufeli, W. B. (2008). Measuring burnout. In C. L. Cooper & S. Cartwright (Eds.). *The Oxford handbook of organizational well-being*, 86-108. Oxford: Oxford University Press.

Pereira, M. & Neves, P. (2010). *Perfil de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo*. Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP.

Reis, E. (2001). *Estatística multivariada aplicada*. 2ª Edição revista e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo.

Rosa, C. & Carlotto, M. S. (2005). Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Vol. 8, 2: 1-15.

Santos, F. & Lima Filho, D. (2005). *Mudanças no trabalho e o adoecer psíquico na educação*. Disponível em: 19, 08, 2015, em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=86417

Schaufeli, W. B. & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to Special Issue on Burnout and Health. *Psychology and Health*, 16: 501-510.

Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. & Maslach, C. (2008). Burnout: Thirty-five years of research and practice. *Career Development International*, Vol. 14, 3: 204-220.

Soares, J. J. F., Grossi, G. & Sundin, Ö. (2007). Burnout among women: associations with demographic/socio-economic, work, life-style and health factors. *Archives of Women's Mental Health*, Vol. 10, 2: 61-71.

Tecedeiro, M. (2004). *Factores psicológicos na síndrome de burnout: O narcisismo como variável preditora da síndrome*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Dissertação de mestrado não publicada.

Vicente, S., Oliveira, R. A. G. & Maroco, J. (2013). Análise fatorial do inventário de burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Vol 14, 1: 152-167.

Anexos

Anexo 1

Pedido de autorização de recolha de dados para realização do estudo.

Estimado Senhor(a) Presidente [REDACTED]

Dr. /Dr.^a [REDACTED]

Sou aluna do Mestrado em Gestão Estratégica de Recursos Humanos da Escola Superior de Ciências Empresariais do Instituto Politécnico de Setúbal e neste momento estou a desenvolver uma investigação sobre o burnout/stress em profissionais de saúde.

Venho, desta forma, solicitar autorização para aplicar o questionário, que envio em anexo, aos trabalhadores do [REDACTED]. Este questionário deverá ser enviado por email e preenchido online.

Com esta investigação pretendesse não só analisar a relação entre as variáveis em estudo mas, simultaneamente, ter um maior conhecimento dos níveis de burnout/stress destes trabalhadores e, eventualmente, estimular a adoção de comportamentos positivos contribuindo assim para uma organização mais eficiente e eficaz.

Após o término do estudo, comprometo-me a remeter os resultados obtidos na investigação, sendo assegurada a total confidencialidade e anonimato das respostas obtidas. Saliento ainda que, não se pretende qualquer tipo de avaliação individual, nem desta Instituição em particular, assegurando-se por conseguinte, a confidencialidade e o anonimato deste [REDACTED]

Apelo à colaboração de V. Exa para a execução desta investigação, encontrando-me disponível para mais esclarecimentos através dos contactos: email rebeccasantos97@hotmail.com. Caso pretendam podem ainda contactar a minha orientadora de tese de mestrado Professora Anabela Correia através dos contactos email anabela.correia@esce.ips.pt ou telemóvel 96XXXXXXX.

Agradecendo a atenção dispensada, despeço-me com os melhores cumprimentos,
Rebecca Natallie Demarchi dos Santos.

Anexo 2

Apresentação da investigação

Questionário

Estimado(a) Senhor(a),

O objetivo deste questionário para o qual pedimos a sua colaboração, destina-se a recolher dados que permitam aumentar o conhecimento e a compreensão acerca dos níveis de Burnout/Stress nos trabalhadores da saúde.

Este questionário é anónimo (não terá de se identificar) e destina-se exclusivamente a fins de investigação científica (as respostas serão enviadas diretamente para a investigadora).

Para qualquer dúvida relacionada com este questionário pode contactar-me através dos meus contactos: email reccasantos97@hotmail.com ou telemóvel 91XXXXXXX.

A sua participação na realização deste questionário é muito importante.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo 3

**Instrumento de Recolha de dados – Questionário (Maslach Burnout Inventory –
Humam Services Survey)**

Parte I

As afirmações que se seguem são sobre sentimentos relacionados com o seu trabalho. Leia cada afirmação cuidadosamente e decida o que sente sobre o seu trabalho. Se nunca apresentou esse sentimento assinale Nunca. Se sim indique a frequência que melhor o descreve.

0. Nunca;

1. Algumas vezes, ou menos, por ano;

2. Uma vez, ou menos, por mês;

3. Algumas vezes por mês;

4. Uma vez por semana;

5. Algumas vezes por semana;

6. Todos os dias.

1. Sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho.*

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

0 1 2 3 4 5 6

2. Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho.*

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

0 1 2 3 4 5 6

3. Sinto-me fatigada(o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.*

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

0 1 2 3 4 5 6

4. Posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas.*

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

0 1 2 3 4 5 6

5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais.

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

0 1 2 3 4 5 6

6. Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim.*

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

0 1 2 3 4 5 6

7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes.*

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

0 1 2 3 4 5 6

8. Sinto-me esgotada(o) pelo meu trabalho.*

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

0 1 2 3 4 5 6

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

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

0 1 2 3 4 5 6

10. Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão.*

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

0 1 2 3 4 5 6

11. Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.*

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

0 1 2 3 4 5 6

12. Sinto-me com muita energia.*

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

0 1 2 3 4 5 6

13. Sinto-me frustrada(o) pelo meu trabalho.*

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

0 1 2 3 4 5 6

14. Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão.*

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

0 1 2 3 4 5 6

15. Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes.*

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

0 1 2 3 4 5 6

16. Trabalhar diretamente com pessoas sujeita-me a demasiado stresse.*

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

0 1 2 3 4 5 6

17. Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes.*

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

0 1 2 3 4 5 6

18. Sinto-me cheia(o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes.*

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

0 1 2 3 4 5 6

19. Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.*

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

0 1 2 3 4 5 6

20. Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência.*

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

0 1 2 3 4 5 6

21. No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais.*

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

0 1 2 3 4 5 6

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

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

0 1 2 3 4 5 6

Parte II

Com o objetivo de caracterizar o grupo que respondeu a estes questionários e fazer comparações estatísticas pedimos-lhe algumas informações pessoais. Lembramos-lhe, mais uma vez, que toda a informação recolhida é confidencial, não havendo qualquer identificação pessoal.

1. Sexo*

- Masculino
- Feminino

2. Idade*

Anos

3. Habilitações literárias*

- Até 3º ciclo do Ensino Básico (9º ano)
- Ensino Secundário (10º- 12º)
- Licenciatura
- Mestrado ou Doutoramento

4. Estado civil*

- Solteiro(a)
- Casado(a)/ união de facto
- Divorciado(a)/ separado(a)
- Viúvo(a)

5. Nacionalidade*

- Portuguesa
- Outra:

6. Tem filhos?*

- Sim
- Não

7. Categoria profissional*

- Auxiliar

- Enfermeiro
- Médico
- Outra:

8. Regime de trabalho

- Com exclusividade
- Sem exclusividade

9. Exerce funções de chefia?*

- Sim
- Não

10. Tipo de vínculo*

- Efectivo/ permanente
- Contrato/ termo
- Outra:

11. Número de anos na função*

- Inferior a 1 ano
- De 1 a 4 anos
- De 5 a 8 anos
- Mais de 9 anos

12. Número de anos na organização*

- Inferior a 1 ano
- De 1 a 4 anos
- De 5 a 8 anos
- Mais de 9 anos

13. Em média quantas horas trabalha por dia nesta instituição?

Horas

14. Tipo de horário*

- Rotativo / turnos
- Fixo

15. Dedicção exclusiva?*

- Sim
- Não

16. Local de trabalho?*

- X Y

Muito Obrigada pela sua colaboração!

Anexo 4

Fidelidade da Escala Maslach Burnout Inventory – Humam Services Survey (coeficiente de Alpha de Cronbach)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,737	22

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
1. Sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho.	3,31	1,80	117
2. Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho.	3,84	1,63	117
3. Sinto-me fatigada(o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	2,97	1,84	117
4. Posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas.	4,57	1,84	117
5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais.	0,65	1,24	117
6. Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim.	1,74	1,63	117
7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes.	4,50	1,67	117
8. Sinto-me esgotada(o) pelo meu trabalho.	3,02	1,85	117
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.	4,87	1,47	117
10. Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão.	1,26	1,68	117
11. Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.	1,70	1,94	117
12. Sinto-me com muita energia.	3,90	1,64	117
13. Sinto-me frustrada(o) pelo meu trabalho.	2,47	1,92	117
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão.	3,64	1,99	117
15. Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes.	0,56	1,02	117
16. Trabalhar diretamente com pessoas sujeita-me a demasiado stresse.	2,54	1,87	117
17. Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes.	4,78	1,49	117
18. Sinto-me cheia(o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes.	4,03	1,66	117
19. Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.	4,84	1,31	117
20. Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência.	2,42	1,88	117
21. No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais.	4,21	1,51	117
22. Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.	1,12	1,54	117

Anexo 5

Validade da Escala Maslach Burnout Inventory – Humam Services Survey

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,824
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1197,001
	Df	231
	Sig.	,000

Communalities		
	Initial	Extraction
1. Sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho.	1,000	,702
2. Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho.	1,000	,675
3. Sinto-me fatigada(o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	1,000	,599
4. Posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas.	1,000	,474
5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais.	1,000	,417
6. Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim.	1,000	,325
7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes.	1,000	,651
8. Sinto-me esgotada(o) pelo meu trabalho.	1,000	,815
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.	1,000	,319
10. Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão.	1,000	,724
11. Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.	1,000	,446
12. Sinto-me com muita energia.	1,000	,439
13. Sinto-me frustrada(o) pelo meu trabalho.	1,000	,575
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão.	1,000	,459
15. Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes.	1,000	,417
16. Trabalhar diretamente com pessoas sujeita-me a demasiado stresse.	1,000	,271
17. Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes.	1,000	,682
18. Sinto-me cheia(o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes.	1,000	,686
19. Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.	1,000	,381
20. Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência.	1,000	,658
21. No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais.	1,000	,281
22. Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.	1,000	,153
Extraction Method: Principal Component Analysis.		

Component Matrix ^a			
	Component		
	1	2	3
1. Sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho.	,810	,198	-,079
2. Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho.	,803	,168	,032
3. Sinto-me fatigada(o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	,764	,126	-,013
4. Posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas.	-,003	,675	-,133
5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais.	,321	,213	,518

6. Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim.	,488	,233	-,180
7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes.	-,156	,766	,199
8. Sinto-me esgotada(o) pelo meu trabalho.	,864	,246	-,093
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.	-,307	,465	-,094
10. Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão.	,378	-,176	,742
11. Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.	,468	-,240	,411
12. Sinto-me com muita energia.	-,649	,118	,056
13. Sinto-me frustrada(o) pelo meu trabalho.	,687	,238	-,215
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão.	,655	,171	-,037
15. Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes.	,257	-,008	,593
16. Trabalhar diretamente com pessoas sujeita-me a demasiado stresse.	,475	,189	-,097
17. Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes.	-,298	,734	,233
18. Sinto-me cheia(o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes.	-,423	,712	-,003
19. Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.	-,484	,357	,139
20. Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência.	,791	,131	-,122
21. No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais.	-,423	,250	,199
22. Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.	,341	,191	-,007
Extraction Method: Principal Component Analysis.			
a. 3 components extracted.			

Rotated Component Matrix ^a			
	Component		
	1	2	3
1. Sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho.	,818	-,095	,156
2. Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho.	,772	-,105	,262
3. Sinto-me fatigada(o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	,733	-,137	,209
4. Posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas.	,274	,612	-,157
5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais.	,228	,167	,580
6. Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim.	,568	,030	-,037
7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes.	,082	,795	,111
8. Sinto-me esgotada(o) pelo meu trabalho.	,886	-,069	,158
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.	-,084	,521	-,201
10. Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão.	,081	-,181	,827
11. Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.	,225	-,319	,541
12. Sinto-me com muita energia.	-,555	,332	-,144
13. Sinto-me frustrada(o) pelo meu trabalho.	,757	-,036	-,012
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão.	,658	-,062	,152
15. Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes.	,072	-,007	,642
16. Trabalhar diretamente com pessoas sujeita-me a demasiado stresse.	,519	,006	,041
17. Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes.	-,065	,817	,102
18. Sinto-me cheia(o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes.	-,123	,803	-,159
19. Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.	-,343	,513	-,026

20. Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência.	,788	-,156	,113
21. No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais.	-,342	,402	,054
22. Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.	,376	,064	,087
Extraction Method: Principal Component Analysis.			
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.			
a. Rotation converged in 4 iterations.			

Component Transformation Matrix			
Component	1	2	3
1	,896	-,330	,297
2	,358	,933	-,043
3	-,263	,145	,954
Extraction Method: Principal Component Analysis.			
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.			

Anexo 6

Análise do burnout em função das variáveis sociodemográficas (análise de variância)

Sexo

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Exaustão emocional	Masculino	27	2,8189	1,3465	0,2591	2,2863	3,3516	0,56	5,11
	Feminino	90	2,9012	1,3706	0,1445	2,6142	3,1883	0,22	5,78
	Total	117	2,8822	1,3598	0,1257	2,6333	3,1312	0,22	5,78
Despersonalização	Masculino	27	1,3185	1,1978	0,2305	0,8447	1,7923	0,00	3,80
	Feminino	90	0,9778	0,8322	0,0877	0,8035	1,1521	0,00	3,40
	Total	117	1,0564	0,9347	0,0864	0,8853	1,2276	0,00	3,80
Realização Pessoal	Masculino	27	4,5278	1,0145	0,1952	4,1264	4,9291	1,38	6,00
	Feminino	90	4,4431	0,9839	0,1037	4,2370	4,6491	1,25	6,00
	Total	117	4,4626	0,9873	0,0913	4,2818	4,6434	1,25	6,00

Anova						
		Sun of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Exaustão Emocional	Between Groups	0,141	1	0,141	,075	,784
	Within Groups	214,336	115	1,864		
	Total	214,476	116			
Despersonalização	Between Groups	2,411	1	2,411	2,803	,097
	Within Groups	98,936	115	0,860		
	Total	101,348	116			
Realização Pessoal	Between Groups	0,149	1	0,149	,152	,698
	Within Groups	112,922	115	0,982		
	Total	113,071	116			

Idade

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Exaustão Emocional	<30	10	3,2333	1,1055	0,3496	2,4425	4,0241	1,56	4,78
	30-39	32	3,2083	1,2771	0,2258	2,7479	3,6688	1,11	5,22
	40-49	32	2,8507	1,4656	0,2591	2,3223	3,3791	,22	5,78
	>50	43	2,5814	1,3608	0,2075	2,1626	3,0002	,44	5,33
	Total	117	2,8822	1,3598	0,1257	2,6333	3,1312	,22	5,78
Despersonalização	<30	10	1,4000	1,0995	0,3477	0,6135	2,1865	,40	3,40
	30-39	32	1,4375	1,0552	0,1865	1,0571	1,8179	0,00	3,80
	40-49	32	,7000	0,7586	0,1341	0,4265	0,9735	0,00	2,40
	>50	43	,9581	0,8136	0,1241	0,7077	1,2085	0,00	3,00
	Total	117	1,0564	0,9347	0,0864	0,8853	1,2276	0,00	3,80
Realização Pessoal	<30	10	4,9375	0,6489	0,2052	4,4733	5,4017	3,88	6,00
	30-39	32	4,1641	0,6937	0,1226	3,9139	4,4142	2,88	5,63
	40-49	32	4,7031	0,9118	0,1612	4,3744	5,0319	2,13	6,00
	>50	43	4,3953	1,2094	0,1844	4,0231	4,7676	1,25	5,88
	Total	117	4,4626	0,9873	0,0913	4,2818	4,6434	1,25	6,00

Anova						
		Sun of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Exaustão Emocional	Between Groups	8,559	3	2,853	1,566	0,202
	Within Groups	205,917	113	1,822		
	Total	214,476	116			
Despersonalização	Between Groups	10,308	3	3,436	4,265	0,007
	Within Groups	91,040	113	0,806		
	Total	101,348	116			
Realização Pessoal	Between Groups	7,153	3	2,384	2,544	0,06
	Within Groups	105,918	113	0,937		
	Total	113,071	116			

Multiple Comparisons							
Scheffe							
Dependent Variable			Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Exaustão Emocional	<30	30-39	,02500	,48905	1,000	-1,3630	1,4130
		40-49	,38264	,48905	,893	-1,0053	1,7706
		>50	,65194	,47393	,597	-,6931	1,9970
	30-39	<30	-,02500	,48905	1,000	-1,4130	1,3630
		40-49	,35764	,33748	,772	-,6002	1,3154
		>50	,62694	,31516	,272	-,2675	1,5214
	40-49	<30	-,38264	,48905	,893	-1,7706	1,0053
		30-39	-,35764	,33748	,772	-1,3154	,6002
		>50	,26930	,31516	,866	-,6251	1,1637
	>50	<30	-,65194	,47393	,597	-1,9970	,6931
		30-39	-,62694	,31516	,272	-1,5214	,2675
		40-49	-,26930	,31516	,866	-1,1637	,6251
Despersonalização	<30	30-39	-,03750	,32518	1,000	-,9604	,8854
		40-49	,70000	,32518	,207	-,2229	1,6229
		>50	,44186	,31512	,581	-,4525	1,3362
	30-39	<30	,03750	,32518	1,000	-,8854	,9604
		40-49	,73750*	,22440	,016	,1006	1,3744
		>50	,47936	,20955	,162	-,1154	1,0741
	40-49	<30	-,70000	,32518	,207	-1,6229	,2229
		30-39	-,73750*	,22440	,016	-1,3744	-,1006
		>50	-,25814	,20955	,679	-,8529	,3366
	>50	<30	-,44186	,31512	,581	-1,3362	,4525
		30-39	-,47936	,20955	,162	-1,0741	,1154
		40-49	,25814	,20955	,679	-,3366	,8529
Realização Pessoal	<30	30-39	,77344	,35075	,188	-,2220	1,7689
		40-49	,23438	,35075	,930	-,7611	1,2298
		>50	,54215	,33990	,470	-,4225	1,5068
	30-39	<30	-,77344	,35075	,188	-1,7689	,2220
		40-49	-,53906	,24204	,181	-1,2260	,1479
		>50	-,23129	,22603	,790	-,8728	,4102
	40-49	<30	-,23438	,35075	,930	-1,2298	,7611
		30-39	,53906	,24204	,181	-,1479	1,2260
		>50	,30778	,22603	,605	-,3337	,9493
	>50	<30	-,54215	,33990	,470	-1,5068	,4225
		30-39	,23129	,22603	,790	-,4102	,8728
		40-49	-,30778	,22603	,605	-,9493	,3337

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Habililitações literárias

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Exaustão Emocional	Até ao 3º Ciclo e Ensino Secundário	21	2,8624	1,5523	,3387	2,1558	3,5691	,33	5,33
	Licenciatura	76	2,8129	1,2719	,1459	2,5222	3,1035	,44	5,22
	Mestrado/ Doutoramento	20	3,1667	1,5035	,3362	2,4630	3,8703	,22	5,78
	Total	117	2,8822	1,3598	,1257	2,6333	3,1312	,22	5,78
Despersonalização	Até ao 3º Ciclo e Ensino Secundário	21	1,0286	0,9865	,2153	,5795	1,4776	0,00	3,20
	Licenciatura	76	1,1158	0,9662	,1108	,8950	1,3366	0,00	3,80
	Mestrado/ Doutoramento	20	,8600	0,7542	,1686	,5070	1,2130	0,00	2,60
	Total	117	1,0564	0,9347	,0864	,8853	1,2276	0,00	3,80
Realização Pessoal	Até ao 3º Ciclo e Ensino Secundário	21	4,2262	1,1157	,2435	3,7183	4,7340	1,38	5,88
	Licenciatura	76	4,4868	0,9901	,1136	4,2606	4,7131	1,25	6,00
	Mestrado/ Doutoramento	20	4,6188	0,8257	,1846	4,2323	5,0052	2,88	6,00
	Total	117	4,4626	0,9873	,0913	4,2818	4,6434	1,25	6,00

Anova						
		Sun of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Exaustão Emocional	Between Groups	1,992	2	,996	,534	,588
	Within Groups	212,484	114	1,864		
	Total	214,476	116			
Despersonalização	Between Groups	1,056	2	,528	,600	,551
	Within Groups	100,292	114	,880		
	Total	101,348	116			
Realização Pessoal	Between Groups	1,706	2	,853	,873	,420
	Within Groups	111,365	114	,977		
	Total	113,071	116			

Multiple Comparisons							
Scheffe							
Dependent Variable			Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Exaustão Emocional	Até ao 3º Ciclo e Ensino Secundário	Licenciatura	,04957	,33657	,989	-,7852	,8844
		Mestrado/Doutoramento	-,30423	,42656	,776	-1,3622	,7537
	Licenciatura	Até ao 3º Ciclo e Ensino Secundário	-,04957	,33657	,989	-,8844	,7852
		Mestrado/Doutoramento	-,35380	,34310	,589	-1,2048	,4972
	Mestrado/Doutoramento	Até ao 3º Ciclo e Ensino Secundário	,30423	,42656	,776	-,7537	1,3622
		Licenciatura	,35380	,34310	,589	-,4972	1,2048
Despersonalização	Até ao 3º Ciclo e Ensino Secundário	Licenciatura	-,08722	,23123	,931	-,6607	,4863
		Mestrado/Doutoramento	,16857	,29305	,848	-,5583	,8954
	Licenciatura	Até ao 3º Ciclo e Ensino Secundário	,08722	,23123	,931	-,4863	,6607
		Mestrado/Doutoramento	,25579	,23572	,557	-,3289	,8404
	Mestrado/Doutoramento	Até ao 3º Ciclo e Ensino Secundário	-,16857	,29305	,848	-,8954	,5583
		Licenciatura	-,25579	,23572	,557	-,8404	,3289
Realização Pessoal	Até ao 3º Ciclo e Ensino Secundário	Licenciatura	-,26065	,24366	,566	-,8650	,3437
		Mestrado/Doutoramento	-,39256	,30881	,448	-1,1585	,3734
	Licenciatura	Até ao 3º Ciclo e Ensino Secundário	,26065	,24366	,566	-,3437	,8650
		Mestrado/Doutoramento	-,13191	,24839	,869	-,7480	,4842
	Mestrado/Doutoramento	Até ao 3º Ciclo e Ensino Secundário	,39256	,30881	,448	-,3734	1,1585
		Licenciatura	,13191	,24839	,869	-,4842	,7480

Estado Civil

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minim	Maxim
						Lower Bound	Upper Bound		
Exaustão Emocional	Solteiro(a)	19	3,0117	1,3995	,3211	2,337	3,6863	,67	5,22
	Casado(a)/União de Facto	82	2,8564	1,3724	,1516	2,555	3,1579	,22	5,78
	Divorciado(a)/Separado(a)	16	2,8611	1,3237	,3309	2,156	3,5665	,33	5,33
	Total	117	2,8822	1,3598	,1257	2,633	3,1312	,22	5,78
Despersonalização	Solteiro(a)	19	1,2947	0,9101	,2088	0,856	1,7334	0,00	3,40
	Casado(a)/União de Facto	82	1,0195	0,9582	,1058	0,809	1,2301	0,00	3,80
	Divorciado(a)/Separado(a)	16	,9625	0,8461	,2115	0,512	1,4133	0,00	3,20
	Total	117	1,0564	0,9347	,0864	0,885	1,2276	0,00	3,80
Realização Pessoal	Solteiro(a)	19	4,3487	0,8746	,2006	3,927	4,7702	2,88	6,00
	Casado(a)/União de Facto	82	4,5976	0,9408	,1039	4,391	4,8043	1,38	6,00
	Divorciado(a)/Separado(a)	16	3,9063	1,1810	,2953	3,277	4,5356	1,25	5,50
	Total	117	4,4626	0,9873	,0913	4,282	4,6434	1,25	6,00

Anova						
		Sun of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Exaustão Emocional	Between Groups	,380	2	,190	,101	,904
	Within Groups	214,096	114	1,878		
	Total	214,476	116			
Despersonalização	Between Groups	1,332	2	,666	,759	,470
	Within Groups	100,016	114	,877		
	Total	101,348	116			
Realização Pessoal	Between Groups	6,693	2	3,346	3,586	,031
	Within Groups	106,378	114	,933		
	Total	113,071	116			

Multiple Comparisons							
Scheffe							
Dependent Variable			Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Exaustão Emocional	Solteiro(a)	Casado(a)/União de Facto	,15533	,34892	,906	-,7101	1,0207
		Divorciado(a)/Separado(a)	,15058	,46500	,949	-1,0027	1,3039
	Casado(a)/União de Facto	Solteiro(a)	-,15533	,34892	,906	-1,0207	,7101
		Divorciado(a)/Separado(a)	-,00474	,37454	1,000	-,9337	,9242
	Divorciado(a)/Separado(a)	Solteiro(a)	-,15058	,46500	,949	-1,3039	1,0027
		Casado(a)/União de Facto	,00474	,37454	1,000	-,9242	,9337
Despersonalização	Solteiro(a)	Casado(a)/União de Facto	,27522	,23848	,516	-,3163	,8667
		Divorciado(a)/Separado(a)	,33224	,31782	,581	-,4560	1,1205
	Casado(a)/União de Facto	Solteiro(a)	-,27522	,23848	,516	-,8667	,3163
		Divorciado(a)/Separado(a)	,05701	,25599	,976	-,5779	,6919
	Divorciado(a)/Separado(a)	Solteiro(a)	-,33224	,31782	,581	-1,1205	,4560
		Casado(a)/União de Facto	-,05701	,25599	,976	-,6919	,5779
Realização Pessoal	Solteiro(a)	Casado(a)/União de Facto	-,24888	,24595	,601	-,8589	,3611
		Divorciado(a)/Separado(a)	,44243	,32777	,405	-,3705	1,2554
	Casado(a)/União de Facto	Solteiro(a)	,24888	,24595	,601	-,3611	,8589
		Divorciado(a)/Separado(a)	,69131*	,26401	,036	,0365	1,3461
	Divorciado(a)/Separado(a)	Solteiro(a)	-,44243	,32777	,405	-1,2554	,3705
		Casado(a)/União de Facto	-,69131*	,26401	,036	-1,3461	-,0365

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Nacionalidade

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Exaustão Emocional	Portuguesa	116	2,8851	1,3653	0,1268	2,6340	3,1362	,22	5,78
	Outra	1	2,5556					2,56	2,56
	Total	117	2,8822	1,3598	0,1257	2,6333	3,1312	,22	5,78
Despersonalização	Portuguesa	116	1,0638	0,9353	0,0868	,8918	1,2358	0,00	3,80
	Outra	1	,2000					,20	,20
	Total	117	1,0564	0,9347	0,0864	,8853	1,2276	0,00	3,80
Realização Pessoal	Portuguesa	116	4,4601	0,9912	0,0920	4,2778	4,6424	1,25	6,00
	Outra	1	4,7500					4,75	4,75
	Total	117	4,4626	0,9873	0,0913	4,2818	4,6434	1,25	6,00

Anova						
		Sun of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Exaustão Emocional	Between Groups	,108	1	,108	,058	,811
	Within Groups	214,369	115	1,864		
	Total	214,476	116			
Despersonalização	Between Groups	,740	1	,740	,846	,360
	Within Groups	100,608	115	,875		
	Total	101,348	116			
Realização Pessoal	Between Groups	,083	1	,083	,085	,771
	Within Groups	112,987	115	,982		
	Total	113,071	116			

Filhos

Descriptives									
		N	Mean	Std. Desviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Exaustão Emocional	Tem Filhos	84	2,7937	1,32361	,14442	2,5064	3,0809	,22	5,78
	Não tem Filhos	33	3,1077	1,44404	,25138	2,5957	3,6198	,44	5,33
	Total	117	2,8822	1,35976	,12571	2,6333	3,1312	,22	5,78
Despersonalização	Tem Filhos	84	,9929	,92173	,10057	,7928	1,1929	0,00	3,80
	Não tem Filhos	33	1,2182	,96224	,16750	,8770	1,5594	0,00	3,40
	Total	117	1,0564	,93471	,08641	,8853	1,2276	0,00	3,80
Realização Pessoal	Tem Filhos	84	4,5491	,96883	,10571	4,3389	4,7594	1,38	6,00
	Não tem Filhos	33	4,2424	1,01451	,17660	3,8827	4,6022	1,25	6,00
	Total	117	4,4626	,98729	,09128	4,2818	4,6434	1,25	6,00

Anova						
		Sun of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Exaustão Emocional	Between Groups	2,337	1	2,337	1,267	,263
	Within Groups	212,139	115	1,845		
	Total	214,476	116			
Despersonalização	Between Groups	1,203	1	1,203	1,381	,242
	Within Groups	100,145	115	,871		
	Total	101,348	116			
Realização Pessoal	Between Groups	2,228	1	2,228	2,312	,131
	Within Groups	110,842	115	,964		
	Total	113,071	116			

Categoria Profissional

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minim	Maxim
						Lower Bound	Upper Bound		
Exaustão Emocional	Médico	19	2,5263	1,23996	0,28447	1,9287	3,1240	,78	4,78
	Enfermeiro	40	3,1611	1,41398	0,22357	2,7089	3,6133	,22	5,78
	Auxiliar	9	3,3210	1,56194	0,52065	2,1204	4,5216	1,44	5,33
	Administrativo	9	2,6914	1,11911	0,37304	1,8311	3,5516	,33	3,89
	Outros	33	2,7104	1,42561	0,24817	2,2049	3,2159	,44	5,33
	Técnico Superior de Saúde	7	2,7460	0,96378	0,36427	1,8547	3,6374	1,33	4,00
	Total	117	2,8822	1,35976	0,12571	2,6333	3,1312	,22	5,78
Despersonalização	Médico	19	1,1789	0,89417	0,20514	,7480	1,6099	0,00	3,00
	Enfermeiro	40	,9150	0,89200	0,14104	,6297	1,2003	0,00	3,80
	Auxiliar	9	1,5778	1,12448	0,37483	,7134	2,4421	,20	3,20
	Administrativo	9	,9111	0,64118	0,21373	,4183	1,4040	0,00	1,80
	Outros	33	1,0364	0,97012	0,16888	,6924	1,3804	0,00	3,60
	Técnico Superior de Saúde	7	1,1429	1,19841	0,45296	,0345	2,2512	0,00	3,20
	Total	117	1,0564	0,93471	0,08641	,8853	1,2276	0,00	3,80
Realização Pessoal	Médico	19	4,5526	0,85322	0,19574	4,1414	4,9639	2,75	5,88
	Enfermeiro	40	4,7750	0,72457	0,11456	4,5433	5,0067	3,38	6,00
	Auxiliar	9	3,7222	1,30321	0,43440	2,7205	4,7240	1,38	5,00
	Administrativo	9	3,9861	1,39956	0,46652	2,9103	5,0619	2,13	6,00
	Outros	33	4,4886	0,96388	0,16779	4,1469	4,8304	1,25	5,75
	Técnico Superior de Saúde	7	3,8750	1,08253	0,40916	2,8738	4,8762	2,63	5,50
	Total	117	4,4626	0,98729	0,09128	4,2818	4,6434	1,25	6,00

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Exaustão Emocional	Between Groups	8,682	5	1,736	,937	,460
	Within Groups	205,794	111	1,854		
	Total	214,476	116			
Despersonalização	Between Groups	3,787	5	,757	,862	,509
	Within Groups	97,561	111	,879		
	Total	101,348	116			
Realização Pessoal	Between Groups	13,474	5	2,695	3,003	,014
	Within Groups	99,597	111	,897		
	Total	113,071	116			

Multiple Comparisons							
Scheffe							
Dependent Variable			Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Exaustão Emocional	Médico	Enfermeiro	-,63480	,37938	,730	-1,9202	,6507
		Auxiliar	-,79467	,55098	,837	-2,6616	1,0722
		Administrativo	-,16504	,55098	1,000	-2,0319	1,7018
		Outros	-,18412	,39212	,999	-1,5128	1,1445
		Técnico Superior de Saúde	-,21972	,60203	1,000	-2,2596	1,8201
	Enfermeiro	Médico	,63480	,37938	,730	-,6507	1,9202
		Auxiliar	-,15988	,50234	1,000	-1,8620	1,5422
		Administrativo	,46975	,50234	,971	-1,2323	2,1718
		Outros	,45067	,32021	,851	-,6343	1,5356
		Técnico Superior de Saúde	,41508	,55786	,990	-1,4751	2,3053
	Auxiliar	Médico	,79467	,55098	,837	-1,0722	2,6616
		Enfermeiro	,15988	,50234	1,000	-1,5422	1,8620
		Administrativo	,62963	,64187	,965	-1,5452	2,8045
		Outros	,61055	,51204	,921	-1,1244	2,3455
		Técnico Superior de Saúde	,57496	,68619	,982	-1,7501	2,9000
	Administrativo	Médico	,16504	,55098	1,000	-1,7018	2,0319
		Enfermeiro	-,46975	,50234	,971	-2,1718	1,2323
		Auxiliar	-,62963	,64187	,965	-2,8045	1,5452
		Outros	-,01908	,51204	1,000	-1,7540	1,7159
		Técnico Superior de Saúde	-,05467	,68619	1,000	-2,3797	2,2703
	Outros	Médico	,18412	,39212	,999	-1,1445	1,5128
		Enfermeiro	-,45067	,32021	,851	-1,5356	,6343
		Auxiliar	-,61055	,51204	,921	-2,3455	1,1244
		Administrativo	,01908	,51204	1,000	-1,7159	1,7540
		Técnico Superior de Saúde	-,03559	,56660	1,000	-1,9554	1,8842
	Técnico Superior de Saúde	Médico	,21972	,60203	1,000	-1,8201	2,2596
		Enfermeiro	-,41508	,55786	,990	-2,3053	1,4751
		Auxiliar	-,57496	,68619	,982	-2,9000	1,7501
		Administrativo	,05467	,68619	1,000	-2,2703	2,3797
		Outros	,03559	,56660	1,000	-1,8842	1,9554
Despersonalização	Médico	Enfermeiro	,26395	,26121	,960	-,6211	1,1490
		Auxiliar	-,39883	,37936	,953	-1,6842	,8866
		Administrativo	,26784	,37936	,992	-1,0176	1,5532
		Outros	,14258	,26999	,998	-,7722	1,0574
		Técnico Superior de Saúde	,03609	,41451	1,000	-1,3684	1,4406
	Enfermeiro	Médico	-,26395	,26121	,960	-1,1490	,6211

		Auxiliar	-,66278	,34588	,599	-1,8347	,5092
		Administrativo	,00389	,34588	1,000	-1,1680	1,1758
		Outros	-,12136	,22047	,998	-,8684	,6257
		Técnico Superior de Saúde	-,22786	,38410	,996	-1,5293	1,0736
	Auxiliar	Médico	,39883	,37936	,953	-,8866	1,6842
		Enfermeiro	,66278	,34588	,599	-,5092	1,8347
		Administrativo	,66667	,44195	,809	-,8308	2,1641
		Outros	,54141	,35255	,797	-,6531	1,7360
		Técnico Superior de Saúde	,43492	,47246	,973	-1,1659	2,0358
	Administrativo	Médico	-,26784	,37936	,992	-1,5532	1,0176
		Enfermeiro	-,00389	,34588	1,000	-1,1758	1,1680
		Auxiliar	-,66667	,44195	,809	-2,1641	,8308
		Outros	-,12525	,35255	1,000	-1,3198	1,0693
		Técnico Superior de Saúde	-,23175	,47246	,999	-1,8326	1,3691
	Outros	Médico	-,14258	,26999	,998	-1,0574	,7722
		Enfermeiro	,12136	,22047	,998	-,6257	,8684
		Auxiliar	-,54141	,35255	,797	-1,7360	,6531
		Administrativo	,12525	,35255	1,000	-1,0693	1,3198
		Técnico Superior de Saúde	-,10649	,39012	1,000	-1,4283	1,2154
	Técnico Superior de Saúde	Médico	-,03609	,41451	1,000	-1,4406	1,3684
		Enfermeiro	,22786	,38410	,996	-1,0736	1,5293
		Auxiliar	-,43492	,47246	,973	-2,0358	1,1659
		Administrativo	,23175	,47246	,999	-1,3691	1,8326
		Outros	,10649	,39012	1,000	-1,2154	1,4283
Realização Pessoal	Médico	Enfermeiro	-,22237	,26393	,982	-1,1166	,6719
		Auxiliar	,83041	,38330	,459	-,4683	2,1292
		Administrativo	,56652	,38330	,822	-,7322	1,8653
		Outros	,06400	,27279	1,000	-,8603	,9883
		Técnico Superior de Saúde	,67763	,41882	,758	-,7414	2,0967
	Enfermeiro	Médico	,22237	,26393	,982	-,6719	1,1166
		Auxiliar	1,05278	,34947	,116	-,1313	2,2369
		Administrativo	,78889	,34947	,410	-,3952	1,9730
		Outros	,28636	,22276	,894	-,4684	1,0411
		Técnico Superior de Saúde	,90000	,38809	,378	-,4150	2,2150
	Auxiliar	Médico	-,83041	,38330	,459	-2,1292	,4683
		Enfermeiro	-1,05278	,34947	,116	-2,2369	,1313
		Administrativo	-,26389	,44653	,997	-1,7769	1,2491
		Outros	-,76641	,35621	,467	-1,9734	,4405
		Técnico Superior de Saúde	-,15278	,47737	1,000	-1,7702	1,4647
	Administrativo	Médico	-,56652	,38330	,822	-1,8653	,7322
		Enfermeiro	-,78889	,34947	,410	-1,9730	,3952
		Auxiliar	,26389	,44653	,997	-1,2491	1,7769
		Outros	-,50253	,35621	,849	-1,7095	,7044

	Técnico Superior de Saúde	,11111	,47737	1,000	-1,5063	1,7286
Outros	Médico	-,06400	,27279	1,000	-,9883	,8603
	Enfermeiro	-,28636	,22276	,894	-1,0411	,4684
	Auxiliar	,76641	,35621	,467	-,4405	1,9734
	Administrativo	,50253	,35621	,849	-,7044	1,7095
	Técnico Superior de Saúde	,61364	,39417	,787	-,7219	1,9492
	Técnico Superior de Saúde	Médico	-,67763	,41882	,758	-2,0967
Técnico Superior de Saúde	Enfermeiro	-,90000	,38809	,378	-2,2150	,4150
	Auxiliar	,15278	,47737	1,000	-1,4647	1,7702
	Administrativo	-,11111	,47737	1,000	-1,7286	1,5063
	Outros	-,61364	,39417	,787	-1,9492	,7219

Regime de trabalho

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Exaustão Emocional	Com Exclusividade	52	2,8226	1,38503	,19207	2,4371	3,2082	,22	5,33
	Sem Exclusividade	62	3,0000	1,30913	,16626	2,6675	3,3325	,44	5,78
	Total	114	2,9191	1,34120	,12561	2,6702	3,1680	,22	5,78
Despersonalização	Com Exclusividade	52	1,0962	,99999	,13867	,8178	1,3746	0,00	3,40
	Sem Exclusividade	62	1,0645	,88690	,11264	,8393	1,2897	0,00	3,80
	Total	114	1,0789	,93605	,08767	,9053	1,2526	0,00	3,80
Realização Pessoal	Com Exclusividade	52	4,4736	,99918	,13856	4,1954	4,7517	1,38	6,00
	Sem Exclusividade	62	4,4153	,98028	,12450	4,1664	4,6643	1,25	6,00
	Total	114	4,4419	,98498	,09225	4,2591	4,6247	1,25	6,00

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Exaustão Emocional	Between Groups	,890	1	,890	,492	,484
	Within Groups	202,377	112	1,807		
	Total	203,266	113			
Despersonalização	Between Groups	,028	1	,028	,032	,858
	Within Groups	98,981	112	,884		
	Total	99,009	113			
Realização Pessoal	Between Groups	,096	1	,096	,098	,755
	Within Groups	109,535	112	,978		
	Total	109,631	113			

Funções de Chefia

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Exaustão Emocional	Exerce funções de Chefia	84	2,9101	1,33595	,14576	2,6201	3,2000	,33	5,78
	Não Exerce funções de Chefia	33	2,8114	1,43734	,25021	2,3018	3,3211	,22	5,33
	Total	117	2,8822	1,35976	,12571	2,6333	3,1312	,22	5,78
Despersonalização	Exerce funções de Chefia	84	1,0619	,93395	,10190	,8592	1,2646	0,00	3,80
	Não Exerce funções de Chefia	33	1,0424	,95100	,16555	,7052	1,3796	0,00	3,20
	Total	117	1,0564	,93471	,08641	,8853	1,2276	0,00	3,80
Realização Pessoal	Exerce funções de Chefia	84	4,3958	,95332	,10402	4,1889	4,6027	1,38	6,00
	Não Exerce funções de Chefia	33	4,6326	1,06523	,18543	4,2549	5,0103	1,25	6,00
	Total	117	4,4626	,98729	,09128	4,2818	4,6434	1,25	6,00

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Exaustão Emocional	Between Groups	,230	1	,230	,124	,726
	Within Groups	214,246	115	1,863		
	Total	214,476	116			
Despersonalização	Between Groups	,009	1	,009	,010	,920
	Within Groups	101,339	115	,881		
	Total	101,348	116			
Realização Pessoal	Between Groups	1,328	1	1,328	1,367	,245
	Within Groups	111,743	115	,972		
	Total	113,071	116			

Tipo de Vínculo

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Exaustão Emocional	Efetivo/Permanente	99	2,7957	1,36108	,13679	2,5243	3,0672	,22	5,78
	Contrato/Termo	16	3,2292	1,27364	,31841	2,5505	3,9078	1,11	4,78
	Outro	2	4,3889	1,17851	,83333	-6,1996	14,9774	3,56	5,22
	Total	117	2,8822	1,35976	,12571	2,6333	3,1312	,22	5,78
Despersonalização	Efetivo/Permanente	99	1,0343	,92980	,09345	,8489	1,2198	0,00	3,80
	Contrato/Termo	16	1,1750	1,00100	,25025	,6416	1,7084	0,00	3,60
	Outro	2	1,2000	1,13137	,80000	-8,9650	11,3650	,40	2,00
	Total	117	1,0564	,93471	,08641	,8853	1,2276	0,00	3,80
Realização Pessoal	Efetivo/Permanente	99	4,4697	1,01552	,10206	4,2672	4,6722	1,25	6,00
	Contrato/Termo	16	4,4609	,75927	,18982	4,0563	4,8655	2,88	5,63
	Outro	2	4,1250	1,76777	1,25000	-11,7578	20,0078	2,88	5,38
	Total	117	4,4626	,98729	,09128	4,2818	4,6434	1,25	6,00

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Exaustão Emocional	Between Groups	7,207	2	3,603	1,982	,143
	Within Groups	207,270	114	1,818		
	Total	214,476	116			
Despersonalização	Between Groups	,314	2	,157	,177	,838
	Within Groups	101,033	114	,886		
	Total	101,348	116			
Realização Pessoal	Between Groups	,233	2	,116	,118	,889
	Within Groups	112,838	114	,990		
	Total	113,071	116			

Multiple Comparisons							
Scheffe							
Dependent Variable			Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Exaustão Emocional	Efetivo/Permanente	Contrato/Termo	-,43343	,36332	,493	-1,3346	,4677
		Outro	-1,59315	,96304	,259	-3,9817	,7954
	Contrato/Termo	Efetivo/Permanente	,43343	,36332	,493	-,4677	1,3346
		Outro	-1,15972	1,01129	,520	-3,6680	1,3485
	Outro	Efetivo/Permanente	1,59315	,96304	,259	-,7954	3,9817
		Contrato/Termo	1,15972	1,01129	,520	-1,3485	3,6680
Despersonalização	Efetivo/Permanente	Contrato/Termo	-,14066	,25366	,858	-,7698	,4885
		Outro	-,16566	,67237	,970	-1,8333	1,5020
	Contrato/Termo	Efetivo/Permanente	,14066	,25366	,858	-,4885	,7698
		Outro	-,02500	,70606	,999	-1,7762	1,7262
	Outro	Efetivo/Permanente	,16566	,67237	,970	-1,5020	1,8333
		Contrato/Termo	,02500	,70606	,999	-1,7262	1,7762
Realização Pessoal	Efetivo/Permanente	Contrato/Termo	,00876	,26807	,999	-,6561	,6736
		Outro	,34470	,71056	,889	-1,4177	2,1071
	Contrato/Termo	Efetivo/Permanente	-,00876	,26807	,999	-,6736	,6561
		Outro	,33594	,74617	,904	-1,5148	2,1866
	Outro	Efetivo/Permanente	-,34470	,71056	,889	-2,1071	1,4177
		Contrato/Termo	-,33594	,74617	,904	-2,1866	1,5148

Número de Anos na Função

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Exaustão Emocional	Inferior ou igual a 4 anos	8	2,4167	,66865	,23640	1,8577	2,9757	1,56	3,44
	De 5 a 8 anos	16	3,1944	1,28716	,32179	2,5086	3,8803	1,11	5,00
	Mais de 9 anos	93	2,8686	1,41107	,14632	2,5780	3,1592	,22	5,78
	Total	117	2,8822	1,35976	,12571	2,6333	3,1312	,22	5,78
Despersonalização	Inferior ou igual a 4 anos	8	1,5250	1,10032	,38902	,6051	2,4449	,40	3,40
	De 5 a 8 anos	16	,8500	,76768	,19192	,4409	1,2591	0,00	3,00
	Mais de 9 anos	93	1,0516	,94174	,09765	,8577	1,2456	0,00	3,80
	Total	117	1,0564	,93471	,08641	,8853	1,2276	0,00	3,80
Realização Pessoal	Inferior ou igual a 4 anos	8	4,9375	,39528	,13975	4,6070	5,2680	4,38	5,63
	De 5 a 8 anos	16	4,6016	,69255	,17314	4,2325	4,9706	3,63	6,00
	Mais de 9 anos	93	4,3978	1,05439	,10933	4,1807	4,6150	1,25	6,00
	Total	117	4,4626	,98729	,09128	4,2818	4,6434	1,25	6,00

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Exaustão Emocional	Between Groups	3,311	2	1,655	,894	,412
	Within Groups	211,165	114	1,852		
	Total	214,476	116			
Despersonalização	Between Groups	2,440	2	1,220	1,406	,249
	Within Groups	98,907	114	,868		
	Total	101,348	116			
Realização Pessoal	Between Groups	2,503	2	1,252	1,290	,279
	Within Groups	110,568	114	,970		
	Total	113,071	116			

Multiple Comparisons							
Scheffe							
Dependent Variable			Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Exaustão Emocional	Inferior ou igual a 4 anos	De 5 a 8 anos	-,77778	,58933	,421	-2,2395	,6839
		Mais de 9 anos	-,45191	,50146	,667	-1,6957	,7918
	De 5 a 8 anos	Inferior ou igual a 4 anos	,77778	,58933	,421	-,6839	2,2395
		Mais de 9 anos	,32587	,36836	,677	-,5878	1,2395
	Mais de 9 anos	Inferior ou igual a 4 anos	,45191	,50146	,667	-,7918	1,6957
		De 5 a 8 anos	-,32587	,36836	,677	-1,2395	,5878
Despersonalização	Inferior ou igual a 4 anos	De 5 a 8 anos	,67500	,40333	,251	-,3254	1,6754
		Mais de 9 anos	,47339	,34319	,389	-,3778	1,3246
	De 5 a 8 anos	Inferior ou igual a 4 anos	-,67500	,40333	,251	-1,6754	,3254
		Mais de 9 anos	-,20161	,25210	,727	-,8269	,4237
	Mais de 9 anos	Inferior ou igual a 4 anos	-,47339	,34319	,389	-1,3246	,3778
		De 5 a 8 anos	,20161	,25210	,727	-,4237	,8269
Realização Pessoal	Inferior ou igual a 4 anos	De 5 a 8 anos	,33594	,42644	,734	-,7218	1,3936
		Mais de 9 anos	,53965	,36286	,334	-,3603	1,4396
	De 5 a 8 anos	Inferior ou igual a 4 anos	-,33594	,42644	,734	-1,3936	,7218
		Mais de 9 anos	,20371	,26655	,747	-,4574	,8648
	Mais de 9 anos	Inferior ou igual a 4 anos	-,53965	,36286	,334	-1,4396	,3603
		De 5 a 8 anos	-,20371	,26655	,747	-,8648	,4574

Número de anos na Organização

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Exaustão Emocional	Inferior ou igual a 4 anos	6	2,5000	,76255	,31131	1,6998	3,3002	1,56	3,44
	De 5 a 8 anos	19	3,2164	1,28379	,29452	2,5976	3,8351	1,22	5,33
	Mais de 9 anos	92	2,8382	1,40144	,14611	2,5479	3,1284	,22	5,78
	Total	117	2,8822	1,35976	,12571	2,6333	3,1312	,22	5,78
Despersonalização	Inferior ou igual a 4 anos	6	1,6667	1,18434	,48351	,4238	2,9096	,60	3,40
	De 5 a 8 anos	19	,9895	,91524	,20997	,5483	1,4306	0,00	3,20
	Mais de 9 anos	92	1,0304	,91912	,09582	,8401	1,2208	0,00	3,80
	Total	117	1,0564	,93471	,08641	,8853	1,2276	0,00	3,80
Realização Pessoal	Inferior ou igual a 4 anos	6	5,0000	,41833	,17078	4,5610	5,4390	4,38	5,63
	De 5 a 8 anos	19	4,5000	,65085	,14932	4,1863	4,8137	3,63	6,00
	Mais de 9 anos	92	4,4198	1,06205	,11073	4,1999	4,6398	1,25	6,00
	Total	117	4,4626	,98729	,09128	4,2818	4,6434	1,25	6,00

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Exaustão Emocional	Between Groups	3,177	2	1,588	,857	,427
	Within Groups	211,300	114	1,854		
	Total	214,476	116			
Despersonalização	Between Groups	2,382	2	1,191	1,372	,258
	Within Groups	98,966	114	,868		
	Total	101,348	116			
Realização Pessoal	Between Groups	1,928	2	,964	,989	,375
	Within Groups	111,143	114	,975		
	Total	113,071	116			

Multiple Comparisons							
Scheffe							
Dependent Variable			Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Exaustão Emocional	Inferior ou igual a 4 anos	De 5 a 8 anos	-,71637	,63755	,534	-2,2977	,8649
		Mais de 9 anos	-,33816	,57364	,841	-1,7609	1,0846
	De 5 a 8 anos	Inferior ou igual a 4 anos	,71637	,63755	,534	-,8649	2,2977
		Mais de 9 anos	,37821	,34307	,546	-,4727	1,2291
	Mais de 9 anos	Inferior ou igual a 4 anos	,33816	,57364	,841	-1,0846	1,7609
		De 5 a 8 anos	-,37821	,34307	,546	-1,2291	,4727
Despersonalização	Inferior ou igual a 4 anos	De 5 a 8 anos	,67719	,43632	,304	-,4050	1,7594
		Mais de 9 anos	,63623	,39259	,273	-,3375	1,6099
	De 5 a 8 anos	Inferior ou igual a 4 anos	-,67719	,43632	,304	-1,7594	,4050
		Mais de 9 anos	-,04096	,23479	,985	-,6233	,5414
	Mais de 9 anos	Inferior ou igual a 4 anos	-,63623	,39259	,273	-1,6099	,3375
		De 5 a 8 anos	,04096	,23479	,985	-,5414	,6233
Realização Pessoal	Inferior ou igual a 4 anos	De 5 a 8 anos	,50000	,46239	,559	-,6468	1,6468
		Mais de 9 anos	,58016	,41604	,381	-,4517	1,6120
	De 5 a 8 anos	Inferior ou igual a 4 anos	-,50000	,46239	,559	-1,6468	,6468
		Mais de 9 anos	,08016	,24882	,949	-,5370	,6973
	Mais de 9 anos	Inferior ou igual a 4 anos	-,58016	,41604	,381	-1,6120	,4517
		De 5 a 8 anos	-,08016	,24882	,949	-,6973	,5370

Média de horas trabalhadas diariamente

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Exaustão Emocional	<8 Horas	16	3,5069	1,45323	,36331	2,7326	4,2813	1,11	5,22
	8-9 Horas	96	2,7153	1,31110	,13381	2,4496	2,9809	,22	5,78
	>10 Horas	4	4,1111	1,04626	,52313	2,4463	5,7759	2,78	5,33
	Total	116	2,8726	1,36164	,12642	2,6222	3,1230	,22	5,78
Despersonalização	<8 Horas	16	1,4500	1,28271	,32068	,7665	2,1335	0,00	3,80
	8-9 Horas	96	,9625	,85116	,08687	,7900	1,1350	0,00	3,40
	>10 Horas	4	1,6500	,99833	,49917	,0614	3,2386	,20	2,40
	Total	116	1,0534	,93822	,08711	,8809	1,2260	0,00	3,80
Realização Pessoal	<8 Horas	16	4,3594	,97133	,24283	3,8418	4,8770	2,88	5,88
	8-9 Horas	96	4,5365	,96908	,09891	4,3401	4,7328	1,25	6,00
	>10 Horas	4	3,2813	,98623	,49312	1,7119	4,8506	1,88	4,13
	Total	116	4,4688	,98933	,09186	4,2868	4,6507	1,25	6,00

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Exaustão Emocional	Between Groups	14,950	2	7,475	4,260	,016
	Within Groups	198,266	113	1,755		
	Total	213,216	115			
Despersonalização	Between Groups	4,734	2	2,367	2,772	,067
	Within Groups	96,495	113	,854		
	Total	101,229	115			
Realização Pessoal	Between Groups	6,272	2	3,136	3,334	,039
	Within Groups	106,286	113	,941		
	Total	112,559	115			

Multiple Comparisons							
Scheffe							
Dependent Variable			Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Exaustão Emocional	<8 Horas	8-9 Horas	,79167	,35768	,091	-,0956	1,6789
		>10 Horas	-,60417	,74047	,718	-2,4410	1,2326
	8-9 Horas	<8 Horas	-,79167	,35768	,091	-1,6789	,0956
		>10 Horas	-1,39583	,67596	,123	-3,0726	,2809
	>10 Horas	<8 Horas	,60417	,74047	,718	-1,2326	2,4410
		8-9 Horas	1,39583	,67596	,123	-,2809	3,0726
Despersonalização	<8 Horas	8-9 Horas	,48750	,24953	,153	-,1315	1,1065
		>10 Horas	-,20000	,51658	,928	-1,4814	1,0814
	8-9 Horas	<8 Horas	-,48750	,24953	,153	-1,1065	,1315
		>10 Horas	-,68750	,47157	,349	-1,8573	,4823
	>10 Horas	<8 Horas	,20000	,51658	,928	-1,0814	1,4814
		8-9 Horas	,68750	,47157	,349	-,4823	1,8573
Realização Profissional	<8 Horas	8-9 Horas	-,17708	,26189	,796	-,8267	,4725
		>10 Horas	1,07813	,54216	,143	-,2667	2,4230
	8-9 Horas	<8 Horas	,17708	,26189	,796	-,4725	,8267
		>10 Horas	1,25521*	,49492	,044	,0275	2,4829
	>10 Horas	<8 Horas	-1,07813	,54216	,143	-2,4230	,2667
		8-9 Horas	-1,25521*	,49492	,044	-2,4829	-,0275

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Tipo de horário

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Exaustão Emocional	Rotativo/Turnos	36	3,3704	1,23614	,20602	2,9521	3,7886	1,44	5,78
	Fixo	81	2,6653	1,36292	,15144	2,3639	2,9667	,22	5,33
	Total	117	2,8822	1,35976	,12571	2,6333	3,1312	,22	5,78
Despersonalização	Rotativo/Turnos	36	1,3167	1,09792	,18299	,9452	1,6881	0,00	3,80
	Fixo	81	,9407	,83393	,09266	,7563	1,1251	0,00	3,40
	Total	117	1,0564	,93471	,08641	,8853	1,2276	0,00	3,80
Realização Pessoal	Rotativo/Turnos	36	4,3715	,82402	,13734	4,0927	4,6503	1,88	5,75
	Fixo	81	4,5031	1,05401	,11711	4,2700	4,7361	1,25	6,00
	Total	117	4,4626	,98729	,09128	4,2818	4,6434	1,25	6,00

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Exaustão Emocional	Between Groups	12,390	1	12,390	7,051	,009
	Within Groups	202,086	115	1,757		
	Total	214,476	116			
Despersonalização	Between Groups	3,522	1	3,522	4,140	,044
	Within Groups	97,826	115	,851		
	Total	101,348	116			
Realização Pessoal	Between Groups	,431	1	,431	,440	,508
	Within Groups	112,639	115	,979		
	Total	113,071	116			

Dedicação Exclusiva

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Exaustão Emocional	Dedicação Exclusiva	81	2,8683	1,32673	,14741	2,5749	3,1617	,22	5,33
	S/Dedicação Exclusiva	36	2,9136	1,45020	,24170	2,4229	3,4043	,44	5,78
	Total	117	2,8822	1,35976	,12571	2,6333	3,1312	,22	5,78
Despersonalização	Dedicação Exclusiva	81	1,0420	,94906	,10545	,8321	1,2518	0,00	3,80
	S/Dedicação Exclusiva	36	1,0889	,91395	,15232	,7797	1,3981	0,00	3,60
	Total	117	1,0564	,93471	,08641	,8853	1,2276	0,00	3,80
Realização Pessoal	Dedicação Exclusiva	81	4,4336	,97189	,10799	4,2187	4,6485	1,38	6,00
	S/Dedicação Exclusiva	36	4,5278	1,03212	,17202	4,1786	4,8770	1,25	6,00
	Total	117	4,4626	,98729	,09128	4,2818	4,6434	1,25	6,00

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Exaustão Emocional	Between Groups	,051	1	,051	,027	,869
	Within Groups	214,425	115	1,865		
	Total	214,476	116			
Despersonalização	Between Groups	,055	1	,055	,062	,803
	Within Groups	101,293	115	,881		
	Total	101,348	116			
Realização Pessoal	Between Groups	,221	1	,221	,225	,636
	Within Groups	112,850	115	,981		
	Total	113,071	116			

Local de trabalho

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Exaustão Emocional	Hospital 1	42	3,1296	1,33602	,20615	2,7133	3,5460	,33	5,33
	Hospital 2	75	2,7437	1,36205	,15728	2,4303	3,0571	,22	5,78
	Total	117	2,8822	1,35976	,12571	2,6333	3,1312	,22	5,78
Despersonalização	Hospital 1	42	1,1048	,80394	,12405	,8542	1,3553	0,00	3,20
	Hospital 2	75	1,0293	1,00469	,11601	,7982	1,2605	0,00	3,80
	Total	117	1,0564	,93471	,08641	,8853	1,2276	0,00	3,80
Realização Pessoal	Hospital 1	42	4,3155	,94966	,14654	4,0195	4,6114	1,88	5,88
	Hospital 2	75	4,5450	1,00456	,11600	4,3139	4,7761	1,25	6,00
	Total	117	4,4626	,98729	,09128	4,2818	4,6434	1,25	6,00

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Exaustão Emocional	Between Groups	4,010	1	4,010	2,191	,142
	Within Groups	210,466	115	1,830		
	Total	214,476	116			
Despersonalização	Between Groups	,153	1	,153	,174	,677
	Within Groups	101,195	115	,880		
	Total	101,348	116			
Realização Pessoal	Between Groups	1,418	1	1,418	1,461	,229
	Within Groups	111,652	115	,971		
	Total	113,071	116			