



ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE  
INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO

# *Burnout e Engagement* nos Médicos dos Hospitais do Grande Porto

GISELA FERRER DOS SANTOS CAMPOS

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para  
obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de  
Gestão de Empresas

**Orientada por:** Prof. Doutor Eduardo Manuel Lopes de Sá e Silva

**Coorientada por:** Mestre Adalmiro Álvaro Malheiro de Castro Andrade Pereira

*Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri.*

**Porto, novembro, 2013**





ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE  
INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO

# *Burnout e Engagement* nos Médicos dos Hospitais do Grande Porto

**Mestranda:** Gisela Ferrer dos Santos Campos

**Orientada por:** Prof. Doutor Eduardo Manuel Lopes de Sá e Silva

Mestre Adalmiro Álvaro Malheiro de Castro Andrade Pereira

Porto, novembro, 2013



## RESUMO

O *burnout* é considerado como uma das possíveis consequências do *stress* profissional, que assinala a dificuldade do indivíduo em utilizar recursos adequados para lidar com as exigências colocadas pelas situações de trabalho. Este fenómeno encontra-se intimamente relacionado com o *engagement*, entendido como o equilíbrio entre a parte afetiva e a parte cognitiva do sujeito. São poucos os estudos realizados sobre estes dois construtos nos médicos, pelo que o presente trabalho tem como objetivo analisar os níveis de *burnout* e de *engagement* dos médicos dos hospitais do grande Porto. Participaram no presente estudo 123 médicos de ambos os sexos, de diferentes instituições de saúde (públicas e privadas) e especializações. Foram administrados dois instrumentos: um inventário de avaliação do *burnout* (MBI) e de avaliação do *engagement* (UWES). Os principais resultados obtidos apontam para uma percentagem de médicos com exaustão emocional e média despersonalização. As análises diferenciais sustentam níveis significativamente diferenciados de *burnout* e de *engagement* em função da instituição, do trabalho por turnos, do estado civil e da especialidade. Os resultados correlacionais apontam para correlações positivas entre o *burnout*, o *engagement* e, designadamente a idade, os anos de serviço e o número de filhos. Os dados encontrados na presente investigação impõem a reflexão ao nível da prevenção da síndrome de *burnout* no seio dos médicos dos hospitais do grande Porto.

**Palavras-chave:** *burnout*, *engagement*, médicos



## RESUMEN

Se considera el *burnout* como una de las posibles consecuencias del estrés profesional, que resalta la dificultad del individuo en utilizar los recursos adecuados para hacer frente a las exigencias impuestas por las situaciones del trabajo. Este fenómeno está estrechamente relacionado con el *engagement*, entendido como el equilibrio entre la parte afectiva y cognitiva en el sujeto. Pocos son los estudios realizados con estos dos constructos en médicos, por lo tanto el presente trabajo pretende analizar los niveles de *burnout* y *engagement* de los médicos en los hospitales de grande Porto. Participaron en este estudio 123 médicos de ambos sexos, de instituciones de salud (públicas y privadas) y especializaciones diferentes. Fueron administrados dos instrumentos: un inventario de evaluación de *burnout* (MBI) y evaluación del *engagement* (UWES). Los principales resultados obtenidos señalan un porcentaje de los médicos con agotamiento emocional y mediana despersonalización. Los análisis diferenciales apoyan niveles significativamente diferenciados de *burnout* e *engagement* cuando se consideran la institución, el trabajo por turnos, el estado civil y la especialización. Los resultados correlacionales apuntan a una correlación positiva entre *burnout*, *engagement*, la edad, años de servicio y el número de niños. Los datos encontrados en esta investigación requieren la reflexión acerca de la prevención del síndrome de *burnout* entre los médicos de los hospitales de grande Porto.

**Palabras clave:** *burnout*, *engagement*, médicos



## ABSTRACT

Burnout is one of the possible consequences of professional stress that underlines the difficulty of a person to use proper resources to face the demanding work situations. This phenomenon is deeply related with engagement, assumed as the equilibrium between affection and cognition. Few are the studies on these constructs among doctors, and the present work intends to analyze the levels of burnout and engagement in doctors in around Porto hospitals. Participated in this study 123 doctors of both sexes, from different health institutions (public and private) and specializations. Were administered two instruments: an inventory to evaluate burnout (MBI) and other to evaluate engagement (UWES). The main results pointed to a percentage of doctors with emotional exhaustion and average depersonalization. The differential analysis sustained differentiated levels of significance in burnout and engagement regarding institution, shift work, marital status and specialization. The results from correlations points to positive correlations between burnout, engagement and age, years of service and number of children. The founded data in this research require reflection regarding prevention on burnout syndrome among doctors in around Porto hospitals.

**Key Words:** *burnout, engagement, doctors*



## DEDICATÓRIA

*A essência do fim está no início.*

(Pedro Durães)



## **AGRADECIMENTOS**

Papa, a tua força, garra, espírito lutador... são legados que deixas bem assentes no meu ser, serás sempre um exemplo de força e de luta com alegria de viver, devo-te tanto... Obrigada!

Pedro e Daniela, vocês estiveram sempre presentes e deram-me sempre força para continuar até ao fim, são o meu porto de abrigo. Obrigada por fazerem parte da minha vida.

Titi, muitas das minhas ambições devem-se a ti, és o farol que ilumina o caminho que quero percorrer e alcançar. Obrigada!

Agradeço aos meus orientadores por toda a exigência, paciência, conselhos na realização deste trabalho.

Agradeço a todas as pessoas que me motivaram direta e indiretamente a realizar e concluir este trabalho.

Agradeço ao Amilcar pelos preciosos contactos estabelecidos, estava em dívida para contigo. Obrigada!



## LISTA DE ABREVIATURAS

%	Porcentagem
cf.	Conforme
DP	Desvio Padrão
e.g.	Exemplo
et al.	E colaboradores
i.e.	Isto é
KW	<i>Kruskal Wallis test</i>
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MW	<i>Mann-Whitney test</i>
N/n	<i>Frequência</i>
$p$	Nível de significância
p.	Página
Rho	Valor das correlações de Spearman
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
U	Valor de <i>Mann Whitney</i>
UWES	<i>Utrecht Works Engagement Scale</i>
$\chi^2$	Qui-quadrado (valor de análise do teste Kruskal Wallis)
$\alpha$	<i>Alfa de Cronbach</i>



# ÍNDICE GERAL

Introdução Geral .....	1
<b>Parte I – Enquadramento Teórico .....</b>	<b>3</b>
<b>Capítulo I – A Síndrome de <i>Burnout</i> .....</b>	<b>5</b>
1.1. Conceito de <i>Burnout</i> .....	5
1.2. Modelo Multidimensional do <i>Burnout</i> .....	7
1.3. Sintomas e Determinantes do <i>Burnout</i> .....	10
1.4. Causas e Consequências do <i>Burnout</i> .....	12
1.5. Estratégias de Intervenção no <i>Burnout</i> .....	19
<b>Capítulo II – O <i>Engagement</i> .....</b>	<b>23</b>
2.1. Conceito de <i>Engagement</i> .....	23
2.2. <i>Burnout</i> e <i>Engagement</i> : Os Dados das Investigações .....	27
<b>Parte II – Estudo Empírico .....</b>	<b>37</b>
<b>Capítulo III – Percurso Metodológico e Design de Investigação .....</b>	<b>39</b>
3.1. Natureza do Estudo .....	39
3.2. Variáveis em Estudo .....	39
3.3. Objetivos .....	40
3.4. Caracterização dos Participantes .....	41
3.5. Material .....	42
3.6. Procedimento de Recolha de Dados .....	44
<b>Capítulo IV – Apresentação e Discussão dos Resultados .....</b>	<b>45</b>
4.1. Níveis de <i>Burnout</i> e de <i>Engagement</i> nos Médicos.....	46
4.2. Distribuição dos Níveis de <i>Burnout</i> e de <i>Engagement</i> em função do Sexo.....	47
4.3. Distribuição dos Níveis de <i>Burnout</i> e de <i>Engagement</i> em função da Instituição ....	47
4.4. Distribuição dos Níveis de <i>Burnout</i> e de <i>Engagement</i> em função do Trabalho por Turnos.....	48

4.5. Distribuição dos Níveis de <i>Burnout</i> e de <i>Engagement</i> em função do Estado Civil	49
4.6. Distribuição dos Níveis de <i>Burnout</i> e de <i>Engagement</i> em função da Especialidade.....	50
4.7. Relação entre a Idade e os Níveis de <i>Burnout</i> e de <i>Engagement</i> .....	51
4.8. Relação entre os Anos de Serviço e os Níveis de <i>Burnout</i> e de <i>Engagement</i> .....	52
4.9. Relação entre o Número de Filhos e os Níveis de <i>Burnout</i> e de <i>Engagement</i> .....	53
4.10. Relação entre os Níveis de <i>Burnout</i> e de <i>Engagement</i> .....	54
4.11. Discussão dos Resultados .....	54
<b>Conclusões</b> .....	63
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	65
<b>Anexos</b> .....	75

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caraterização dos Participantes .....	41
Tabela 2 - Padrão de Pontuação do <i>Burnout</i> .....	43
Tabela 3 - Níveis de <i>Burnout</i> e <i>Engagement</i> .....	46
Tabela 4 - Distribuição em função dos Critérios de <i>Burnout</i> .....	46
Tabela 5 - Média e Somatório das posições de <i>Burnout</i> e <i>Engagement</i> , em função do Sexo .....	47
Tabela 6 - Média e Somatório das posições de <i>Burnout</i> e <i>Engagement</i> , em função da Instituição .....	48
Tabela 7 - Média e Somatório das posições de <i>Burnout</i> e <i>Engagement</i> , em função do Trabalho por Turnos .....	49
Tabela 8 - Média e Somatório das posições de <i>Burnout</i> e <i>Engagement</i> , em função do Estado Civil .....	50
Tabela 9 - Média e Somatório das posições de <i>Burnout</i> e <i>Engagement</i> , em função da Especialidade .....	51
Tabela 10 - Correlações entre a Idade, o <i>Burnout</i> e o <i>Engagement</i> .....	52
Tabela 11 - Correlações entre os Anos de Serviço, o <i>Burnout</i> e o <i>Engagement</i> .....	53
Tabela 12 - Correlações entre o Número de Filhos, o <i>Burnout</i> e o <i>Engagement</i> .....	53
Tabela 13 - Correlações entre os Níveis de <i>Burnout</i> e de <i>Engagement</i> .....	54

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> - Três componentes do <i>burnout</i> .....	10
<b>Figura 2.</b> - Esquema teórico sobre o <i>burnout</i> e <i>engagement</i> no trabalho .....	25

## Introdução Geral

Os últimos anos têm sido caracterizados pela emergência do *stress* ocupacional, uma área muito debatida no domínio da investigação científica, devido aos seus custos e aos efeitos ao nível individual e institucional (Murphy, Hurrell, Sauter, & Keita, 1995).

Diversos são os estudos que têm mostrado um interesse crescente na compreensão deste fenómeno, ao nível da sua incidência e prevalência, nas mais variadas profissões (Maslach, 2003).

Uma das possíveis consequências da multiplicidade das exigências laborais remete-nos para o *burnout* (também designado de esgotamento/desgaste), que é muitas vezes entendido como um prolongamento do *stress* ocupacional crónico, no qual o indivíduo sente que os seus recursos para lidar com as exigências colocadas pela situação estão esgotados (Maslach & Schaufeli, 1993; Ortega Ruíz & López Ríos, 2004).

Algumas das indicações sobre este fenómeno entre os médicos, têm evidenciado repercussões negativas na qualidade dos serviços prestados, na satisfação dos pacientes, bem como na adesão ao tratamento (Gaba & Howard, 2002; Williams et al., 2001).

Observando os resultados de investigações internacionais, diversos autores têm assinalado os potenciais efeitos negativos do *stress* ocupacional na saúde e no bem-estar dos profissionais de saúde, com elevado impacto ao nível da satisfação (Morán Astorga, 2005a), das queixas físicas e psicológicas (Cooper, Dewe, & O'Driscoll, 2001), absentismo (Borda & Norman, 1997) e no *engagement* (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

Maslach et al. (2001) assumem o *engagement* como um fenómeno considerado no polo oposto do *burnout*, que se define como um estado de saúde mental positivo e de bem-estar, relacionado com o contexto ocupacional e que implica, necessariamente, a ausência de *burnout* (Bakker & Demerouti, 2007; Bakker & Bal, 2010). Este enfoque coincide com a investigação atual no domínio da Psicologia Positiva, que se focaliza na força humana e no ótimo funcionamento do ser humano, e não tanto sobre as fraquezas e as dificuldades (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Por conseguinte, o *engagement* pode ser assumido não como um estado oposto, mas uma dimensão distinta de bem-estar (Schaufeli, Martinez, Marques Pinto, Salanova, & Bakker, 2002), já que se trata de uma construção motivacional positiva, reconfortante, que não é específica de um evento em particular, indivíduo ou comportamento momentâneo, mas

representa um estado afetivo e cognitivo persistente no tempo que se encontra relacionado com o trabalho (Bakker & Schaufeli, 2008; Bakker, Schaufeli, Leiter, & Taris, 2008).

Tendo este quadro conceptual em consideração, constituiu-se como motivação para a realização do presente trabalho de investigação, contribuir para uma melhoria do conhecimento acerca do *burnout* e do *engagement* numa amostra de médicos portugueses, de várias especialidades, que trabalham em hospitais do grande Porto. Assim sendo, a grande questão de investigação que foi colocada, pode ser definida da seguinte forma:

*Estarão os médicos dos hospitais do grande Porto engajados ou em desgaste profissional relativamente ao seu trabalho?*

Para dar corpo ao presente estudo, o mesmo encontra-se estruturado em duas partes. Assim, a primeira parte é constituída por dois capítulos. O primeiro capítulo, intitulado *A Síndrome de Burnout*, procura abordar o tema do *burnout* em função da sua definição, da sua natureza multidimensional, principais sintomas, causas e consequências, assim como as estratégias de intervenção que podem ser utilizadas. O segundo capítulo, designado de *O Engagement*, integra a sua definição e diferenciação com outros constructos, bem como a referência a alguns dos estudos que têm vindo a ser preconizados sobre o *burnout* e o *engagement*, com especial ênfase para aqueles que são conduzidos com amostras de profissionais de saúde.

A segunda parte apresenta o estudo empírico realizado, pelo que nesta se encontram dois capítulos. O terceiro capítulo, denominado de *Percurso Metodológico e Design de Investigação*, apresenta a natureza do estudo, a caracterização dos participantes e do material de recolha de dados. São ainda apresentadas as qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados, ao nível da consistência interna (fidelidade). Por fim, ainda neste capítulo, descrevemos os procedimentos utilizados na recolha dos dados. O quarto capítulo, intitulado de *Apresentação e Discussão dos Resultados* apresenta os resultados a que chegamos, seguindo os objetivos definidos como linha condutora do nosso raciocínio e são discutidos os resultados encontrados, suportando-nos das diversas investigações que se encontram na parte de revisão bibliográfica, com intuito de interpretarmos os resultados agora encontrados.

O presente trabalho de investigação culmina com uma reflexão sobre os dados resultantes deste trabalho, suas implicações práticas ao nível da intervenção, bem como as potencialidades e limitações/constrangimentos encontrados ao longo da sua concretização.

## **Primeira Parte - Enquadramento Teórico**



## Capítulo I – A Síndrome de *Burnout*

### 1.1. Conceito de *Burnout*

A investigação sobre o *burnout* foi, praticamente, desenvolvida em duas fases (Maslach et al., 2001). Numa primeira fase exploratória, que nos remete para os anos 70, encontram-se os estudos de Freudenberg e de Maslach. O estudo do *burnout* centrava-se na resposta individual ao *stress* e utilizavam-se técnicas qualitativas (e.g., entrevistas, estudos de caso e técnicas de observação).

Na verdade, foi durante os anos 70 que Freudenberg (1974, cit. por Gil-Monte, 2005) médico e psiquiatra norte-americano, utilizou a expressão *burn-out* para nomear e descrever uma síndrome cujo quadro clínico já vinha a observar há já algum tempo. Para este médico, os profissionais cujo serviço exige um contacto direto com outras pessoas, apresentavam maior propensão para esta síndrome, que se caracterizava com estados de fadiga ou de frustração decorrente de uma devoção por uma causa ou uma forma de vida ou por uma relação que fracassou relativamente à recompensa esperada.

Este conceito foi bastante estudado durante os anos 80, com investigações quantitativas, que incorporaram o uso de questionários, métodos de pesquisa com amostras amplas e cujo objetivo se focalizou na avaliação do *burnout*. É nesta fase que se começaram a desenvolver as contribuições teóricas e metodológicas no campo da Psicologia Industrial que juntamente com a Psicologia Clínica e Social geraram uma grande variedade de perspetivas sobre o *burnout* (Morán Astorga, 2005a).

Na década dos anos 90, esta fase continua a desenvolver-se, porém, numa nova direção. Em primeiro lugar, o *burnout* começou a aplicar-se a outras ocupações distintas dos serviços humanos e da educação. Além do mais, a investigação sobre *burnout* dotou-se de metodologias e ferramentas estatísticas mais sofisticadas. As relações entre os fatores organizacionais e as três componentes do *burnout* (exaustão, despersonalização e realização pessoal) facilitaram o uso de modelos estruturais. Por fim, os estudos longitudinais realizados nestes anos permitiram avaliar as relações entre o ambiente laboral e os pensamentos, sensações e condutas que estes suscitavam no indivíduo (Ortega Ruíz & López Ríos, 2004).

Neste sentido, verifica-se que, apesar de não existir uma definição única para o *burnout*, a definição proposta por Maslach e Jackson (1986, cit. por Maslach et al., 2001) continua a ser aquela que mais se aproxima da verdadeira aceção do constructo, já que o acolhe como uma síndrome de cansaço físico e emocional, que leva a uma falta de motivação no trabalho,

acarretando um progressivo sentimento de inadequação e de fracasso. O *burnout* é uma resposta inadequada a um *stress* crónico, associada à falta de condições no trabalho e surge, frequentemente, nos profissionais de ajuda: médicos, enfermeiros, trabalhadores sociais, polícias e outros. Os autores referem que as pessoas que desenvolvem este tipo de profissões, estão pressionadas por dois extremos: a aproximação e o distanciamento. No entanto, a maior parte delas é incapaz de manter o equilíbrio necessário entre estes dois extremos, tendendo a inclinar-se mais para um ou outro extremo. Aqueles que desenvolvem sentimentos de distanciamento e de aproximação podem sentir-se culpados e, conseqüentemente, alimentar um reduzido sentimento de realização pessoal.

Nesta linha de pensamento, o *burnout* é um processo, através do qual, os indivíduos se distanciam do seu trabalho, como resposta à pressão e tensão experimentada no mesmo (Barona, 1996). Este autor assinala que o processo inicia-se quando as experiências de *stress* e de tensão não podem ser aliviadas através de uma resolução ativa dos problemas. As mudanças nas atitudes e nos comportamentos associados ao *burnout* proporcionam uma fuga psicológica e asseguram que não se acumule maior *stress* à situação já experimentada. Além desta deterioração psicológica, o *burnout* aparece como um importante fator causador de baixo moral, absentismo, atrasos e alta rotação no trabalho (*turnover*), afetando, frequentemente, os profissionais de ajuda (com um forte desejo de dar de si mesmos aos outros), tanto os que são altamente motivados e idealistas, bem como os que possuem expectativas de que seu trabalho lhes dará um sentido e significado para a sua própria vida (Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991).

Ao fazer uma revisão sobre este conceito, Torre Gómez de Cádiz, San Juan, Rivero, Herce e Achucarro (1997) constataram que vários autores enfatizam o papel temporal do *burnout*, sugerindo que este seria decorrente de uma exposição a um *stress* laboral prolongado e crónico, como indicia o próprio termo (queimar-se, esgotando os próprios recursos). Por esse motivo, faz-se necessário delimitar conceptualmente o termo *burnout* como advogam Madrigal Solano (2006), Maslach (2003) e Torre Gómez de Cádiz et al. (1997), estabelecendo os limites claros, a fim de não confundir-lo com outros conceitos psicológicos (afeto negativo, tédio, desmotivação, entre outros).

Benevides-Pereira (2002) define *burnout* como “a resposta a um estado prolongado de stress, que ocorre pela cronificação deste, quando os métodos de coping falharam ou foram insuficientes” (p. 45).

Também Barraza Macías, Carrasco Soto e Arreola Corral (2007) definiram *burnout* como um estado psicológico, emocional e de exaustão mental, em combinação com altas expectativas e situações crónicas de *stress*, acompanhado por uma complexidade de sintomas que incluem o esgotamento físico, sentimentos de indefesa, desamparo e de carência de entusiasmo pelo trabalho e pela vida em geral. As pessoas que sofrem de *burnout* desenvolvem, também, segundo estes autores, um autoconceito negativo e atitudes negativas face ao trabalho e face às outras pessoas (desumanização ou despersonalização).

Apesar de não existir uma definição unânime do *burnout*, Maslach et al. (2001) assinalam que nas várias definições formuladas, embora com algumas questões divergentes, todas encontram, no mínimo, cinco elementos comuns:

- Existe a predominância de sintomas relacionados à exaustão mental e emocional, fadiga e depressão.
- A ênfase nos sintomas comportamentais e mentais e não nos sintomas físicos;
- Os sintomas do *burnout* são relacionados com o trabalho.
- Os sintomas manifestam-se em pessoas *normais* que não sofriam de distúrbios psicopatológicos antes do surgimento da síndrome.
- A diminuição da efetividade e desempenho no trabalho ocorre por causa de atitudes e comportamentos negativos.

Por fim, importa referir que o *burnout* pode ser classificado em dois tipos, na perspetiva de diversos autores (e.g., Andrade, 2011; Caramelo, 2010; Cumbe, 2010; Costa, 2009; Oliveira, 2008): a) *Eutress* que funciona como uma força poderosa que acrescenta excitação e desafio à vida. É a resposta positiva ao *stress* e; b) *Distress*, que ocorre quando existe uma tensão não aliviada que conduz à destruição, à doença e à morte. É a resposta negativa ao *stress*.

## 1.2. Modelo Multidimensional do *Burnout*

Mesmo na ausência de uma definição de *burnout* unanimemente aceite, conforme anteriormente referido, considera-se a sua multidimensionalidade, sendo que este é, numa perspetiva sociopsicológica, composto por três dimensões (e.g., Borges, Argolo, Pereira, Machado & Silva, 2008; Caramelo, 2010; Codo & Vasques-Menezes, 1999; Hérnandez-Vargas, Dickinson, & Fernández Ortega, 2008; Madrigal Solano, 2006):

- Exaustão emocional: o esgotamento é a qualidade central do *burnout* sendo a manifestação mais evidente e mais analisada da síndrome. A exaustão emocional caracteriza-se por uma falta ou carência de energia e um sentimento de esgotamento emocional. Estes sentimentos podem estar associados a sentimentos de frustração e de tensão, já que o indivíduo percebe não poder dar mais de si mesmo. Um sintoma comum é o temor de voltar ao trabalho no dia seguinte. A identificação deste cansaço com o *burnout* tem levado a alguns autores a assumi-lo como mais importante nesta síndrome.
- Despersonalização ou desumanização: esta dimensão faz alusão à tentativa do indivíduo em se distanciar dos destinatários do seu trabalho, ignorando as suas características pessoais. Por outras palavras, refere-se à falta de sensibilidade e à dureza ao responder às pessoas que são recetores desse serviço; ao tratamento dos interlocutores como se fossem objetos e não pessoas. Os sujeitos podem mostrar uma insensibilidade emocional, podendo chegar a tratar com cinismo os seus colegas de trabalho e demais intervenientes. Isto supõe um distanciamento cognitivo, desenvolvendo atitudes cínicas e atitudes de indiferença e supõe também, uma reação imediata perante o esgotamento. Os sintomas mais visíveis incluem o uso de uma linguagem depreciativa, intelectualização da situação, retiros bruscos ou manutenção de extensas conversações com os seus colegas.
- Diminuição da realização pessoal no trabalho: refere-se a uma diminuição dos sentimentos de competência em relação aos ganhos pessoais obtidos no trabalho. Há uma tendência em se autoavaliar negativamente e nutrir sentimentos de fracasso e de baixa autoestima. A relação entre a ineficácia pessoal, o esgotamento e a despersonalização, mostra-se complexa. Em certas ocasiões, poderá sustentar-se que é o resultado do esgotamento, bem como da despersonalização, ou melhor, de ambos conjuntamente. É evidente que tanto o esgotamento como a despersonalização interferem com o sentimento de autoeficácia. Todavia, a falta de eficácia parece relacionar-se com a carência de recursos, enquanto o esgotamento e o cinismo se relacionam com a sobrecarga de trabalho e com os conflitos sociais.

Pelo exposto, constata-se que as diversas investigações identificaram a multidimensionalidade do conceito de *burnout*, composto por estas três componentes fundamentais que o caracterizam. Em consequência disto, enquanto alguns trabalhadores tenderão a desistir dos seus empregos ou a mudar de local de trabalho dentro da mesma instituição, outros tenderão a continuar, sem conseguirem a rentabilidade a nível pessoal,

social e laboral que as suas capacidades normalmente lhes permitiriam (Ortega Ruíz & López Ríos, 2004; Sá, 2008).

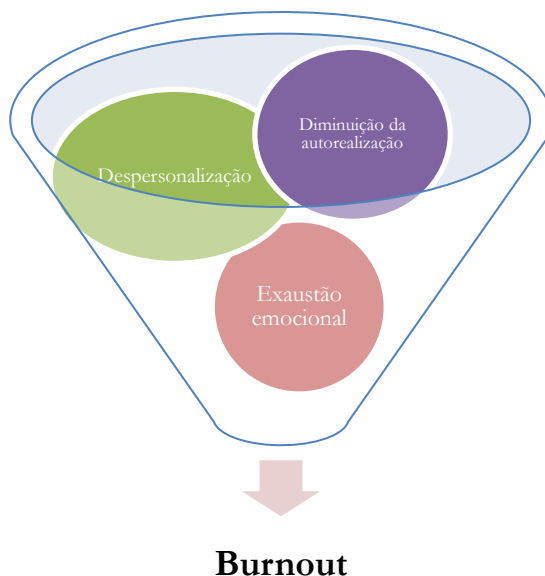
A despersonalização é o elemento essencial da síndrome de *burnout*, enquanto a exaustão emocional e a diminuição da realização pessoal podem estar associadas a outros tipos de síndromes (Moreno-Jiménez, Oliver, & Aragonés, 1991).

Para Codo e Vasques-Menezes (1999) “a despersonalização ocorre quando o vínculo afetivo é substituído por um vínculo racional. É um estado psíquico em que prevalece o cinismo ou a dissimulação afetiva; a crítica exacerbada de tudo e de todos os demais e do meio ambiente” (p. 242).

Também Cherniss (1995) diz que nesta fase, o indivíduo apresenta ansiedade, aumento de irritabilidade, perda de motivação, redução de metas de trabalho e comprometimento com os resultados, redução do idealismo, alienação e conduta voltada para si. Empiricamente tem sido encontrada uma relação importante entre a depressão e a dimensão de *burnout* no fator de exaustão emocional (e.g., Oliveira, 2008), o que não tem ocorrido com as outras duas dimensões (despersonalização e diminuição do sentimento da realização pessoal).

A literatura tem revelado que o *burnout* tem sido, desde sempre, relacionado com o trabalho, quer se trate de relacionamentos com colegas, superiores ou clientes. Estas relações, resultantes de correntes emocionais e de recompensa, podem estabelecer um recurso de adaptação ao *stress* profissional e são, muitas vezes, afetadas pelos próprios efeitos negativos do *burnout*. O *burnout* deve ter sempre uma abordagem dentro do seu contexto e nunca limitada à componente da exaustão individual, pois pode levar à perda da totalidade do fenómeno (Sá, 2008).

Segundo Maslach e Goldberg (1998), a exaustão emocional é a primeira a ocorrer, já que é a resposta imediata aos fatores indutores de *stress* emocional. Uma vez instalada a exaustão emocional, o indivíduo pode tentar lidar com ela afastando-se dos outros fatores (como a baixa realização pessoal) e, conseqüentemente desenvolver uma atitude despersonalizada para com eles. Pode-se considerar que a exaustão emocional é um preditor da despersonalização. Depois da despersonalização ocorrer, o indivíduo sente-se menos realizado no emprego e avalia-se menos positivamente em termos de realização pessoal, sendo que a despersonalização é um preditor da realização pessoal (cf. Figura 1). Em suma, a exaustão emocional só leva à diminuição da realização pessoal, se a despersonalização se apresentar como variável mediadora.



**Figura 1.** Três componentes do *burnout* (elaboração própria)

Para avaliar esta síndrome Maslach e Jackson (1986) criaram o *Maslach Burnout Inventory* – MBI, que proporciona avaliações distintas de cada uma das três componentes do processo de *burnout*. Este é o instrumento que será utilizado na presente investigação e será descrito na segunda parte do presente trabalho.

O modelo multidimensional de *burnout* apresenta importantes implicações teórico-práticas, permitindo uma ampla compreensão deste tipo de *stress* no trabalho, através da identificação de várias reações psicológicas que podem ser vividas por diferentes trabalhadores, num dado contexto social (e.g., Moreno-Jiménez et al., 1991).

### 1.3. Sintomas do *Burnout*

Maslach (2003) sugere que os trabalhadores acometidos pela síndrome de *burnout* apresentam sintomas de esgotamento emocional, físico e psíquico, muito acentuados, além da despersonalização e da baixa realização profissional. Os sintomas desta síndrome dividem-se em quatro categorias, com algumas variações (e.g., Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991; Barona, 1996; Benevides-Pereira, 2002; Gil-Monte & Peiró, 1997; Gil-Monte, 2005):

- Físicos: Sensação de fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, dores musculares no pescoço, ombro e dorso, perturbações gastrointestinais, pouca resistência imunológica, astenia, cansaço intenso, cefaleias e transtornos cardiovasculares.

- Psíquicos: diminuição da memória, falta de atenção e concentração, diminuição da capacidade de tomar decisões, fixações de ideias e obsessão por determinados problemas, ideias fantasiosas ou delírios de perseguição, sentimento de alienação e impotência, labilidade emocional e impaciência.
- Emocionais: desânimo, perda de entusiasmo e alegria, ansiedade, depressão, irritação, pessimismo e baixa auto-estima.
- Comportamentais: isolamento, perda de interesse pelo trabalho ou lazer, comportamento menos flexível, perda de iniciativa, lentidão no desempenho das funções, absentéismo, aumento do consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e até mesmo drogas e incremento da agressividade.

No entanto, é importante realçar que nem todos estes sintomas estão necessariamente presentes em todos os casos, pois esta configuração dependerá de fatores individuais (como a predisposição genética e as experiências profissionais), fatores ambientais (local de trabalho ou até mesmo condições ambientais das cidades) e o estágio em que o indivíduo se encontra no processo de desenvolvimento da síndrome (e.g., Escuer & Tous, 2000).

O processo do *burnout* é, segundo Moreno-Jiménez e Oliver (1993), um processo individual. A sua evolução pode levar anos e até mesmo décadas. Para os autores, o seu aparecimento é paulatino, cumulativo, com incremento progressivo ao nível da severidade, não sendo percebido pelo indivíduo, que geralmente se recusa a acreditar que algo de errado está a acontecer com ele. Enquanto processo, o *burnout* desenvolve-se com o passar do tempo (e.g., Gonçalves Estella et al., 2002). Álvarez Gallego e Fernández Ríos (1991) distinguem três momentos no desenvolvimento da manifestação da síndrome:

- Num primeiro momento, o indivíduo percebe a sobrecarga de trabalho e sua dificuldade em atendê-la gerando, assim, um *stress* psicossocial.
- Num segundo momento observa-se um esforço do indivíduo em adaptar-se às exigências do trabalho, revelando estados de tensão psicológica (*strain*).
- Por fim, num último momento, ocorre o enfrentamento defensivo, levando o indivíduo à despersonalização. A *despersonalização* é uma dimensão característica da síndrome de *burnout* e um elemento que a distingue do *stress*. Originalmente apresenta-se como uma maneira do profissional se defender da carga emocional derivada do contacto direto com o outro. Neste sentido, o profissional acaba por desenvolver atitudes insensíveis em relação às pessoas no trabalho, criando uma

barreira para não permitir a repercussão dos problemas e sofrimentos alheios na sua vida. O profissional que sofre de *burnout* acaba por ignorar o sentimento das outras pessoas agindo, até mesmo, com cinismo e rigidez.

A este propósito, Hérnandez-Vargas et al. (2008) assinalam a existência de três níveis de sintomas:

- Primeiro nível: os sinais e sintomas de esgotamento surgem ocasionalmente e possuem curta duração, acabando por desaparecer através de distrações ou de *hobbies*.
- Segundo nível: os sintomas são mais constantes, duram mais e os indivíduos possuem mais trabalho para se sobreporem a eles. A preocupação pela eficácia começa a ser o foco central, ao mesmo tempo que o indivíduo se torna mais negativo e frio com os seus colegas e pacientes.
- Terceiro nível: os sintomas são contínuos, surgindo associados com problemas psicológicos e físicos, chegando ainda à depressão sem explicação coerente para a situação. O indivíduo isola-se, tendo poucas ou nulas relações interpessoais. Os problemas familiares intensificam-se.

A maioria dos autores concorda que o *burnout* aparece como uma resposta ao *stress* ocupacional (e.g., Benevides-Pereira, 2002; Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991; Gil-Monte & Peiró, 1997), acreditando-se que à medida que se vai desenvolvendo com o passar do tempo, a intensificação dos sintomas torna-se mais intensa. Assim sendo, num primeiro momento de desenvolvimento do *burnout* podem ser observados sintomas de primeiro nível, tal como assinalam Hérnandez-Vargas et al. (2008), enquanto num terceiro momento se podem observar sintomas de terceiro nível. No entanto e apesar de haver uma evolução gradativa dos sintomas pelos diversos momentos de desenvolvimento do *burnout*, os níveis de sintomas podem ser sentidos de forma diferenciada pelos diversos indivíduos (e.g., Gonçalves Estella et al., 2002).

#### **1.4. Causas e Consequências do *Burnout***

Todos os seres humanos têm que lidar com os *stressores*, que são fontes ou fatores de *stress*. Os *stressores* são condições e acontecimentos que provocam uma tensão (e.g., Kahn & Byosiere, 1992). Podem ser acontecimentos únicos, tais como, acontecimentos críticos da vida (e.g., morte de um familiar), ou problemas traumáticos e crónicos que decorrem num período de tempo mais longo, ou ainda, dificuldades diárias, como por exemplo terminar o trabalho a

tempo, trabalhar com clientes difíceis, trânsito, entre outros (estas dificuldades diárias são frequentemente designadas de micro-stressores ou *hassles*, Sonnentag & Frese, 2001).

As situações indutoras de *stress* podem ser agrupadas em três categorias: ameaça, dano e desafio. Num primeiro olhar, parece não haver qualquer distinção entre elas, no entanto, a principal diferença é de natureza temporal (e.g., Vaz Serra, 2002):

- A ameaça faz referência a uma previsão de uma situação desagradável que pode ocorrer mas que ainda não surgiu.
- O dano relata uma ação que já ocorreu, restando o conformismo à ocorrência ou a reavaliação do seu significado e ou efeito produzido.
- O desafio caracteriza-se por uma situação em que o indivíduo sente que as exigências criadas podem ser alcançadas ou superadas.

Embora as mudanças provocadas pelo *stress*, possam suscitar uma simples disfunção, o confronto prolongado com *stressores*, pode conduzir a distúrbios de regulação e induzir a processos patológicos (e.g., Maschke, Rupp, & Hecht, 2000).

Carson e Kuipers (1998) referem que no processo de *stress* podem ser considerados três níveis: a) os *stressores* externos, b) os moderadores e, c) as consequências. Assim sendo, os *stressores* externos referem-se aos problemas, às insatisfações do dia-a-dia que se encontram associadas com insucessos vitais relevantes; os moderadores dizem respeito à autoestima, às redes de apoio, aos fatores de personalidade, estratégias de confronto, experiência e controlo pessoal, estabilidade emocional e mecanismos de liberação fisiológica das tensões. Por fim, as consequências referem-se à saúde psicológica e à satisfação laboral. Aqui encontramos reações psicológicas do tipo ansiedade ou depressão, alterações cognitivas, reações fisiológicas que podem culminar em doenças de todos os órgãos, envolvendo todos os sistemas biológicos, reações comportamentais com o uso de tóxicos/fármacos, conflitos e alterações do estilo de vida e hábitos de conduta. Todas estas consequências apelidam-se de *strain*, ou simplesmente consequências/impacto do *stress* (e.g., Frاسquilho, 2005a).

Para uma melhor compreensão das causas do *burnout*, o modelo de Cooper (Palmer, Cooper & Thomas, 2001) focaliza a natureza e o detalhe dos *stressores* do trabalho e os seus resultados individuais e organizacionais. Destes, destacam-se:

- Fatores intrínsecos ao trabalho: referem-se a aspetos do trabalho em si e que se constituem como perigos psicossociais e que são experimentados como *stressantes* ou que envolvem, de alguma forma, um dano potencial. Alguns destes fatores

remetem-nos para as condições precárias de trabalho, para o excesso de trabalho, pressões de tempo e perigo físico (e.g., Cox, Griffiths, & Rial-González, 2000).

- Papel na organização: que nos remete para as questões do conflito e da ambiguidade de papéis, embora a responsabilidade por outras pessoas e os conflitos e barreiras organizacionais, possam contribuir, igualmente, para o acumular de *stress*.
- Progressão na carreira: que se referem às oportunidades de promoção, à falta de segurança e de oportunidades.
- Relações no trabalho: que se referem às relações com os superiores, com os pares (colegas) e com os subordinados. Diversos são os estudos que sugerem que a existência de bons relacionamentos no trabalho é fundamental para a saúde individual e organizacional. A ausência ou presença diminuta de bons relacionamentos interpessoais encontra-se associada a uma elevada ansiedade, exaustão emocional, tensão no trabalho e baixa satisfação no mesmo, bem como ao aumento de doenças cardiovasculares (e.g., Cox et al., 2000).
- Clima e Estrutura Organizacional: que se refere à latitude de tomada de decisão no trabalho, às restrições no comportamento e às dificuldades financeiras. Esta fonte de tensão encontra-se intimamente relacionada com os aspetos organizacionais e de gestão. Estudos mostram que a experiência de baixo controlo no trabalho ou a perda de latitude (baixo poder de decisão) está relacionada com a experiência de *stress*, ansiedade, depressão, apatia e exaustão, baixa autoestima e aumento da incidência de problemas cardiovasculares (e.g., Cox et al., 2000).

Para além destas fontes de *stress* identificadas no modelo de Cooper (Palmer et al., 2001) salientam-se ainda, as fontes relacionadas com as características pessoais, que acabam por aumentar a suscetibilidade dos indivíduos aos acontecimentos e experiências ou emoções negativas.

Dentro desta variáveis pessoais, destaca-se o *comportamento do tipo A* – que se refere a um comportamento-padrão que envolve hostilidade, agressividade, competitividade e constante controlo do tempo (e.g., Sonnentag & Frese, 2001). Um estudo efetuado nos anos 50 diferenciou a personalidade do Tipo A da personalidade do Tipo B. Depois, mais tarde, profundas investigações (e.g., Valdés, 1997) concluíram que pessoas com personalidade do Tipo A (i.e., ambiciosas, agressivas, impacientes) eram mais propensas a ter ataques cardíacos do que as do Tipo B (i.e., passivas, flexíveis e depressivas); o *afeto negativo* – que se constitui nas cognições de valência negativa onde se inserem a ansiedade e a depressão, sendo a principal diferença entre as duas o nível de ativação que é muito superior nos quadros ansiosos (e.g.,

Kendall, Murphy, O'Neill, & Bursnall, 2000); o *locus de controlo* – que se refere ao grau de controlabilidade percebido das situações (e.g., Berry, 1998). Assim, os indivíduos com *locus* de controlo interno, estão menos recetivos ao *stress* relacionado com o trabalho, do que aqueles que possuem um *locus* de controlo externo. Isto porque, o indivíduo com o *locus* de controlo interno é aquele que tem a perceção ou a crença de que controla a situação ou o reforço e, por isso, tende a interpretar os acontecimentos como o resultado das suas próprias ações, enquanto o detentor de um *locus* de controlo externo sente que não controla os acontecimentos ou que os resultados não dependem do seu comportamento e, por isso, tende a percebê-los como resultantes de fatores alheios a si mesmo, como outros poderosos, sorte ou acaso (e.g., Norton, 1997) e; o *hardiness* – também conhecido como resiliência e define-se como uma característica de um indivíduo que reage com conformidade às situações que lhe são colocadas, com base numa atitude otimista perante a vida, com um elevado autoconceito e autoestima, conseguindo assim, manter um equilíbrio saudável antes e depois das situações *stressantes* (e.g., Rutter, 1999).

Frasquilho (2005b) resume, da seguinte forma, as principais causas de *burnout* no seio dos médicos:

- Formação: quando um interno (i.e., médico ainda em formação) inicia a sua atividade, fá-lo de forma inocente, já que não se encontra preparado para a complexa ambiguidade da prática médica, onde jornadas após jornadas esperam de si excelência, uma vez que a medicina é tida como a carreira de excelência. Este profissional inicia a sua atividade em função dos ensinamentos que vai tendo dos seus professores e mentores, das teorias que lhe foram ensinadas. Pouca prática possui e encontra grandes dificuldades que lhe mostram o hiato entre aquilo que aprendeu e aquilo que pode ser colocado em prática. Muitas vezes, a sua ação não é alvo de reconhecimento, nem a sua dedicação, o que começa a sentir goradas as expectativas, surgindo sentimentos culpabilizantes e contraditórios. A formação coloca a ênfase nas competências cognitivas e o saber-fazer é deixado para segundo plano. Por isso, espera-se que este profissional encontre motivação no sacrifício que diariamente realiza. Os jovens médicos são estimulados a perseguir com as idealizações que se fazem da profissão, a partir de figuras de excelente sucesso profissional, levando à exaustão emocional. Os modelos transgeracionais e aristocráticos que são passados assentam neste caráter de excelência da profissão cuja aplicação está na raiz no *burnout* (e.g., Costa, 2009). A isto, ainda se acrescem os complexos e múltiplos rituais de passagem altamente exigentes ao nível da evolução

na carreira, que prolongam o período de formação e a dependência muito além de qualquer outra profissão.

- Representação social: o médico é visto como alguém especial, que possui altas responsabilidades e fortes privilégios, assim como um estatuto social. Por isso, ele é ao mesmo tempo idolatrado, temido e invejado, já que reina o mito ancestral do seu poder perante a morte (eles são capazes de preservar a vida). Não obstante, os casos individuais de má conduta surgem e acabam por ser generalizados. Mas, mesmo assim, o médico continua a ser um interlocutor privilegiado para a maioria das pessoas: são indispensáveis, possuem um grande valor público e coligem as responsabilidades de topo, apesar de serem desvalorizados financeiramente enquanto funcionários (e.g., Costa, 2009).
- Condições de trabalho: os hospitais e centros de saúde nem sempre possuem as condições ergonómicas e estruturais necessárias ao ato médico. Instalações mal cuidadas, sem grande conforto e sem pormenores de embelezamento, definem muitos dos locais de atendimento. Os recursos materiais e humanos são parcos, e muitas vezes insuficientes, sendo que muitas vezes não há médicos suficientes para assistirem os pacientes com dignidade, nem condições para que o médico possa trabalhar. A falta de recursos, muitas vezes, é superada com a utilização dos formandos para mão-de-obra em locais ou domínios de elevado nível de exigência, como por exemplo o serviço de urgência, o que acarreta riscos avultados para o próprio e para qualidade do serviço prestado (e.g., Costa, 2009). A sobrelotação e a desadequação das instalações propiciam a agressividade dos utentes o que potencia o *distress* médico. As consultas são, constantemente, interrompidas; por vezes, há mais do que um médico a partilhar o mesmo espaço, separado por biombo ou divisórias que não isolam os sons. Há riscos infecciosos, riscos físicos e biológicos, potencial para serem agredidos e pouca proteção. O risco de contraírem uma doença e transmiti-la aos seus familiares é um medo que gera inquietação no médico.
- Tarefa e carga física e mental: compreender a saúde, tentar minorar os seus prejuízos e promover a adaptação dinâmica às patologias ajudando as pessoas a tornarem-se proativas na gestão da sua saúde, são objetivos concretizáveis e vitais, de grande preocupação médica. Os jovens médicos ainda se encontram animados pelo poder de curar e, dar-se conta desta limitação é um dos primeiros obstáculos que o médico vivencia, já que a saúde sendo algo almejada, nunca é atingida na

plenitude, pois trata-se de um construto (e.g., Costa, 2009). O médico, no exercício das suas tarefas, encontra limitações que condicionam o sucesso das suas medidas terapêuticas, passando por aspetos sociais, financeiros, políticos, culturais, psicológicos, entre outros, que determinam a saúde-doença e que trespasam o sistema de saúde. Quando o insucesso surge, ele interioriza a culpa, sentimentos destruidores de inadequação e de falta de autoconfiança. Lidar com o sofrimento e com a morte dos seus doentes é um fator de *stress* importante. Por outro lado, há também intolerância por parte dos pacientes para pequenos desconfortos queixando-se quando perante procedimentos mais invasivos. A isto, o médico reage com perplexidade, mal-estar e receio. Há também um aumento das exigências perante as tarefas. Se antes o médico se cingia ao diagnóstico e à prescrição, hoje em dia, a sua ação é revestida por atos altamente burocráticos (e.g., preenchimento de impressos, fichas, baixas), exigindo-se que intervenha, tecnicamente, em todos os sistemas nos quais o paciente se insere, como o familiar, social, profissional, entre outros. Assistimos a um acúmulo de vários papéis, por vezes antagónicos, fazendo emergir um problema de identidade profissional e dilemas éticos que fazem com que se esvazie a tarefa, ou seja, o ato médico.

- Organização do trabalho: as mudanças também aumentam as contradições da atividade profissional. Por vezes, os sucessivos direcionamentos político-económicos e sociais, a introdução na liderança do sistema, profissionais com ideologias e culturas diferentes da tradição médica e, por vezes, incompatíveis, têm impacto profundo nos médicos e nos seus resultados. Os limites são, por vezes, ambíguos o que leva os médicos a reequacionar, constantemente, a sua atitude e ação, numa insegurança elevada. A perceção de ausência de reforço positivo perante uma boa prática surge como contraponto a uma punição quando as coisas não são bem-sucedidas (e.g., Costa, 2009). Esta ambiguidade gera conflitos internos, autodestrutivos que conduzem a situações de *burnout*. A isto tudo, ainda associamos o trabalho por turnos e os horários de trabalho médico que os leva a acumularem horários de trabalho públicos e privados, prescindindo de tempos vitais que são dedicados ao descanso, lazer e família. Ao mesmo tempo, são sujeitos a críticas de todas as fontes.
- O próprio médico: que apresenta uma grande vulnerabilidade em situações de *stress*, sendo decorrente da ausência de proteção pessoal. Diversos estudos evidenciados por esta autora mostram que os médicos possuem uma falha narcísica, um *self*

idealizado, que colide com a ambivalência relativamente à dependência e um autoconceito de dúvida, ansiedade e auto-criticismo, que é expresso no autocontrolo, perfeccionismo, supressão da hostilidade e estoicismo. Os estilos de *coping* mais utilizados remetem-nos para a repressão de emoções, evitamento e idealização, que se caracterizam por uma vida de gratificações permanentemente adiadas, com frustração denegada, depressão, com limitados interesses extraprofissionais e isolamento dentro da profissão. Gonçalves Estella et al. (2002) referem que o médico deve estar informado e capacitado para aceitar, assumir e analisar os problemas da sua profissão e desenvolver estratégias adaptativas estáveis para que a sua saúde mental permaneça íntegra.

De facto, a exposição a *stressores* crónicos associa-se à deterioração da saúde, pelo que os médicos, enquanto grupo de risco pelos aspetos anteriormente referenciados, apresentam diversas consequências que se encontram associadas a esta síndrome (e.g., Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991; Gil-Monte, 2005; Gil-Monte y Peiró, 1997; Maslach et al., 2001; Ortega Ruíz & López Ríos, 2004) e que podem ser, basicamente, resumidas em três grupos:

- Consequências que incidem sobre a saúde física nas quais destacamos as alterações cardiovasculares (e.g., hipertensão, doença coronária): fadiga crónica, cefaleias, alterações gastrointestinais (e.g., dores abdominais, cólon irritável, úlcera duodenal), alterações respiratórias (e.g., asma), alterações de sono, dermatológicas, menstruais, disfunções sexuais e dores musculares ou articatórias.
- Consequências que incidem sobre a saúde psicológica (e.g., alterações emocionais): ansiedade, depressão, irritabilidade, disforia, baixa autoestima, falta de motivação, baixa satisfação profissional, dificuldades de concentração, distanciamento emocional, sentimentos de frustração profissional e desejos de abandonar o trabalho.
- Consequências relacionadas com o âmbito laboral (e.g., alterações comportamentais): absentismo laboral, abuso de drogas, aumento de comportamentos violentos, comportamentos de elevado risco, alterações de comportamento alimentar, diminuição de produtividade, falta de competência e deterioração da qualidade do serviço.

Para além das alterações assinaladas, outros autores (e.g., Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991) assinalam uma série de sintomas defensivos que são utilizados pelos indivíduos nestas circunstâncias, como a negação das suas emoções para se defenderem contra uma

necessidade que lhes é desagradável e evitação da experiência negativa com a supressão constante da informação e deslocamento de sentimento face a outras situações ou coisas. Estas medidas defensivas levam os indivíduos a evitar a realização das suas próprias tarefas e a deixar para trás as suas metas profissionais.

Há pessoas que pensam em deixar o seu trabalho, outras pretendem permanecer no mesmo, no entanto, denota-se que a produtividade dos profissionais fica aquém do real potencial, ocasionando problemas ao nível da qualidade do trabalho (e.g., Maslach & Goldberg, 1998). Geralmente, os altos níveis de *burnout* fazem com que os profissionais anseiem o término do seu dia-a-dia de trabalho, pensem com mais frequência nas férias, recorrendo sistematicamente a baixas e atestados médicos, como forma de aliviarem o *stress* e a tensão que vivenciam com o seu trabalho (e.g., Wisniewski & Gargiulo, 1997).

Sem dúvida que a exaustão, seja ela física, emocional ou mental, tem o seu preço tanto para o indivíduo que contribui com o seu desgaste pessoal, como para o instituição que sofre com a perda da qualidade, produtividade e, conseqüentemente, com a redução dos seus recursos financeiros. Porém, Maslach e Leiter (1999) relatam que seria mais interessante investir na prevenção do que lidar com os custos decorrentes do *burnout*. Para tanto, Maslach e Leiter (ibidem) propõem não apenas a redução deste desgaste físico, mental e emocional mas principalmente, o aumento das oportunidades para que os trabalhadores continuem comprometidos (*commitment*) e satisfeitos com o seu trabalho. Enfim, é de fundamental importância que sejam desenvolvidos conhecimentos sobre o *burnout*, para que as suas causas prováveis, conseqüências e possíveis formas de prevenção, possam ser transmitidas aos profissionais.

### **1.5. Estratégias de Intervenção no *Burnout***

Alguns estudos têm sido conduzidos no sentido de se compreender quais são as estratégias de intervenção mais utilizadas com resposta às situações de maior *stress* e conseqüente *burnout* (e.g., Gil-Monte & Peiró, 1997).

Dentro destas investigações coloca-se particular enfoque nos estilos de confronto ou *coping* que são adotados pelos diversos indivíduos para se confrontarem com as situações *stressantes* (e.g., Cumbe, 2010; Zellars, Perrew, & Hochwarter, 2000). Neste sentido, o processo de *coping* pode ser compreendido como um conjunto de esforços que são assumidos pelos indivíduos perante situações que são avaliadas como ameaçadoras e passíveis de gerar mal-estar (e.g., Ortega Ruíz & López Ríos, 2004).

Existem diversos estilos de confronto e, alguns deles podem produzir efeitos adversos, nomeadamente limitando a capacidade de adaptação às exigências laborais. Por exemplo, estilos de *coping* centrados no evitamento das situações possuem uma maior probabilidade de acarretarem problemas de saúde mental (e.g., Coyne & Racioppo, 2000). Na verdade, estratégias de confronto como a negação, o desinvestimento mental e os desejos irrealistas encontram-se associados a problemas psicológicos, a sintomas psicossomáticos e a conflitos na relação família e trabalho (e.g., Haisch & Meyers, 2004). Pelo contrário, estilos de confronto mais ativos (designados de *coping* proativo), centrados na resolução do problema, representam habitualmente formas mais ajustadas e saudáveis de adaptação às exigências laborais, principalmente nos casos em que o indivíduo tem, efetivamente, possibilidade de alterar a situação em que se encontra, podendo exercer o controlo sobre as fontes de tensão que o rodeiam (e.g., Cumbe, 2010; Zellars et al., 2000).

A síndrome de *burnout* é, assim, passível de cura, mas a sua prevenção e tratamento são classificados como difíceis; a abordagem terapêutica restringe-se à profilaxia. De acordo com França e Rodrigues (1997), relaciona-se a isso correções de antigos vícios de comportamento, o repensar de valores e atividades do indivíduo, i.e., afastando-se do ambiente *stressor* e a reformulação de seu sistema de vida.

Rowe (1997) planificou um estudo empírico examinando as relações entre resistência, confronto, *stress*, temperamento e *burnout* em profissionais de saúde norte-americanos. A resistência não dá conta da variância, porém essa variância é visível nas estratégias de confronto e no *stress*. Observam-se relações significativas do *stress* e do temperamento com o *burnout*. Rowe desenhou um programa de treino que possibilitou melhorar as estratégias de confronto, o sentimento de autoeficácia e diminuir os sentimentos de despersonalização.

Gonçalves Estella et al. (2002) referem que não há nenhuma estratégia simples e universal capaz de prevenir ou tratar a síndrome de *burnout*. Há métodos complementares que influem em todas as partes implicadas. Existem técnicas, por exemplo de âmbito individual para enfrentar o *stress*, como a psicoterapia comportamental, técnica de resolução de conflitos, de relações interpessoais e de melhoria do autocontrolo. Estas técnicas pretendem potenciar as competências psicossociais e profissionais dos indivíduos, melhorando igualmente as relações interpessoais e o suporte social dos pares e superiores, como aspetos basilares para se lidarem com situações de *burnout*. Os mesmos autores defendem que as medidas preventivas de índole pessoal passam por realizar, regularmente, atividades extralaborais, já que a medicina é uma profissão absorvente, com grande influência na vida pessoal do indivíduo e; intensificar e revalorizar as relações pessoais, familiares e sociais.

Maslach e Goldberg (1998) propuseram duas novas aproximações de forma a prevenir o *burnout* e recuperar o antigo entusiasmo profissional, deixado aos poucos de lado pelo sentimento de esgotamento experimentado pelo desgaste na profissão. Tendo como foco principal a interação entre a pessoa e o fator situacional, a primeira aproximação é baseada no modelo multidimensional de Maslach, sob a forma de oposição ao *burnout* incrementando o compromisso com o trabalho, como um tipo de aposta pessoal entre o indivíduo e o trabalho. A segunda aproximação seria a de extrair algum tipo de atrativo, percebendo o *burnout* não só como um risco, mas também como um desafio, selecionando, assim, aspetos e probabilidades para o confronto do *burnout*. Estas novas aproximações são vistas como estratégias para avaliação, melhor entendimento das coisas que são típicas do *stress* unidimensional e obtenção de novos resultados pessoais.

Nesta linha, as autoras propõem alguns critérios para a prevenção do *burnout* e a forma de lidar com os riscos a que os indivíduos estão expostos no seu dia-a-dia de trabalho, convívio social e familiar (e.g., Gil-Monte & Peiró, 1997; Maslach & Goldberg, 1998):

- Estratégias de nível individual: que albergam a mudança do modelo padrão de trabalho; o desenvolvimento de habilidades preventivas (e.g., reestruturação cognitiva, ventilação dos sentimentos); a utilização de recursos sociais: suporte profissional, familiar e de amigos; o relaxamento: *biofeedback*, meditação, *hobbies*, entre outros; as melhorias na saúde: nutrição e exercícios e a autoanálise.
- Estratégias centradas na organização: aumento da autonomia no trabalho, passando a responsabilidade e o controlo sobre o trabalho aos próprios colaboradores; planificação de um horário flexível que contemple diversas oportunidades do trabalho por turnos; participação dos indivíduos nas tomadas de decisão; melhoria dos níveis da qualidade do ambiente físico do trabalho; enriquecimento do trabalho, incorporando a autonomia, retroalimentação, habilidades variadas, identidade da tarefa e seu significado; desenvolvimento de trabalhos de grupo; limitação do número de horas de trabalho, assim como o número de pacientes a atender w; definição de objetivos claros e passíveis de serem atingidos (e.g., Ortega Ruíz & López Ríos, 2004).

Também Grazziano e Ferraz Bianchi (2010) realizaram um estudo descritivo com intuito de revisitar as publicações de 1990 a 2008 sobre o *burnout* em enfermeiros e constataram que, apesar de um número crescente de investigações, há uma escassez de estudos e análise de intervenções para redução do *stress* ocupacional e do *burnout*, que sejam

exequíveis dentro do turbulento ambiente hospitalar. Os autores assumem que a maior parte dos estudos se focaliza no confronto individual apesar de ser consensual a necessidade de se acolherem estratégias de confronto organizacional e institucional.

Maslach e Goldeberg (1998) referem que os investigadores que falam sobre a síndrome de *burnout* têm diferentes conceitos sobre a mesma. Em consequência desta ambiguidade, alguns autores acabam por não definir o seu modelo operacional para tratar o *burnout* e não esclarecer aspetos como a forma como se manifesta, qual a causa, quais são seus efeitos, entre outros. Também a avaliação do problema se mostra pertinente. A forte implicação por trás de todas as estratégias recomendadas é que, se implementadas, podem ter sucesso na prevenção do *burnout*. Entretanto, raramente há alguma evidência que suporte esta conclusão. A dificuldade está em pesquisas que avaliam a prevenção. E estas dificuldades não dizem respeito somente ao *burnout*, mas às pesquisas em geral, que envolvam obstáculos metodológicos e prognósticos inerentes à implementação de intervenções na vida real, com pesquisas longitudinais. As autoras ainda sublinham as novas direções de prevenção, que devem fazer a integração da pessoa/indivíduo *vs.* contexto (situação).

Na verdade e segundo Maslach (2000) a melhor forma de prevenir o *burnout* é promover o compromisso dos profissionais com a instituição, aumentando a sua energia ao se disponibilizar para a concretização das suas tarefas com maior envolvimento e eficácia. Por conseguinte, no capítulo seguinte, abordaremos o outro lado do *burnout*, que é o *engagement*.

## Capítulo II – O *Engagement*

### 2.1. Conceito de *Engagement*

Os diversos estudos sobre o *engagement* mostram que, por um lado, há profissionais que sofrem de um *stress* crónico e, conseqüentemente, de *burnout*, mas, também é certo, que continuamos a encontrar profissionais satisfeitos com a sua profissão, entusiasmados, motivados e empenhados em melhorar, cada vez mais, a sua atividade, em prol da qualidade de desempenho (Schaufeli & Salanova, 2007).

É com base nestes factos que os diversos investigadores, hoje em dia, se têm debruçado sobre as qualidades positivas da vida, em detrimento das patologias e dos défices, ancorando-se na psicologia positiva, na qual o *engagement* se encontra ancorado (e.g., Pocinho & Perestrelo, 2011).

O *engagement*, enquanto fenómeno positivo, tem sido caracterizado por um estado de *vigor*, *dedicação* e *absorção* (Bakker & Schaufeli, 2008). O *vigor* refere-se à manifestação de altos níveis de energia, de um desejo enorme de esforço e de uma perseverança na concretização e realização das tarefas. A *dedicação*, por sua vez, envolve fortes níveis de entusiasmo, inspiração, orgulho e desafio no trabalho. O estado de *absorção* remete-nos para os elevados níveis de concentração e de felicidade durante o desempenho da atividade laboral (Bakker & Schaufeli, 2008).

O *engagement* no trabalho não pode ser confundido com outros constructos da psicologia das organizações, como o *compromisso organizacional*, a *satisfação* no trabalho ou o *envolvimento* no trabalho, tal como aludem Maslach et al. (2001). O *compromisso organizacional* remete-nos para uma lealdade do trabalho relativamente à organização onde se encontra. O foco é colocado na organização e incide sobre o trabalho em si. A *satisfação* remete-nos para uma fonte de realização e de contentamento, ou uma forma de libertação perante situações potenciadoras de aborrecimento e de insatisfação, mas não abarca a relação do sujeito com o seu trabalho. E, por fim, o *envolvimento* no trabalho, é semelhante à dimensão da *dedicação* do *engagement*, mas não inclui as dimensões de *vigor* e de *absorção* (Maslach et al., 2001).

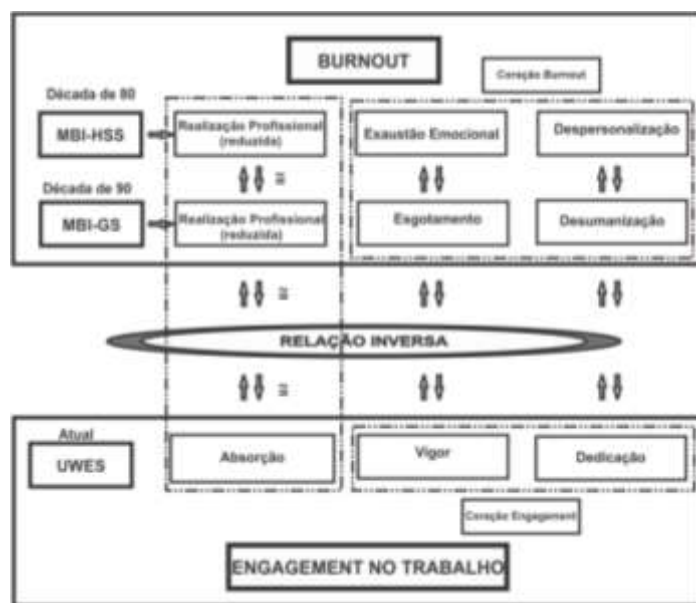
Por outro lado, o *engagement*, na sua dimensão de *absorção*, aproxima-se do que se designa de *flow* (Csikszentmihalyi, 1990), que representa um estado ótimo de experiência, caracterizado por uma atenção especial, uma mente clara e uma harmonia com o corpo, concentração sem esforço, perda de autoconsciência, distorção do tempo e prazer intrínseco.

Na literatura podemos encontrar duas correntes de pensamento no que diz respeito ao *engagement*. Maslach e Leiter (1997) defendem a ideia de que o *burnout* e o *engagement* são extremidades opostas de um contínuo: de um lado, a *exaustão* e do outro, o *vigor*, que diz respeito à dimensão de ativação ou de energia. O contínuo tem início na *despersonalização* e o fim na dedicação, ou seja, na dimensão da identificação. Neste sentido, o *engagement* é representado pelo *vigor* (elevada ativação) e pela *dedicação* (elevada identificação), tal como Bakker e Demerouti (2007) sugerem. Desta forma, o *vigor* e a *dedicação* são duas dimensões do *engagement* e são vistas como polos opostos da *exaustão* e da *despersonalização*, duas das dimensões do *burnout*. Na perspetiva de Maslach e Leiter (1997) o *engagement* é avaliado pelo comportamento inverso dos valores obtidos através das três dimensões avaliadas pelo MBI, i.e., a baixa pontuação em *exaustão* e *despersonalização* e valores elevados de *realização profissional* seriam indicadores de *engagement* enquanto elevadas pontuações na *exaustão* e *despersonalização* e baixos valores na *realização profissional* indicariam a existência de *burnout*.

A segunda corrente do pensamento acolhe o *engagement* como um oposto ao *burnout* mas considera que estes dois fenómenos são independentes (Bakker & Schaufeli, 2008). Nesta linha, o *engagement* no trabalho caracteriza-se por uma harmonia entre a parte afetiva e a parte cognitiva do sujeito mas não se focaliza num objeto, evento, sujeito ou comportamento particular. Difere de um traço de personalidade, tem uma disposição durável e reflete uma reação típica da pessoa (Schaufeli & Salanova, 2007). Por conseguinte, nesta perspetiva, *burnout* e *engagement* são avaliados de forma independente, através do uso de diferentes instrumentos de medida e, o estudo do *engagement* é operacionalizado através da *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES), um questionário que inclui as três dimensões: *vigor*, *dedicação* e *absorção* (Pocinho & Perestrelo, 2011) e que será descrito na segunda parte desta investigação.

A opção para o presente estudo recai sobre esta segunda perspetiva. Na verdade, esperar que ambos os construtos (*burnout* e *engagement*) estejam correlacionados negativamente de forma perfeita, não é muito realista, ou seja, avaliar ambos através de uma mesma escala, tal como sugerem Maslach e Leiter (1997), é um pouco redutor. Quando um sujeito não se encontra afetado pelo *burnout* não significa que esteja numa situação de *engagement* para com a sua profissão. Por outro lado, baixas pontuações de *engagement* não traduzem, necessariamente, um estado de *burnout*. Por conseguinte, a relação estabelecida entre estes dois constructos não pode ser estudada empiricamente com recurso ao mesmo questionário. Os dois conceitos devem ser avaliados em modelos diferentes, para que se possa compreender em que níveis se situam os profissionais do estudo, de forma a definir estratégias de intervenção mais adequadas e ajustadas (Pocinho & Perestrelo, 2011; Porto-Martins & Basso-Machado, 2010).

A relação entre o *burnout* e o *engagement* pode ser observada na Figura 2.



**Figura 2.** Esquema teórico sobre o *burnout* e *engagement* no trabalho (Adaptado de Machado, Porto-Martins, & Amorim, 2012, p. 198)

Os profissionais que apresentam *engagement* são descritos como sendo detentores de um sentido de energia e de eficácia relacionado com as suas atividades profissionais, sentindo-se capaz de lidar com as exigências do trabalho. Apresentam uma boa saúde mental e psicossomática, são proativos, mostram iniciativa no trabalho, são motivados, estão atentos às mudanças no seu trabalho e adaptam-se às novas situações (Salanova & Schaufeli, 2009).

Valorizam os aspetos intrínsecos do seu trabalho e os recursos disponibilizados para a concretização do mesmo, os aspetos interpessoais e as recompensas, utilizando estratégias de  *coping*  eficazes e trabalhando determinadamente pois gostam daquilo que fazem, sendo que possuem elevados níveis de neuroticismo, encadeados com altos níveis de extroversão. Estes, diferenciam-se dos *workaholics* por não ser obcecados pelo seu trabalho (Bakker & Demerouti, 2007), embora possam despender muitas horas a trabalhar, não negligenciando, contudo, a sua vida social fora do âmbito do trabalho.

O *engagement* no trabalho aporta benefícios quer individuais quer organizacionais (Schaufeli & Salanova, 2007). Em termos individuais o *engagement* possui um papel importante na promoção da saúde dos trabalhadores, conduz a atitudes e emoções positivas face ao trabalho, aumenta a motivação intrínseca, suscita uma maior identificação do sujeito com a sua atividade, origina comportamentos proativos positivos e um desempenho de excelência, fomenta a aprendizagem de novos recursos laborais e pessoais, nomeadamente a autoeficácia.

Estes aspetos acabam por se refletir na vida pessoal dos trabalhadores, o que contribui grandemente para a sua saúde e bem-estar geral, seja como pessoas seja como profissionais.

Em termos organizacionais, Machado et al. (2012) sugerem que não existe um conjunto de benefícios preestabelecidos, recursos ou técnicas, nas organizações, que funcionem de forma igual em distintos contextos. As boas práticas em matéria do desenvolvimento de recursos humanos em organizações saudáveis são específicas para cada contexto organizacional (Salanova & Schaufeli, 2009). No entanto, segundo Machado et al. (2012) o que se pode afirmar é que a promoção do *engagement* no trabalho modula os efeitos diretos dos recursos organizacionais sobre o desempenho, o bem-estar e a qualidade de vida em geral, aportando benefícios não só para os indivíduos, como para as organizações, gerando uma vantagem competitiva (Bakker & Leiter, 2010). Trata-se de um estado positivo que possibilita e facilita o uso dos recursos, estando intimamente relacionado com o desenvolvimento da organização, estimulando os resultados organizacionais positivos e reduzindo os negativos (Salanova & Schaufeli, 2009).

Hamilton, Spurgeon, Clark, Dent e Armit (2008) sugerem que, no caso dos médicos, se estes se encontrarem engajados com a instituição onde se encontram e detiverem uma latitude de decisão considerável, acompanhada de tarefas que apelam para a liderança, poderão ver potenciados os seus desempenhos profissionais. E, nesta linha, os autores afirmam que se houver um desempenho organizacional bom, existirão níveis elevados de engajamento para com a instituição e para com o seu trabalho.

É neste sentido que Schaufeli e Salanova (2007) assumem que o *engagement* possibilita a potenciação de comportamentos organizacionais positivos, orientando na prossecução de políticas de gestão de recursos humanos, contribuindo para o sucesso da organização já que se encontra relacionado com os resultados positivos no trabalho, tais como o compromisso organizacional, a qualidade de desempenho elevada, a produtividade, o baixo absentismo, a segurança, a satisfação e a lealdade do cliente, bem como ao baixo desejo de mudar de profissão (Bakker & Demerouti, 2007).

Outros autores defendem ainda que há fatores que são encontrados na literatura que estão associados ao *engagement*, nomeadamente o apoio social, o desempenho no trabalho, os recursos pessoais (como auto eficácia e autoestima), o capital psicológico positivo, as crenças, o tipo de enfrentamento utilizado, o otimismo, os recursos e as necessidades organizacionais, a satisfação dos clientes e a resiliência (e.g., Bakker & Leiter, 2010; Salanova & Schaufeli, 2009).

Em seguida, abordaremos alguns estudos sobre o *burnout* e o *engagement* e alguns dos determinantes a eles associados.

## 2.2. *Burnout e Engagement: Os Dados das Investigações*

Os resultados das várias investigações preconizadas em diversos âmbitos apresentam dados interessantes ao nível do *burnout* e do *engagement*. Assim, vários estudos têm tentado determinar quais as variáveis mais significativas no desencadeamento do *stress* e do *burnout*. Entre estas, consideram-se as características **pessoais** (e.g., idade, sexo, nível educacional, estado civil, tipo de personalidade, nível de idealismo em relação à ocupação), de **trabalho** (e.g., tipo de ocupação, tempo de profissão e instituição, grau de responsabilidade envolvida, relação profissional-cliente, entre outras), características **organizacionais** (e.g., ambiente físico, mudanças organizacionais, normas institucionais, clima, burocracia, recompensas, segurança) e características **sociais** (e.g., cultura, suporte familiar, prestígio social).

Verifica-se que, à medida que os anos passam, é adquirida uma experiência na profissão e, conseqüentemente, uma menor vulnerabilidade à tensão laboral, sugerindo que os indivíduos mais jovens e inexperientes são os que se mostram mais vulneráveis às situações de pressão, tendendo a experimentar maiores níveis de exaustão emocional e fadiga (Avila & Sánchez Escobedo, 2011; Gonçalves Estella et al., 2002; Mingote & Pérez, 2003).

Um estudo realizado por Friedman (2000) identificou que, quanto maior a experiência profissional, menores eram os níveis do *burnout*. Um outro estudo realizado por Garcia e Benevides-Pereira (2003) sobre o impacto do *burnout* em 79 colaboradores de uma escola mostra que os níveis de *burnout* diferem negativamente com a **idade**. Denota-se, ainda, neste estudo, que os colaboradores inquiridos referem que a sua profissão interfere negativamente na sua vida pessoal e, 32,91% sublinha já ter sido submetido ou ainda estar submetido à psicoterapia individual, com sintomas de exaustão emocional e síndrome de despersonalização.

Ciancaglini (2005), no seu estudo, afirma que há uma relação negativa entre a idade e o *burnout*, tendo o autor observado essa relação entre os mais velhos e o cansaço emocional. Maslach (2003) também encontrou pontuações mais altas de despersonalização em pessoas mais jovens.

Oliveira e Queirós (2009) conduziram um estudo com 88 médicos de um hospital do grande Porto, com média etária de 38 anos e encontraram uma moderada satisfação e motivação para com o trabalho no seio destes. Foram encontrados igualmente moderados

níveis de exaustão emocional, baixos níveis de despersonalização e altos níveis de realização pessoal. A idade mostrou-se correlacionada inversamente com a exaustão emocional.

Correia, Gomes e Moreira (2010) constataram que os colaboradores mais novos sentem maior *stress* relacionado com a sua carreira e maior despersonalização e, inversamente, menor realização profissional.

Um estudo com 38 profissionais, realizado por Ritter, Fernandes Stumm, Kirchner, Schmidt Piovesan Rosanelli e Ubessi (2012) constatou níveis baixos de *burnout* e correlações negativas significativas entre a idade e a exaustão emocional e realização pessoal.

A relação inversa entre *burnout* e **antiguidade**, tão frequentemente falada, pode ser em função tanto da idade como do ambiente laboral, pois os trabalhadores que ingressam num ambiente com alto nível de *stress*, tendem a deixar o trabalho para trás num período de tempo não muito grande. Além disso, há estudos que demonstram uma relação linear positiva entre a experiência e o *burnout* (Moreno-Jiménez & Oliver, 1993).

Moura (2000) associa as diferenças encontradas nos níveis do *burnout* às questões tradicionais do processo de socialização e organização social, as quais se colocam diferenciadamente em função da idade. Os colaboradores com menos de 40 anos apresentam maior risco de incidência, provavelmente, devido às expectativas irrealistas em relação à sua profissão. Os jovens colaboradores precisam de aprender a lidar com as exigências do trabalho e, por esta razão, podem apresentar maiores níveis desta síndrome. Por sua vez, os colaboradores com mais idade, segundo esta autora, parecem já ter desenvolvido a decisão de permanecerem na carreira, demonstrando menos preocupação com os *stressores* ou com os sintomas pessoais relacionados ao *stress*.

Outros estudos, no entanto, não têm encontrado relações entre a idade, antiguidade e o *burnout* (e.g., Schwab & Iwanicki, 1982, cit. por Avila & Sánchez Escobedo, 2011). Também Barraza Macías et al. (2007) e Diéguez Hidalgo, Sarmiento Damaris e Calderón Formaris (2006), assinalam que a idade não interfere nos níveis de *burnout* sentidos nos indivíduos das suas amostras, não tendo encontrado relações entre estes dois constructos.

França, Martino, Aniceto e Silva (2012) no estudo que realizaram com 38 enfermeiros constataram que 76,3% apresentava *burnout*, 88,9% elevados níveis de exaustão emocional, 100% deles com despersonalização e 97,4% com baixos níveis de realização pessoal. No entanto, os autores não encontraram diferenças estatisticamente significativas quando a idade foi considerada.

As mulheres conduzem melhor as situações conflituais no trabalho (e.g., Maslach et al., 2001). Porém, elas aumentam, cada vez mais, as filas dos trabalhadores afetados por *burnout* por terem que fazer frente a uma sobrecarga de tarefas laborais e domésticas concomitantemente (Roque Tovar, González Araiza, & Calderón Sánchez, 2011).

Ao que tudo indica o **sexo**, a exemplo de outras variáveis, continua a ser um ponto de controvérsia neste âmbito. Numerosos estudos têm encontrado diferenças de sexo na resposta ao *burnout* (Greenglass, Burke, & Ondrack, 1990; Ogus, Greenglass, & Burke, 1990). Contudo é difícil a interpretação que faz referência às diferenças de sexo, porque pode ser confundida com um número significativo de variáveis relevantes para o *burnout* tais como: tipo de ocupação, categoria hierárquica, conflito de papéis e o sistema de suporte social (Greenglass, 1991).

Maslach e Jackson (1986) examinaram as diferenças de sexo entre trabalhadores de um amplo campo de atuação relacionados com os serviços e a saúde. As autoras constataram que as mulheres pontuavam significativamente mais alto na exaustão emocional e mais baixo na realização profissional que os homens. No entanto, estes pontuavam mais alto do que as mulheres na despersonalização. Este estudo foi muito criticado, já que o sexo foi confundido com o tipo de ocupação, uma vez que, na amostra, os psicólogos, psiquiatras e oficiais de polícia eram maioritariamente homens, enquanto as enfermeiras, trabalhadores sociais e advogados, eram maioritariamente mulheres.

Num estudo realizado por Silva e Gomes (2009) com 155 profissionais de saúde os autores constatam que 15% destes possuíam uma experiência significativa de *stress* e 6% problemas ao nível da exaustão emocional. Constataram ainda que eram as mulheres que apresentavam mais *burnout* quando comparadas com os homens, os enfermeiros mais novos e com menos experiência, os solteiros, aqueles que desenvolvem o seu trabalho, maioritariamente, em centros de saúde, com contratos instáveis e que trabalham por turnos rotativos.

Também Barraza Macías (2011), Hernández Cortés (2011) e Roque Tovar et al. (2011) encontram diferenças nos níveis de *burnout*, quando a variável sexo é considerada, apontando ser mais evidente o *burnout* no sexo feminino. O estudo de Grajales (2001), de Madrigal Solano (2006) e de Mingote e Pérez (2003) mostram igualmente que são as mulheres as mais acometidas pelo esgotamento emocional, apresentando diferenças nos níveis de *burnout*, quando comparadas com os homens.

Alguns estudos (e.g., Hernández Cortés, 2011) encontraram suporte à hipótese de que as mulheres são mais suscetíveis ao *burnout* do que os homens. Porém, outras investigações não encontraram diferenças entre os homens e as mulheres (e.g., Adám, Torzsa, Gyorffy, Vörös, & Kalabay, 2009; Barber & Iwai, 1996; Barraza Macías et al., 2007; Diéguez Hidalgo et al., 2006; França et al., 2012; Maroco, Tecedero, Martins & Meireles, 2008; Oliveira, 2008; Oliveira & Queirós, 2009) assinalando que o sexo não interfere nos níveis de *burnout*.

No entanto, outro grupo de estudiosos encontrou que os homens pontuam níveis mais altos em despersonalização. Eles tendem a ter comportamentos mais impessoais e insensíveis e têm mais atitudes negativas frente aos seus interlocutores do que as mulheres. Pontuações mais altas de despersonalização, por parte dos homens, também são encontradas naqueles que trabalham em atendimento ao público e entre professores (Greenglass, 1991).

Também Farber (1991) refere que diversos estudos têm mostrado ser os colaboradores sexo masculino mais vulneráveis que os do sexo feminino, o que levou à suposição de que mulheres são mais flexíveis e mais abertas para lidar com as várias pressões presentes nas suas carreiras. Ogus et al. (1990) num estudo sobre o *burnout* constataram que os profissionais do sexo masculino reportavam maiores indicadores de *burnout* e menor satisfação com o seu trabalho, do que os do sexo feminino.

Num estudo com 130 médicos de 8 hospitais de Madrid, Moreno-Jiménez, Seminotti, Garrosa Hernández, Rodríguez-Carvajal e Morante Benadero (2005) encontraram maiores níveis de realização pessoal e de negação nos homens, quando comparados com as mulheres.

Angeletti e Vásquez (2007) num estudo realizado com 54 médicos do Perú constataram que a maior parte dos homens a contrato, possuía exaustão emocional e despersonalização.

Outros aspetos foram considerados nomeadamente, aqueles que se referem às expectativas de carreira e à controlabilidade da tomada de decisão, como tendo igualmente o seu peso nos níveis de *burnout* vivenciados. Jenkins e Allen (1998) realizaram um estudo empírico, em que se comprovou a relação entre a tomada de decisão e os níveis de *burnout*. Os autores observaram uma relação positiva, i.e., a implicação da motivação favorece um melhor clima de trabalho e com mais interações positivas. Também é possível observar, na revisão da literatura sobre *burnout* que as perceções de incontrolabilidade do trabalho dispararam o *burnout* e a depressão, em contextos em que as expectativas da carreira são discrepantes da realidade laboral (Glass & Macknight, 1993).

Também Jamal e Baba (1997), num estudo feito no Canadá, encontraram que os **turnos** de trabalho não se relacionavam com o *burnout*, ainda que houvesse maior mal-estar entre os

enfermeiros com turnos rotativos e noturnos. Contudo, um estudo na Polónia compara níveis de saúde, *burnout* e outras variáveis em enfermeiros que trabalham por turnos de 8 e 12 horas numa unidade de tratamento intensivo, tendo constatado que os trabalhadores com turnos de 12 horas apresentavam menos desorganização social e doméstica. Porém, experimentavam mais fadiga crónica, ansiedade, problemas de sono e exaustão emocional. Os seus níveis de saúde, *burnout* e bem-estar são piores. Apesar de terem mais dias livres, não se compensam os efeitos adversos dos turnos longos (Iskra, Folkard, Marek, & Noworol, 1996).

O estudo realizado por Gomes (2008) realizado junto de 417 bombeiros sapadores pretendeu estudar o trabalho emocional envolvido na relação dos bombeiros com os seus colegas de turno e o impacto deste no *engagement* destes profissionais. Os resultados do presente estudo mostram que o *engagement* está positivamente associado com o recurso a estratégias de *coping* ativo prosocial e com a expressão de emoções positivas. Associa-se, negativamente, com a expressão de emoções negativas e com a utilização de estratégias de *coping* ativo antissocial e passivo.

Loureiro et al. (2008) no seu estudo com 54 colaboradores de uma empresa, constataram que 44,4% dos colaboradores possuía exaustão física e emocional, 25,9% cinismo e 100% consideraram-se eficazes profissionalmente. Os autores constataram a existência de maiores níveis de cinismo nos colaboradores com instabilidade contratual e naqueles que possuíam menor envolvimento com o seu trabalho. Verificaram ainda maiores níveis de *burnout* naqueles colaboradores que apresentavam menor envolvimento, menor controlo do seu trabalho e menor conforto físico.

Prins et al. (2007) num estudo com 158 médicos constataram que 30% apresentaram *burnout*, sendo esta percentagem mais elevada nos médicos da **especialidade** de Psiquiatria, que apresentaram menores indicadores de realização pessoal. Denotaram que eram mais os homens que sofriam de *burnout*, por comparação às mulheres, mostrando menores indicadores de realização pessoal e altos níveis de exaustão emocional e de despersonalização. Os médicos obstetras e ginecologistas apresentaram mais realização pessoal do que os de Psiquiatria, Medicina Interna, Pediatria e Anestesiologistas.

Num estudo realizado mais tarde, Prins et al. (2010), com 2 115 médicos mostrou que 21% destes preenchia o critério de *burnout* moderado a severo e que 27% se encontrava altamente engajado com o seu trabalho. As mulheres reportaram maior exaustão emocional e menos despersonalização do que os homens. A idade mostrou-se fracamente significativa com a despersonalização e os médicos casados com filhos, reportaram menos despersonalização do

que os solteiros. Foram encontrados mais médicos homens engajados com o seu trabalho do que mulheres e os homens apresentaram maiores níveis de vigor. A antiguidade também se mostrou muito pouco relacionada significativamente com a absorção. Também se verificou que os médicos da saúde mental mostraram-se mais exaustos emocionalmente e os da reabilitação menos engajados com o seu trabalho. Os médicos das áreas das cirurgias apresentaram menores níveis de *burnout*, seguidos dos da obstetrícia e ginecologia. Os médicos das áreas das cirurgias mostraram igualmente estar mais engajados com o seu trabalho, apresentando mais vigor, dedicação e absorção do que os restantes.

Também Shanafelt et al. (2012) no seu estudo com 7 288 médicos e 3 442 profissionais de outras áreas procuraram comparar os níveis de *burnout* entre estes dois grupos de profissionais. Constataram que 45,8% dos médicos apresentaram pelo menos um dos sintomas de *burnout*. Foram encontradas diferenças significativas no *burnout* em função da especialidade, havendo médias mais prevalentes nos médicos de família, de clínica geral e de emergência médica. Quando compararam os dois grupos de profissionais, denotaram que 37,9% dos médicos apresentava maior probabilidade de ter sintomas de *burnout* e de estar insatisfeito com o balanço que realiza da sua vida.

Por fim, também Madrigal Solano (2006) assinala que o *burnout* se encontra associado com a **estabilidade** dos relacionamentos afetivos, evidenciando que as pessoas solteiras que apresentam maior exaustão emocional, menor realização pessoal e maior despersonalização, quando comparadas com aquelas que são casadas ou que possuem relações afetivas estáveis. Estes dados vão ao encontro dos resultados obtidos por Angeletti e Vásquez (2007) que mostram que são os sujeitos solteiros que apresentam maiores níveis de exaustão emocional e despersonalização.

Da mesma forma Madrigal Solano (2006) refere que a existência ou não de **filhos** pode tornar os indivíduos mais resistentes a esta síndrome, devido à tendência dos pais para se tornarem pessoas mais estáveis e maduras, bem como, maior capacidade para confrontar com problemas pessoais e conflitos emocionais, mostrando-se mais realistas com a ajuda e com o apoio familiar.

Como já anteriormente assinalado, os médicos partilham com os professores, os controladores de tráfego aéreo, profissionais de emergência, enfermeiros e polícias, o topo da listagem das profissões mais *stressantes* (Berg, Bell, & Tupin, 2001; Gonçalves Estella et al., 2002).

Os médicos, por comparação aos gestores, possuem um nível superior das hormonas de *stress* e comparados com os dentistas e advogados possuem um aumento na incidência de enfarte de miocárdio e angina (Bolsover, 2000). Os autores constataam que em amostras de médicos há uma maior prevalência de ansiedade e de depressão, insónia e doenças psiquiátricas (Cumbe, 2010).

Assim sendo, o *distress* médico alastra-se para os outros contextos da sua vida, sendo comum existir conflitualidades familiares e divórcios, 20 vezes mais do que na população em geral (Berg et al., 2001).

Também os enfermeiros apresentam sinais de desgaste profissional. Assim, grande parte dos enfermeiros (67,9%) no estudo de Andrade (2011) apresentou baixa realização profissional, 29,8% elevada exaustão emocional e 16,7% níveis elevados de despersonalização. No estudo de Ribeiro, Gomes e Silva (2010), com 68 médicos e 73 enfermeiros verificou-se que 12% dos médicos e 9,8% dos enfermeiros apresentava níveis elevados de exaustão emocional; 3% dos médicos e 1,4% dos enfermeiros, níveis elevados de despersonalização e, 1,5% dos médicos e 2,8% dos enfermeiros, baixos níveis de realização pessoal.

No estudo conduzido por Dias, Queirós e Carlotto (2010) com 300 enfermeiros portugueses os autores encontraram uma correlação negativa entre o *burnout* e *engagement*, sendo os enfermeiros mais vigorosos, dedicados e absorvidos no seu trabalho quem apresentam maior realização profissional e menor exaustão emocional e despersonalização.

Um estudo realizado por Van Bogaert, Wouters, Willems, Mondelaers e Clarke (2012) com 357 enfermeiros de 32 clínicas da Bélgica, com intuito de investigar a relação entre os aspetos do ambiente da prática de enfermagem e o *engagement* no trabalho, constatou que ambientes de trabalho favoráveis estavam associados com as dimensões do *engagement* e este associado com a satisfação, com a intenção de prosseguir na profissão e com diversas variáveis de cuidados, associadas à prática de enfermagem. O modelo multivariado mais forte sugeriu que a dedicação seria o preditor de resultados positivos enquanto a gestão dos procedimentos de enfermagem eram preditores da qualidade de cuidados prestados. Também se constatou que a qualidade dos cuidados prestados quando se tem em consideração equipas interdisciplinares, constituía-se como preditor da dedicação, da absorção e das relações entre os enfermeiros-médicos e seus superiores.

Goodman e Schorling (2012) num estudo realizado com 93 prestadores de cuidados de saúde (médicos de várias especialidade, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) procuraram analisar o impacto de uma intervenção *mindfulness* (técnica de meditação) no

*burnout* e *stress* destes profissionais. Foi realizado um curso de cerca de 2,5 horas por 8 semanas, cujos conteúdos essencialmente práticos versaram sobre as práticas do *mindfulness*. O curso foi realizado 11 vezes durante 6 anos. Os resultados mostraram que os valores do MBI melhoraram significativamente quando se comparou o momento de início e final do curso, quer para os médicos, quer para os prestantes profissionais, tendo-se denotado valores baixos de exaustão emocional e de despersonalização e valores elevados de *engagement*. A saúde mental destes profissionais, avaliada através do SF12-v2 mostrou igualmente resultados significativamente melhorados a todos os níveis avaliados.

Outros estudos mostram prevalências mais elevadas de exaustão emocional em amostras de médicos, aliados com o uso de substâncias aditivas com consequências alarmantes como o suicídio (Caramelo, 2010; Frasquilho, 2005a). Os médicos internos utilizam substâncias psicotrópicas para se “energizarem” quando necessário e para relaxarem quando é preciso (Frasquilho, 2003a). Denota-se também, um maior consumo de álcool nestas populações (Blondell, 1993; Bolsover, 2000).

Ao contrário dos outros profissionais, os médicos, quando estão perante situações de disfuncionamento emocional não procuram ajuda, automedicam-se (Miller & McGowen, 2000). Tal como assinalam Berg et al. (2001) a maioria (70%) não faz *check ups* regulares, 60% dos médicos de família não consulta o médico e quando uma doença lhes é diagnosticada, múltiplos diagnósticos se congregam sendo a taxa de cirurgia três vezes maior do que na população em geral (e.g., Caramelo, 2010). Também se verifica que a adesão dos médicos aos tratamentos prescritos pelos seus colegas é extremamente pobre, recusam, ignoram ou depreciam o seu próprio tratamento (Bolsover, 2000).

Interessantemente, quando comparados com outros trabalhadores da área da saúde (fisioterapeutas, enfermeiros, auxiliares, administrativos), os médicos são o grupo que apresenta significativamente menor absentismo (Bolsover, 2000).

Os resultados aqui referenciados sobre o *burnout* nos médicos assinalam uma epidemia na perspetiva de Frasquilho (2005a), que tem sido alvo de um pacto de silêncio. De facto, esta autora refere que a problemática de *burnout* é mais prevalente nos clínicos gerais, depois nos médicos hospitalares e sem grande significado nas funções exclusivas de administração.

Outros estudos mostram que 25,5% dos médicos colocados em urgências se encontra em *burnout* e 23,1% pretende deixar a sua atividade nos próximos cinco anos (Maslach & Leiter, 1997).

São apontadas como fontes de *stress* nos médicos as exigências dos utentes, a carga de trabalho e a hostilidade dos ambientes de trabalho (Caramelo, 2010; Chambers, George, McNeill, & Campbell, 1998). Um estudo realizado por Linzer et al. (2002) constatou que o apoio familiar e entre os pares constituíam-se como moderadores entre os *stressores* negativos e as exigências de trabalho (multiplicidade de intervenções, longas horas de trabalho, decisões sob pressão de tempo e o trabalhar individualmente).

Nos médicos que desempenham funções de assistência, os principais *stressores* remetem-nos para o baixo salário, a progressão na carreira e o estilo de gestão do hospital (Chambers et al., 1998). Também as taxas de depressão foram estudadas em diversas especialidades (excluindo a clínica geral), mostrando variações em função do sexo, constatando-se que são os médicos das especialidades de ginecologia, psiquiatria, radiologia, anestesiologia, e medicina interna que apresentaram maiores níveis de depressão e as médicas da especialidade de cirurgia, psiquiatria, ginecologia, pediatria e anatomia patológica (Linzer et al., 2002).

Na Grã Bretanha 1/3 dos médicos considera a violência um problema no trabalho clínico, 95% já foi vítima de agressões nos últimos 12 meses (Frasquilho, 2005a). Em Portugal a DGS<sup>1</sup> realizou, em 2009, um Relatório de Avaliação dos episódios de violência contra os profissionais de saúde e, no qual se pode observar que 174 profissionais de saúde foram vítimas de violência no ano de 2009, no seu local de trabalho, sendo 119 enfermeiros e 25 médicos. Esta violência ocorreu, maioritariamente, nos hospitais (n=97) e nos centros de saúde (n=64). Ao se analisarem as ocorrências constata-se uma maior violência nos serviços de internamento de psiquiatria (n=50), seguido do serviço de urgência (n=16) e dos serviços médicos adultos (n=10). Ainda nesse relatório foi possível analisar que a discriminação/ameaça (n=87) e a injúria (n=67), foram as formas de violência mais comuns. Segue-se a violência física (n=60), pressão moral (n=53), difamação (n=39), calúnia (n=29) e violência contra a propriedade pessoal da vítima (n=13). Maioritariamente, essa violência é, frequentemente, perpetrada pelos doentes (n=103) e familiares dos doentes (n=38). Um dado que não deixa de ser curioso remete-nos para o facto de apenas 27 casos terem apresentado queixa à polícia.

Também a Escola Nacional de Saúde Pública, em Lisboa, tem conduzido uma linha de investigação sobre o *stress* nos profissionais de saúde. No caso dos médicos incide sobre: a) a satisfação profissional (as conclusões apontam para o facto de os fatores de insatisfação serem o clima organizacional e as condições de trabalho); b) *stressores* (identificados como principais

---

<sup>1</sup> Direção Geral de Saúde

as exigências da tarefa); c) *burnout* (equivalente entre médicos e professores) e; d) experiência profissional (os clínicos gerais mais novos têm valores mais elevados de *distress*, Frاسquilho, 2003b).

No capítulo seguinte apresentaremos o estudo empírico por nós desenvolvido, numa amostra de médicos portugueses.

## **Segunda Parte – Estudo Empírico**



## Capítulo III – Percurso Metodológico e *Desgin* de Investigação

### 3.1. Natureza do Estudo

O presente trabalho de investigação é de natureza exploratória, correlacional e quantitativa, já que pretende explicar, prever e controlar os fenómenos, no sentido de procurar regularidades entre eles através da objetividade dos procedimentos e da quantificação das medidas (Almeida & Freire, 2007).

Um estudo exploratório tem como intuito recolher maior informação e conhecimento sobre um determinado tema ou problema de pesquisa (Fortin, 1999), sendo que no presente estudo se pretende explorar os níveis de *burnout* e de *engagement* nos médicos que trabalham em hospitais do grande Porto (Fortin, 1999)

A abordagem quantitativa permite uma maior precisão e objetividade, bem como comparação, reprodução e generalização para situações semelhantes. Trata-se de uma abordagem sistemática na perspectiva de Vaz Freixo (2010), de recolha de dados observáveis e quantificáveis, baseando-se em factos objetivos, acontecimentos e fenómenos que existem, independentemente do investigador.

Não obstante estas vantagens, as abordagens quantitativas compreendem algumas limitações, que se prendem com a ausência do papel do investigador e pelo facto de os efeitos sociais da investigação poderem ser mascarados pela objetividade das técnicas que são utilizadas e pelo raciocínio matemático a que ela recorre (Fortin, 1999).

Na verdade, as abordagens quantitativas suportam-se de instrumentos de medida que são passíveis de serem quantificáveis, sendo que o inquérito por questionário se assume como a medida mais utilizada pelo facto de permitir recolher dados em grande escala e possibilitar a generalização dos resultados, produzindo dados estatisticamente manipuláveis (Ghiglione & Matalon, 1997).

### 3.2. Objetivos

Os principais objetivos desta investigação foram formulados da seguinte forma:

- Analisar os níveis de *burnout* e de *engagement* dos médicos dos hospitais do grande Porto.

- Verificar a distribuição dos níveis de *burnout* e de *engagement* nos médicos tendo em consideração o sexo.
- Verificar a distribuição dos níveis de *burnout* e de *engagement* nos médicos tendo em consideração a pertença a hospitais públicos e privados.
- Verificar a distribuição dos níveis de *burnout* e de *engagement* nos médicos tendo em consideração a realização do trabalho por turnos.
- Verificar a distribuição dos níveis de *burnout* e de *engagement* nos médicos tendo em consideração o estado civil.
- Verificar a distribuição dos níveis de *burnout* e de *engagement* nos médicos tendo em consideração a especialidade.
- Verificar a relação dos níveis de *burnout* e de *engagement* nos médicos e a idade.
- Verificar a relação dos níveis de *burnout* e de *engagement* nos médicos e os anos de serviço.
- Verificar a relação dos níveis de *burnout* e de *engagement* nos médicos e o número de filhos.
- Relacionar os níveis de *burnout* e de *engagement*.

### 3.3. Variáveis em Estudo

As variáveis podem derivar de construtos devidamente operacionalizados ou definidos em termos mais concretos e medidas observáveis (Almeida & Freire, 2007). As variáveis podem ser classificadas de diversas formas, assim como nos refere Vaz Freixo (2010):

- Segundo a sua natureza – podendo ser qualitativas (quando se expressam em categorias e não se podem quantificar) e quantitativas (quando se expressam e podem ser medidas em valores numéricos);
- Segundo a sua divisibilidade – podendo ser discretas (onde se inserem as variáveis dicotómicas ou politómicas) e contínuas (quando tomam qualquer um dos valores que as diferencia e);
- Segundo o critério metodológico – as variáveis podem ser independentes (que correspondem à ideia de causa), dependentes (correspondem à ideia de efeito) e parasitas (variáveis alheias à investigação e que influenciam os resultados).

Na presente investigação foi considerada a divisão das variáveis segundo o critério metodológico, pelo que as dependentes referem-se ao *burnout* e *engagement*, enquanto as

variáveis dependentes reportam-se ao sexo, tipo de hospitais, trabalho por turnos, estado civil, especialidade, idade, anos de serviço e número de filhos.

### 3.4. Caracterização dos Participantes

Participaram no presente estudo 123 médicos que trabalham em hospitais do grande Porto, sendo que a sua caracterização se encontra espelhada na Tabela 1, tendo em conta as variáveis relativas ao sexo, ao estado civil, ao número de filhos, à especialidade, ao trabalho por turnos e à instituição onde desempenham a sua atividade.

Tabela 1

#### *Caraterização dos Participantes*

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência (N)</b>	<b>Percentagem (%)</b>
Sexo		
Masculino	55	44,7
Feminino	<b>68</b>	<b>55,3</b>
Estado Civil		
Solteiro/a	35	28,5
Casado/a ou União de Facto	<b>67</b>	<b>54,5</b>
Divorciado/a ou Separado/a	21	17,1
Número de Filhos		
0	<b>45</b>	<b>36,6</b>
1	29	23,6
2	32	26,0
3	15	12,2
4	2	1,6
Especialidade		
Otorrinolaringologia	<b>53</b>	<b>43,1</b>
Pediatria	44	35,8
Outra	26	21,1
Turnos		
Sim	41	33,3
Não	<b>82</b>	<b>66,7</b>
Instituição		
Pública	<b>104</b>	<b>84,6</b>
Privada	19	15,4

Pela observação da Tabela 1, podemos observar que grande parte dos médicos que participaram no presente estudo pertencem ao sexo feminino, são casados ou em união de

facto, não possuem filhos, desempenham a especialidade de otorrinolaringologia, não trabalham por turnos e estão vinculados a uma instituição pública.

Convém referir que a especialidade designada de “outra”, integra as especialidades de pneumologia, imunoalergologia, anestesista, gastro, medicina geral e familiar, medicina interna e psiquiatria. Para efeitos estatísticos, esta variável foi recodificada em três opções conforme se observa na Tabela 1, dada a baixa frequência das especialidades referidas pelos participantes e que não se encontraram na opção de otorrinolaringologia e pediatria.

Ainda relativamente à caracterização sociodemográfica, constatamos que estes participantes possuem uma média etária de 40,59 anos (D.P.= 10,321), tendo o mais novo 25 anos e o mais velho 69. Observamos, ainda, que a média de meses de trabalho é de 151,40 meses (D.P.=124,887), sendo o limite mínimo de meses de trabalho de 4 meses e o máximo de 469 meses.

### 3.5. Material

O protocolo de recolha de dados (cf. Anexo A) utilizado na presente investigação é constituído por três partes, que a seguir são descritas.

*Questionário Sociodemográfico* – constituído por 8 questões relativas à idade (questão aberta); sexo (com duas opções de resposta: Masculino e Feminino); estado civil (com quatro opções de resposta: solteiro/a, casado/a/união de facto, divorciado/a/separado/a e viúvo/a); número de filhos (questão aberta); especialidade (com cinco opções de resposta: pneumologia, pediatria, otorrinolaringologista e outra, qual?); anos de serviço em meses (questão aberta); trabalho por turnos (com duas opções de resposta: sim e não) e unidade de saúde (com duas opções de resposta: pública e privada). Perante estas questões os médicos teriam que assinalar a opção que mais se aplicava ao seu caso.

*Maslach Burnout Inventory (MBI)* – é um inventário desenvolvido por Maslach e Jackson (1986) e é constituído por 22 itens em forma de autorresposta com afirmações sobre sentimentos e atitudes do profissional no seu trabalho. Este instrumento foi traduzido e adaptado por Sá (2004) para a população portuguesa, sendo que no presente estudo utilizamos a versão proposta por Maslach, Jackson e Leiter (1996) para profissionais de saúde. O inventário avalia três dimensões do *burnout*: Exaustão Emocional (itens 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20); Despersonalização (itens 5, 10, 11, 15 e 22) e Realização Pessoal (itens 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21). Estes itens são pontuados numa escala de 0 pontos (nunca) a 6 pontos (diariamente), sendo que a amplitude do inventário oscila de um valor mínimo de 0 pontos a um valor

máximo de 132 pontos. As dimensões de Exaustão Emocional e Despersonalização assinalam a existência de *burnout*, enquanto a de Realização Pessoal no sentido inverso. Assim sendo, o *burnout* avaliado através deste instrumento corresponde a valores altos de Exaustão Emocional e Despersonalização e baixos de Realização Pessoal. Para a análise da prevalência da síndrome de *burnout* seguiram-se os critérios propostos por Maslach et al. (1996), que a seguir se apresentam (cf. Tabela 2):

Tabela 2

*Padrão de Pontuação do Burnout*

<i>Dimensões</i>	<b>Padrão para Pontuação</b>		
	<b>Alto</b>	<b>Médio</b>	<b>Baixo</b>
Exaustão Emocional	≥ 27	19-26	<19
Despersonalização	≥ 10	6-9	<6
Realização Pessoal	≥ 33	34-39	≥ 40

No presente estudo procuramos analisar os níveis de consistência interna do MBI, sendo que obtivemos valores de alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) de 0,77 para o inventário total,  $\alpha=0,86$  para a dimensão Exaustão Emocional,  $\alpha=0,78$  para a Despersonalização e  $\alpha=0,84$  para a Realização Pessoal. Estes valores sugerem a existência de uma satisfatória/boa consistência interna entre os itens do inventário (Pestana & Gageiro, 2008).

*Utrecht Works Engagement Scale (UWES)* – é uma escala de avaliação do *engagement*, desenvolvida por Schaufeli e Bakker (2003), traduzida e adaptada por Schaufeli et al. (2002), tendo sido esta a versão utilizada no presente estudo. A escala é composta por 17 itens que avaliam o estado psicológico positivo dos sujeitos em situações de trabalho. Perante estes itens, os participantes teriam que avaliar a frequência com que se identificam com os itens, numa escala de 7 posições que varia entre 0 pontos (nenhuma vez) e 6 pontos (todos os dias). A amplitude da escala varia entre o limite mínimo de 0 pontos e o máximo de 102 pontos. Quanto maior a pontuação obtida, maior o nível de *engagement* com o trabalho. São ainda identificadas três dimensões: Vigor (itens 1, 4, 8, 12, 15 e 17); Dedicção (itens 2, 5, 7, 10 e 13) e Absorção (itens 3, 6, 9, 11, 14 e 16).

No presente estudo analisamos a consistência interna da UWES, tendo-se obtido bons valores de alfa de Cronbach, revelando uma boa consistência entre os itens (Pestana & Gageiro, 2008). Assim, os resultados apontam para um valor de  $\alpha= 0,94$ , para a escala total;

$\alpha = 0,88$  para a dimensão Vigor;  $\alpha = 0,85$  para a dimensão Dedicção e  $\alpha = 0,84$  para a dimensão Absorção.

### **3.6. Procedimento de Recolha de Dados**

A recolha de dados foi realizada junto dos médicos participantes, que constituíram uma amostra de conveniência, devido à facilidade e proximidade profissional com a investigadora. Aos médicos foi enviado um *email* para os convidar a participarem no presente estudo, onde lhe foi explicado o objetivo do presente estudo e salvaguardada a natureza voluntária e facultativa da participação.

Foram enviados 307 *emails*, sendo que apenas 123 médicos responderam ao questionário, traduzindo-se numa taxa de retorno de 40%. O protocolo esteve disponível *online*<sup>2</sup> de dezembro de 2012 a julho de 2013.

Após o período de disponibilidade do protocolo, os dados (apresentados em Excel) foram transferidos para o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17. A partir daqui, foi construída a base de dados e foram realizados os principais procedimentos estatísticos.

---

<sup>2</sup> <https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dGs3eGhzT2VaWE01TWYyNHQxa3FzN2c6MQ>

## **Capítulo IV – Apresentação e Discussão dos Resultados**

Neste capítulo são apresentados os principais resultados encontrados. Realizamos inicialmente um teste de normalidade para decidirmos sobre as estatísticas que deveríamos utilizar. Baseados nos procedimentos propostos por Pestana e Gageiro (2008), realizamos o teste de Kolmogorov-Smirnov (que é para amostras  $\geq$  a 50). Para todas as variáveis independentes consideradas (idade, sexo, estado civil, número de filhos, especialidade, trabalho por turnos, unidade de saúde e anos de serviço) os valores de significância foram inferiores a 0,05, o que nos encaminhou para a utilização dos testes não paramétricos, já que a distribuição não se mostrou normal.

Neste sentido, a função dos testes não paramétricos e paramétricos é muito idêntica, sendo que a sua principal diferença é a que reside no método do cálculo das probabilidades. Nos métodos não paramétricos é utilizado o ordenamento global dos resultados, enquanto nos segundos, são as proporções de variabilidade (Pestana & Gageiro, 2008).

Por conseguinte, utilizamos o teste não paramétrico Kruskal Wallis (KW) que tem como objetivo comparar três ou mais amostras. Este teste foi utilizado para apresentar os resultados relativos às variáveis estado civil e especialidade. Utilizamos também o teste não paramétrico de Mann-Whitney (MW), quando comparamos apenas duas amostras, pelo que foi utilizado para apresentar os resultados relativos às variáveis sexo, trabalho por turnos e unidade de saúde. Ao nível das correlações, utilizamos o Spearman *rho* para analisar as correlações com as variáveis idade, anos de serviço e número de filhos. Os testes correlacionais permitem analisar a existência de relações entre as variáveis consideradas (Almeida & Freire, 2007). Estas relações podem ser analisadas em função da sua intensidade (i.e., o coeficiente de correlação oscila entre -1,00 e +1,00, sendo que o valor zero significa ausência de correlação), sendo esta mais perfeita quanto mais próximo estiver da unidade. As correlações podem ser positivas ou inversas (negativas), dependendo das oscilações dos resultados nas variáveis, i.e., se estas ocorrem no mesmo sentido (positivo ou negativo) ou em sentido inverso (negativo e positivo).

Para uma melhor compreensão dos resultados, os mesmos serão apresentados em seguida, em função dos objetivos inicialmente definidos.

#### 4.1. Níveis de *Burnout* e de *Engagemen* nos Médicos

Os níveis de *burnout* e de *engagemen* foram analisados em função das médias e dos desvios padrões conforme se apresenta na Tabela 3.

Tabela 3

##### *Níveis de Burnout e Engagemen*

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<i>Burnout</i>	<b>59,28</b>	12,17	21	86
Exaustão Emocional	<b>21,73</b>	8,79	4	42
Despersonalização	<b>7,37</b>	4,87	0	22
Realização Pessoal	<b>30,18</b>	6,44	8	48
<i>Engagemen</i>	69,02	14,33	34	<b>102</b>
Vigor	24,20	5,70	10	<b>36</b>
Dedicação	21,69	4,30	10	<b>30</b>
Absorção	23,13	5,77	7	<b>36</b>

Ao analisarmos a Tabela 3 verificamos que há valores acima da média na exaustão emocional e despersonalização e elevados valores de realização pessoal. Relativamente ao *engagemen* e às suas dimensões, constatamos valores médios elevados em todas as dimensões consideradas.

Para explicitarmos melhor os resultados relativos ao *burnout* e ancorados nos critérios propostos por Maslach et al. (1996), a Tabela 4 apresenta a distribuição percentual dos médicos em função do nível de *burnout* assinalado.

Tabela 4

##### *Distribuição em função dos Critérios de Burnout*

	Baixo	Médio	Alto
<i>Burnout</i>			
Exaustão Emocional	46,3	22,0	<b>31,7</b>
Despersonalização	38,2	<b>35,0</b>	26,8
Realização Pessoal	5,7	24,4	<b>69,9</b>

Observando a Tabela 4 verificamos uma percentagem considerável de médicos com altos níveis de exaustão emocional (31,7) e uma percentagem considerável com níveis médios de despersonalização (35%). Observam-se, ainda, níveis elevados de realização pessoal (69,9%).

#### 4.2. Distribuição dos Níveis de *Burnout* e de *Engagement* em função do Sexo

A Tabela 5 apresenta os níveis de *burnout* e de *engagement* nos médicos, em função do sexo, constatando-se que não existem diferenças nos valores apresentados.

Tabela 5

*Média e Somatório das posições de Burnout e Engagement, em função do Sexo*

	Sexo	n	Média das posições	Somatório das posições	Mann-Whitney U	<i>p</i>
<i>Burnout</i>	Feminino	68	60,21	4094,50	1748,500	0,53
	Masculino	55	64,21	3531,50		
Exaustão Emocional	Feminino	68	64,38	4377,50	1708,500	0,41
	Masculino	55	59,06	3248,50		
Despersonalização	Feminino	68	57,63	3918,50	1572,500	0,12
	Masculino	55	67,41	3707,50		
Realização Pessoal	Feminino	68	57,40	3903,00	1557,000	0,11
	Masculino	55	67,69	3723,00		
<i>Engagement</i>	Feminino	68	62,24	4232,50	1853,500	0,93
	Masculino	55	61,70	3393,50		
Vigor	Feminino	68	60,13	4089,00	1743,000	0,51
	Masculino	55	64,31	3537,00		
Dedicação	Feminino	68	62,77	4268,50	1817,500	0,78
	Masculino	55	61,05	3357,50		
Absorção	Feminino	68	64,79	4405,50	1680,500	0,33
	Masculino	55	58,55	3220,50		

#### 4.3. Distribuição dos Níveis de *Burnout* e de *Engagement* em função da Instituição

Os níveis de *burnout* e de *engagement* em função da instituição pública ou privada são apresentados na Tabela 6.

Observa-se que existem diferenças que apontam para o facto de serem os médicos que trabalham em instituições públicas, que apresentam uma média de posições mais elevada na exaustão emocional ( $U=620,000$ ,  $p<0,00$ ), quando comparados com os que trabalham em instituições privadas. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas restantes dimensões.

Tabela 6

*Média e Somatório das posições de Burnout e Engagement, em função da Instituição*

	Instituição	n	Média das posições	Somatório das posições	Mann-Whitney U	p
<i>Burnout</i>	Pública	104	63,94	6650,00	786,000	0,15
	Privada	19	51,37	976,00		
Exaustão Emocional	Pública	104	65,54	6816,00	620,000	<b>0,01**</b>
	Privada	19	42,63	810,00		
Despersonalização	Pública	104	63,01	6553,00	883,000	0,46
	Privada	19	56,47	1073,00		
Realização Pessoal	Pública	104	59,97	6236,50	776,500	0,13
	Privada	19	73,13	1389,50		
<i>Engagement</i>	Pública	104	61,85	6432,00	972,000	0,91
	Privada	19	62,84	1194,00		
Vigor	Pública	104	60,89	6332,50	872,500	0,41
	Privada	19	68,08	1293,50		
Dedicação	Pública	104	61,41	6386,50	926,500	0,66
	Privada	19	65,24	1239,50		
Absorção	Pública	104	63,34	6587,00	849,000	0,33
	Privada	19	54,68	1039,00		

\*\*p &lt;0,00

#### 4.4. Distribuição dos Níveis de *Burnout* e de *Engagement* em função do Trabalho por Turnos

Relativamente à distribuição dos níveis de *burnout* e de *engagement* quando o trabalho por turnos é considerado, a Tabela 7 mostra os resultados obtidos.

Observa-se que existem diferenças que apontam para o facto de serem os médicos que trabalham por turnos, que apresentam uma média de posições mais elevada no *burnout* ( $U=1263,500$ ,  $p<0,05$ ) quando comparados com os que não trabalham por turnos. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas restantes dimensões.

Tabela 7

Média e Somatório das posições de Burnout e Engagement, em função do Trabalho por Turnos

	Turnos	n	Média das posições	Somatório das posições	Mann-Whitney U	p
<i>Burnout</i>	Sim	41	72,18	2959,50	1263,500	<b>0,02*</b>
	Não	82	56,91	4666,50	4666,500	
Exaustão Emocional	Sim	41	70,37	2885,00	1338,000	0,06
	Não	82	57,82	4741,00	4741,000	
Despersonalização	Sim	41	66,17	2713,00	1510,000	0,35
	Não	82	59,91	4913,00	4913,000	
Realização Pessoal	Sim	41	67,16	2753,50	1469,500	0,25
	Não	82	59,42	4872,50	4872,500	
<i>Engagement</i>	Sim	41	59,72	2448,50	1587,500	0,61
	Não	82	63,14	5177,50	2448,500	
Vigor	Sim	41	60,79	2492,50	1631,500	0,79
	Não	82	62,60	5133,50	2492,500	
Dedicação	Sim	41	60,26	2470,50	1609,500	0,70
	Não	82	62,87	5155,50	2470,500	
Absorção	Sim	41	61,84	2535,50	1674,500	0,97
	Não	82	62,08	5090,50	2535,500	

\*p &lt; 0,05

#### 4.5. Distribuição dos Níveis de *Burnout* e de *Engagement* em função do Estado Civil

No que diz respeito à distribuição de *burnout* e de *engagement* em função do estado civil, podemos observar os resultados na Tabela 8.

Ao se analisarem os resultados verifica-se que são os médicos solteiros que apresentam uma média de posições mais elevada no *engagement* ( $\chi^2=8,859$ ,  $p<0,01$ ) e nas dimensões de vigor ( $\chi^2=9,714$ ,  $p<0,00$ ) e absorção ( $\chi^2=10,698$ ,  $p<0,00$ ), por comparação aos restantes. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas posições para a dimensão dedicação e para o *burnout* e suas dimensões.

Tabela 8

*Média e Somatório das posições de Burnout e Engagement, em função do Estado Civil*

	Estado Civil	n	Média das posições	$\chi^2$	<i>p</i>
<i>Burnout</i>	Solteiro/a	35	56,97		
	Casado/a/união de facto	67	62,59	1,414	0,49
	Divorciado/a/Separado/a	21	68,50		
Exaustão Emocional	Solteiro/a	35	61,16		
	Casado/a/união de facto	67	60,95	0,454	0,79
	Divorciado/a/Separado/a	21	66,76		
Despersonalização	Solteiro/a	35	59,56		
	Casado/a/união de facto	67	61,16	0,957	0,62
	Divorciado/a/Separado/a	21	68,74		
Realização Pessoal	Solteiro/a	35	54,63		
	Casado/a/união de facto	67	66,37	2,561	0,27
	Divorciado/a/Separado/a	21	60,33		
<i>Engagement</i>	Solteiro/a	35	77,01		
	Casado/a/união de facto	67	56,91	8,859	<b>0,01*</b>
	Divorciado/a/Separado/a	21	53,21		
Vigor	Solteiro/a	35	77,81		
	Casado/a/união de facto	67	56,17	9,714	<b>0,00**</b>
	Divorciado/a/Separado/a	21	54,24		
Dedicação	Solteiro/a	35	70,89		
	Casado/a/união de facto	67	59,89	3,507	0,17
	Divorciado/a/Separado/a	21	53,93		
Absorção	Solteiro/a	35	78,50		
	Casado/a/união de facto	67	56,34	10,698	<b>0,00**</b>
	Divorciado/a/Separado/a	21	52,55		

\*\**p* < 0,00

#### 4.6. Distribuição dos Níveis de *Burnout* e de *Engagement* em função da Especialidade

A distribuição de *burnout* e de *engagement* em função da especialidade encontra-se espelhada na Tabela 9.

Pela sua análise verifica-se que são os médicos de outras especialidades que apresentam médias de posições mais elevadas na exaustão emocional ( $\chi^2=6,479$ ,  $p<0,05$ ) e são os médicos da especialidade de otorrinolaringologia que apresentam posições médias mais elevadas no

vigor ( $\chi^2=6,284$ ,  $p<0,05$ ). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas restantes dimensões.

Tabela 9

*Média e Somatório das posições de Burnout e Engagement, em função da Especialidade*

	Especialidade	n	Média das posições	$\chi^2$	$p$
<i>Burnout</i>	Otorrinolaringologia	53	56,75	5,386	0,06
	Pediatria	44	59,98		
	Outra	26	76,13		
Exaustão Emocional	Otorrinolaringologia	53	53,08	6,479	<b>0,03*</b>
	Pediatria	44	66,16		
	Outra	26	73,15		
Despersonalização	Otorrinolaringologia	53	62,02	4,282	0,11
	Pediatria	44	55,23		
	Outra	26	73,42		
Realização Pessoal	Otorrinolaringologia	53	67,09	1,951	0,37
	Pediatria	44	57,48		
	Outra	26	59,27		
<i>Engagement</i>	Otorrinolaringologia	53	65,49	1,551	0,46
	Pediatria	44	62,01		
	Outra	26	54,87		
Vigor	Otorrinolaringologia	53	70,42	6,284	<b>0,04*</b>
	Pediatria	44	58,99		
	Outra	26	49,92		
Dedicação	Otorrinolaringologia	53	64,59	1,314	0,51
	Pediatria	44	62,99		
	Outra	26	55,04		
Absorção	Otorrinolaringologia	53	58,05	1,427	0,49
	Pediatria	44	66,72		
	Outra	26	62,08		

\* $p < 0,05$

#### 4.7. Relação entre a Idade e os Níveis de *Burnout* e de *Engagement*

Analisando as correlações entre a idade e os níveis de *burnout* e de *engagement*, observamos na Tabela 10, que foram encontradas correlações inversas entre a idade e o *engagement* ( $rho=-0,22$ ;  $p<0,00$ ), vigor ( $rho=-0,17$ ;  $p<0,05$ ) e dedicação ( $rho=-0,25$ ;  $p<0,00$ ),

significando que quanto maior a idade, menores níveis de *engagement*, vigor e dedicação são encontrados. Não foram encontradas correlações significativas com as restantes variáveis.

Tabela 10

*Correlações entre a Idade, o Burnout e o Engagement*

	<b>Idade</b>
<i>Burnout</i>	0,00 (0,99)
Exaustão Emocional	0,05 (0,58)
Despersonalização	0,01 (0,87)
Realização Pessoal	-0,08 (0,36)
<i>Engagement</i>	<b>-0,22**</b> (0,01)
Vigor	<b>-0,17*</b> (0,05)
Dedicação	<b>-0,25**</b> (0,00)
Absorção	-0,16 (0,07)

*Nota.* Valores relativos ao *rho* de Spearman. Os valores entre parêntesis referem-se ao nível de significância \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,00$

#### 4.8. Relação entre os Anos de Serviço e os Níveis de *Burnout* e de *Engagement*

No que diz respeito aos anos de serviço, a Tabela 11 mostra que há uma correlação inversa entre os anos de serviço e o *engagement* ( $rho = -0,34$ ;  $p < 0,00$ ), vigor ( $rho = -0,33$ ;  $p < 0,00$ ), dedicação ( $rho = -0,24$ ;  $p < 0,00$ ) e absorção ( $rho = -0,29$ ;  $p < 0,00$ ), sugerindo que quanto mais anos de serviço, menor os níveis de *engagement*, vigor, dedicação e absorção.

Tabela 11

*Correlações entre os Anos de Serviço, o Burnout e o Engagement*

	Anos de Serviço
<i>Burnout</i>	0,01 (0,87)
Exaustão Emocional	0,47 (0,60)
Despersonalização	-0,08 (0,78)
Realização Pessoal	0,04 (0,63)
<i>Engagement</i>	<b>-0,34**</b> (0,00)
Vigor	<b>-0,33**</b> (0,00)
Dedicação	<b>-0,24**</b> (0,00)
Absorção	<b>-0,29**</b> (0,00)

Nota. Valores relativos ao *rbo* de Spearman. Os valores entre parêntesis referem-se ao nível de significância  
 \*\* $p < 0,00$

#### 4.9. Relação entre o Número de Filhos e os Níveis de *Burnout* e de *Engagement*

Quando analisamos a relação dos níveis de *burnout* e de *engagement* com o número de filhos, a Tabela 12 mostra que o número de filhos se encontra inversa e significativamente correlacionado com o *engagement* ( $rbo = -0,27$ ;  $p < 0,00$ ), vigor ( $rbo = -0,23$ ;  $p < 0,00$ ), dedicação ( $rbo = -0,24$ ;  $p < 0,00$ ) e absorção ( $rbo = -0,24$ ;  $p < 0,00$ ), sugerindo que quanto mais filhos, menores os níveis de *engagement*, vigor, dedicação e absorção com o trabalho.

Tabela 12

*Correlações entre o Número de Filhos, o Burnout e o Engagement*

	Número de Filhos
<i>Burnout</i>	-0,02 (0,75)
Exaustão Emocional	0,01 (0,88)
Despersonalização	-0,02 (0,81)
Realização Pessoal	-0,02 (0,79)
<i>Engagement</i>	<b>-0,27**</b> (0,00)
Vigor	<b>-0,23**</b> (0,00)
Dedicação	<b>-0,24**</b> (0,00)
Absorção	<b>-0,24**</b> (0,00)

Nota. Valores relativos ao *rbo* de Spearman. Os valores entre parêntesis referem-se ao nível de significância  
 \*\* $p < 0,00$

#### 4.10. Relação entre os Níveis de *Burnout* e de *Engagement*

Ao relacionarmos os níveis de *burnout* e de *engagement* constatamos pela análise da Tabela 13 que não existem correlações significativas entre os totais destes dois construtos. No entanto, observam-se correlações significativas inversas entre o *burnout* e o vigor ( $r_{ho}=-0,26$ ;  $p<0,00$ ); correlações inversas entre a exaustão emocional e o *engagement* ( $r_{ho}=-0,31$ ;  $p<0,00$ ), vigor ( $r_{ho}=-0,43$ ;  $p<0,00$ ) e dedicação ( $r_{ho}=-0,37$ ;  $p<0,00$ ).

A despersonalização está correlacionada inversamente com a dedicação ( $r_{ho}=-0,31$ ;  $p<0,00$ ) e há correlações positivas entre a realização pessoal e o *engagement* ( $r_{ho}=0,29$ ;  $p<0,00$ ), vigor ( $r_{ho}=0,25$ ;  $p<0,00$ ) e dedicação ( $r_{ho}=0,47$ ;  $p<0,00$ ).

Resumidamente, podemos dizer que quanto mais elevados os níveis de *burnout*, mais baixos são os níveis de vigor; quanto maior a exaustão emocional, menor o *engagement*, vigor e dedicação ao trabalho; quanto maior a despersonalização menor a dedicação ao trabalho e, quanto maior a realização pessoal, mais elevados os níveis de *engagement*, vigor e dedicação.

Tabela 13

*Correlações entre os Níveis de Burnout e de Engagement*

	<i>Engagement</i>	Vigor	Dedicação	Absorção
<i>Burnout</i>	-0,13 (0,13)	<b>-0,26**</b> (0,00)	-0,16 (0,06)	0,15 (0,87)
Exaustão Emocional	<b>-0,31**</b> (0,00)	<b>-0,43**</b> (0,00)	<b>-0,37**</b> (0,00)	-0,08 (0,37)
Despersonalização	-0,14 (0,10)	-0,16 (0,06)	<b>-0,31**</b> (0,00)	-0,01 (0,89)
Realização Pessoal	<b>0,29**</b> (0,00)	<b>0,25**</b> (0,00)	<b>0,47**</b> (0,00)	0,13 (0,14)

Nota. Valores relativos ao  $r_{ho}$  de Spearman. Os valores entre parêntesis referem-se ao nível de significância  
\*\* $p < 0,00$

#### 4.11. Discussão dos Resultados

Os principais resultados encontrados na presente investigação, permitem tecer algumas considerações, pelo que discutiremos os resultados em função dos objetivos inicialmente definidos.

Os resultados encontrados permitem verificar a existência, nos médicos participantes deste estudo, de **elevados níveis de exaustão emocional, assim como níveis médios de despersonalização. No entanto, foram encontrados níveis altos de realização pessoal.**

Estes resultados são congruentes com a literatura ao sugerirem que a exaustão emocional é uma resposta imediata aos fatores indutores de *stress* emocional (e.g., Maslach & Goldberg, 1998). Na verdade, como vimos anteriormente, os médicos encontram-se expostos a um conjunto de *stressores* de origem diversa (e.g., carga física e mental, representação social, condições de trabalho), tal como assinala Frاسquilho (2005b), que acabam por condicionar a sua atuação enquanto profissionais.

A exaustão emocional, quando ocorre, pode potenciar o desenvolvimento de uma atitude de despersonalização, que se caracteriza por uma dissimulação afetiva, uma crítica exacerbada de tudo e de todos e do meio ambiente (e.g., Codo & Vasques-Menezes, 1999). No entanto, o que acontece no presente estudo é que apesar de os médicos apresentarem níveis elevados de exaustão emocional e médios de despersonalização, exibem, ao mesmo tempo, níveis elevados de realização pessoal. Este resultado é deveras curioso, na medida em que vai ao encontro daquilo que Maslach e Goldberg (1998) assinalam, i.e., que a exaustão emocional só leva à diminuição da realização pessoal (e.g., sentido de menos realização no emprego, avaliações menos positivas sobre o seu trabalho) se a despersonalização se assumir como variável mediadora.

Por conseguinte e tendo esta explicação como pano de fundo, podemos pensar que os níveis médios de despersonalização encontrados no presente estudo, não se revelaram suficientes para que pudéssemos pressupor a existência de uma síndrome de *burnout* efetiva, no seio dos médicos participantes. Apenas se pode concluir sobre a existência de uma percentagem elevada de médicos com exaustão emocional (31,7%), uma percentagem média de despersonalização (35%) e elevada de realização pessoal (69,9%).

Pelo exposto, podemos depreender que os níveis de despersonalização médios, encontrados nos médicos do presente estudo, poderão assinalar não um total desligamento com a profissão, mas uma forma alternativa encontrada para lidarem com as situações de *stress* vivenciadas na sua profissão, nomeadamente com a exaustão emocional (e.g., Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991). Se, efetivamente, estivéssemos perante um quadro claro de *burnout*, os médicos deveriam apresentar níveis elevados de exaustão emocional e despersonalização, acompanhados de baixos níveis de realização pessoal.

Ao tentarmos explorar os resultados em **função do sexo**, verificamos que esta variável **não apresentou qualquer relevância significativa nos níveis de *burnout* e de *engagement* nos médicos participantes.**

Estes dados sublinham a ideia anteriormente assinalada de que o sexo continua a ser um ponto de controvérsia quando se analisa o *burnout* e o *engagement*. Se, por um lado encontramos estudos que mostram níveis de *burnout* mais elevados no seio do sexo masculino (e.g., Angeletti & Vásquez, 2007; Farber, 1991; Greenglass, 1991; Moreno-Jiménez et al., 2005; Ogun et al., 1990), por outro, encontramos estudos que apontam para o facto de serem as mulheres as mais vulneráveis ao *burnout* (e.g., Barraza Macías, 2011; Grajales, 2001; Hernández Cortés, 2011; Madrigal Solano, 2006; Maslach & Jackson, 1986; Mingote & Pérez, 2003; Roque Tovar et al., 2011; Silva & Gomes, 2009).

Porém, os resultados agora encontrados vão ao encontro de diversas investigações que não encontraram diferenças entre os homens e as mulheres (e.g., Adám et al., 2009; Barber & Iwai, 1996; Barraza Macías et al., 2007; Diéguez Hidalgo et al., 2006; França et al., 2012; Maroco et al., 2008; Oliveira, 2008; Oliveira & Queirós, 2009) assinalando que o sexo não interfere nos níveis de *burnout*.

Estes resultados podem significar que independentemente do sexo, os indivíduos vivenciam o *burnout* de forma idêntica, o que justifica a ausência de diferenças significativas. Na verdade, se analisarmos de forma minuciosa as médias das posições obtidas (cf. Tabela 5), constatamos que há uma tendência para que sejam os médicos homens a apresentar posições médias mais elevadas no *burnout*, despersonalização e realização pessoal, enquanto as mulheres médicas, posições médias mais elevadas na exaustão emocional, apesar de não se mostrarem estatisticamente significativas.

Sob este ponto de vista, o mesmo raciocínio pode ser aplicado na análise dos resultados relativos ao *engagement*. Assim sendo, apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas nas médias das posições neste âmbito, observa-se uma tendência para serem as mulheres a obterem posições médias mais elevadas no *engagement*, dedicação e absorção, sendo que os homens patenteiam posições médias mais elevadas no vigor.

Os resultados do presente estudo mostraram ainda que, **os médicos que trabalham em instituições públicas apresentaram níveis mais elevados de exaustão emocional quando comparados com os que trabalham em instituições privadas.**

De facto, estes resultados assinalam, em consonância com outros estudos realizados, que os médicos se encontram expostos a um conjunto de *stressores*, sendo que o ambiente onde trabalham e o nível de exigência percebido/latitude de decisão (e.g., multiplicidade de intervenções, decisões tomadas sob a pressão de tempo, o trabalho individual pela falta de

colegas) se constituem como variáveis altamente condicionadoras da sua atividade (e.g., Caramelo, 2010; Chambers et al., 1998; Linzer et al., 2002).

Ao analisarmos especificamente as posições médias obtidas pelos médicos do presente estudo (cf. Tabela 6), relativamente ao *burnout*, constatamos que apesar de termos encontrado posições médias elevadas ao nível da exaustão emocional, também estas são encontradas no *burnout* e na despersonalização, apesar de não se terem mostrado estatisticamente significativas. Da mesma forma, observamos que são os médicos que trabalham em instituições privadas que obtêm, tendencialmente, níveis mais elevados de realização pessoal.

Curiosamente, observa-se ainda que são os médicos das instituições privadas que possuem níveis mais elevados de *engagement*, vigor e dedicação, sendo os médicos das instituições públicas os que apresentam maiores indicadores de absorção para com o seu trabalho, apesar destas diferenças nas posições médias não se mostrarem significativas.

Estes resultados podem ser justificados com base em estudos que assinalam que é nas instituições públicas de saúde que a ação médica se encontra fortemente condicionada pela própria gestão que se preconiza nestas instituições, o que aliado a outros aspetos (e.g., baixo salário e dificuldade de progressão na carreira), acaba por levar os médicos a apresentarem maiores níveis de exaustão emocional (e.g., Chambers et al., 1998).

Constatamos, também, que **os médicos que trabalham por turnos são aqueles que apresentam níveis mais elevados de *burnout*, quando comparados com os que não realizam o seu trabalho por turnos.**

Ao analisarmos, de forma minuciosa as médias das posições encontradas no presente estudo, verificamos que há uma tendência para que sejam os médicos que trabalham por turnos para apresentarem níveis elevados de exaustão emocional, de despersonalização e de realização pessoal. Por contraponto, são os médicos que não realizam turnos na sua atividade, que apresentam níveis tendencialmente mais elevados de *engagement*, vigor, dedicação e absorção para com o seu trabalho.

Estes resultados já se encontram bem documentados na literatura para diversas profissões, bem como para as relacionadas com a área da saúde (e.g., Jamal & Baba, 1997). De facto, estes resultados justificam-se com o facto de o trabalho por turnos acarretar uma menor organização social e doméstica, tendo um grande impacto ao nível dos ritmos circadianos, o que aporta consequências ao nível da saúde física, mental e social dos indivíduos (e.g., Iskra et al., 1996). Por conseguinte, seria de esperar que fossem os médicos que realizam a sua

atividade em turnos rotativos que apresentassem maiores indicadores de fadiga crónica, ansiedade, problemas de sono e exaustão emocional (ibidem).

Ao analisarmos o impacto do estado civil nos níveis de *burnout* e *engagement*, constatamos que são os **médicos solteiros que apresentam níveis mais elevados de *engagement*, vigor e absorção no trabalho, quando comparados com os casados/com união de facto e divorciados/separados.**

Apesar de não apresentarem pontuações estatisticamente significativas, denota-se que são os médicos divorciados/separados que, tendencialmente apresentam posições médias mais elevadas no *burnout*, exaustão emocional e despersonalização, enquanto os casados/união de facto apresentam posições médias mais elevadas ao nível da realização pessoal.

Estes resultados fortalecem a ideia de que a estabilidade dos relacionamentos afetivos é uma variável mediadora dos níveis de *burnout* e de *engagement*. Todavia, ao contrário daquilo que Madrigal Solano (2006) sustenta, não são os indivíduos solteiros que apresentam maior vulnerabilidade ao *burnout*, mas os divorciados/separados. Os indivíduos solteiros do presente estudo, pelo contrário, são aqueles que apresentam maiores níveis de engajamento para com o seu trabalho, contrariamente aos dados encontrados por Angeletti e Vásquez (2007).

Constatou-se, também, que **outras especialidades médicas** (e.g., pneumologia, imunoalergologia, anestesista, gastro, medicina geral e familiar, medicina interna e psiquiatria) **apresentam níveis de exaustão emocional mais elevados do que os médicos otorrinolaringologistas e pediatras.** Denta-se, ainda, que **os médicos otorrinolaringologistas são aqueles que apresentam mais vigor no seu trabalho.**

Apesar de não se apresentarem significativos, constatamos que os dados resultantes das análises das posições médias apontam para níveis mais elevados de *burnout* e despersonalização no seio dos médicos com outras especialidades, sendo que a realização pessoal, o *engagement* e a dedicação são mais marcantes no grupo dos médicos otorrinolaringologistas. Os médicos pediatras obtêm posições médias mais elevadas na absorção.

Estes dados vão ao encontro de diversos estudos que mostram que a especialidade é uma variável reguladora dos níveis de *engagement* e de *burnout* (e.g., Linzer et al., 2002; Prins et al., 2007, 2010; Shanafelt et al., 2012), fortalecendo a ideia de que os níveis de exigência de trabalho, latitudes de decisão e pressões sentidas, são diferenciáveis nas diversas especialidades médicas.

Os resultados encontrados no presente estudo ainda sublinham que **quanto mais velhos os médicos inquiridos, menor são os níveis de *engagement*, vigor e dedicação**. Da mesma forma, constatamos que, **quanto mais anos de serviço os médicos possuem, menores são os seus níveis de *engagement*, vigor, dedicação e absorção**.

A idade tem sido considerada como uma variável mediadora dos fenómenos de *burnout* e *engagement*, sendo que os diversos estudos apontam para uma maior vulnerabilidade dos mais novos (e.g., Avila & Sánchez Escobedo, 2011; Ciancaglini, 2005; Correia et al., 2010; Escobedo, 2011; Garcia & Benevides-Pereira, 2003; Gonçalves Estella et al., 2002; Friedman, 2000; Maslach, 2003; Mingote & Pérez, 2003; Oliveira & Queirós, 2009; Ritter et al., 2012).

A influência da variável antiguidade (anos de serviço) nos níveis de *burnout* e de *engagement* é igualmente suportada em diversas investigações (e.g., Moura, 2000; Moreno-Jiménez & Oliver, 1993).

No presente estudo observa-se que há menor engajamento, vigor e dedicação ao trabalho, por parte dos médicos mais velhos por comparação aos mais novos. Na verdade e tal como Moreno-Jiménez e Oliver (1993) referem, os trabalhadores que integram ambientes altamente exigentes ao nível do *stress*, tendem a deixar o trabalho para trás, num curto período de tempo.

A variável idade está correlacionada positivamente com variável anos de serviço, pelo que estes resultados mostram-se compreensivos, já que os médicos, quando iniciam a sua profissão, tendem a mostrar-se mais envolvidos com o trabalho, encontrando-se numa fase de grandes aprendizagens e conhecimentos, pelo que tendem a mostrar mais vigor, dedicação e absorção para com as atividades que realizam. Pelo contrário, os médicos mais velhos e, conseqüentemente, com mais anos de serviço, devido à sua experiência acumulada, tendem a mostrar-se mais despreocupados relativamente às tensões decorrentes do exercício do seu trabalho. Tal como assinala Moura (2000), os profissionais mais novos tendem a possuir mais expectativas irrealistas perante a profissão, sendo que procuram aprender a lidar com as exigências do trabalho, enquanto os profissionais mais velhos parecem já ter desenvolvido a decisão de permanecerem na carreira, demonstrando menos preocupação com os diversos *stressores* envolvidos na sua atividade.

O número de filhos mostrou-se igualmente associado aos níveis de *engagement*, sendo que os resultados sugerem que **quanto maior o número de filhos dos médicos inquiridos, menores níveis de *engagement*, vigor, dedicação e absorção são encontrados**.

Estes resultados são congruentes com algumas das investigações que mostram que a existência de filhos assume-se como uma variável influenciadora da síndrome de *burnout* e consequentemente *engagement* (e.g., Berg et al., 2001; Madrigal Solano, 2006).

Na verdade, a existência de filhos poderá ser uma variável que medeia o nível de resistência dos profissionais à síndrome de *burnout*, sendo que estes acabam por ter que conciliar os diversos contextos da sua vida, não relegando para segundo plano, o contexto familiar. Talvez por essa razão, os médicos com mais filhos apresentem menores indicadores de *engagement* no seu trabalho, já que se encontram igualmente engajados com os outros contextos da sua vida.

Por fim, verificou-se que apesar de **não terem sido encontradas correlações significativas entre os totais de *engagement* e de *burnout***, os médicos em *burnout* são aqueles que apresentam menores níveis de vigor. Os que possuem exaustão emocional são os que se encontram menos engajados com o seu trabalho, apresentam menores níveis de vigor e de dedicação. Os médicos com níveis elevados de despersonalização, são os que apresentam menor dedicação para com o seu trabalho e, aqueles que possuem níveis elevados de realização pessoal, são também aqueles que se mostram mais engajados no seu trabalho, possuem mais vigor e dedicação.

Com estes resultados, podemos afirmar que há uma relação entre as dimensões de *burnout* e de *engagement* avaliadas, tal como se encontra documentado na diversa literatura sobre o assunto (e.g., Andrade, 2011; Dias et al., 2010; Gomes, 2008; Goodman & Schorling, 2012; Loureiro et al., 2008; Ribeiro et al., 2010; Shanafelt et al., 2012; Van Bogaert et al., 2012).

A não existência de correlações significativas entre os totais dos dois construtos considerados (*burnout* e *engagement*), apenas poderá ser indicador de que a ausência de um, não significa necessariamente a presença do outro, tal como já referenciado anteriormente (e.g., Pocinho & Perestrelo, 2011; Porto-Martins & Basso-Machado, 2010).

De facto, um indivíduo que não esteja afetado pelo *burnout* pode também não apresentar uma situação de *engagement* para com a sua profissão e, baixas pontuações ao nível do *engagement* não significam, necessariamente, a existência de *burnout*. Estes dados apontam para a necessidade destes dois construtos serem avaliados com modelos e instrumentos diferentes, tal como sugerido por diversos autores (e.g., Pocinho & Perestrelo, 2011; Porto-Martins & Basso-Machado, 2010).

No entanto, as dimensões que cada um destes construtos avaliam, podem perfeitamente correlacionar-se umas com as outras, tal como se verifica no presente estudo. Assim, se há

níveis elevados de *burnout*, é natural que o indivíduo sinta níveis baixos de energia, de um desejo de esforço e de perseverança na concretização das suas tarefas (e.g., Bakker & Schaufeli, 2008).

Se, por outro lado, o indivíduo vivencia níveis elevados de exaustão emocional, o seu engajamento no trabalho, vigor e dedicação podem ser afetados (e.g., Porto-Martins & Basso-Machado, 2010). Se há níveis de despersonalização relativamente ao trabalho, é natural, também, que o indivíduo não se dedique tanto ao seu trabalho, i.e., que não exiba fortes níveis de entusiasmo, aspiração, orgulho e desafio no trabalho (e.g., Pocinho & Perestrelo, 2011).

Por conseguinte, se um indivíduo se encontra realizado pessoalmente com o seu trabalho, este aspeto terá um impacto positivo nos seus níveis de engajamento, de vigor e de dedicação no trabalho (e.g., Porto-Martins & Basso-Machado, 2010). No caso concreto dos médicos e tal como assinalam Hamilton et al. (2008), estes podem sentir níveis de desgaste profissional, ao mesmo tempo que possuem níveis elevados de engajamento para com o seu trabalho, se tiverem, por exemplo, uma latitude de decisão considerável, acompanhada com tarefas que apelam para a liderança.



## Conclusões

O presente trabalho pretendeu analisar os níveis de *burnout* e de *engagement* numa amostra de médicos que trabalham em hospitais do grande Porto. Os principais resultados apontam para as seguintes conclusões:

- Há uma grande percentagem de médicos dos hospitais do grande Porto que exibem elevados níveis de exaustão emocional, realização pessoal e médios de despersonalização.
- A variável sexo não apresentou qualquer relevância significativa nos níveis de *burnout* e de *engagement* dos médicos.
- Os médicos que trabalham em instituições públicas são os que apresentam níveis mais elevados de exaustão emocional.
- Os médicos que trabalham por turnos são os que possuem níveis mais elevados de *burnout*.
- Os médicos solteiros apresentam maior *engagement*, vigor e absorção no trabalho.
- Outras especialidades médicas (que não otorrinolaringologia e pediatria) constituem-se como mediadoras dos níveis de exaustão emocional, sendo que os médicos otorrinolaringologistas apresentam mais vigor no seu trabalho.
- Quanto mais velhos, menores os níveis de *engagement*, vigor e dedicação encontrados no seio dos médicos.
- Quanto mais anos de serviço, menores os níveis de *engagement*, vigor, dedicação e absorção encontrados.
- Quanto maior o número de filhos, menores os níveis de *engagement*, vigor, dedicação e absorção.
- Os médicos em *burnout* apresentam menores níveis de vigor; os que se encontram em exaustão emocional estão menos engajados com o trabalho apresentam menores níveis de vigor e de dedicação; os médicos com elevados níveis de despersonalização, apresentam menor dedicação ao trabalho e; os médicos com elevados níveis de realização pessoal mostram-se mais engajados no trabalho, possuem mais vigor e dedicação.

Estes resultados reforçam a ideia de que o *stress* no trabalho possui um impacto significativo no estado geral do indivíduo, acabando por influenciar o seu desempenho profissional. Este dado revela-se particularmente importante nos profissionais das áreas da saúde, nomeadamente os médicos, já que a sua atividade é complexa, exigindo da sua parte

uma grande capacidade de resposta perante os problemas que se lhes deparam. No contexto de trabalho, o médico acaba por assumir uma multiplicidade de papéis com níveis de exigência diversificados, obrigando-o a utilizar constantemente os recursos disponíveis para poder fazer face às múltiplas vicissitudes pessoais, relacionais e organizacionais a que se encontra exposto.

A forma como cada um reage perante as diversas situações depende, em larga medida, dos traços de personalidade, das exigências percebidas das tarefas que realiza e da forma como consegue contornar as situações de maior *stress* (estratégias de *coping*).

Neste sentido e tendo em linha de consideração os dados (algo preocupantes) que este estudo assinalou, é importante refletir-se sobre a prevenção do *burnout* no seio da comunidade médica. Esta prevenção teria como intuito a partilha de informação e o treino de competências ajustadas para se evitarem as situações de *burnout* profissional. No entanto, entendemos igualmente, que estas questões possam ser desvalorizadas no seio destes profissionais, já que o seu foco de atenção é para o desenvolvimento da sua atividade, i.e., para o paciente. No entanto, as medidas de prevenção poderiam ser úteis para que os médicos repensassem algumas das suas atitudes e posturas, i.e., para a qualidade do serviço que prestam. A prevenção mais eficaz, nestes casos, encontra-se ancorada na promoção do bem-estar físico, emocional, psicológico e emocional, i.e., para a sua qualidade de vida.

Apesar destes resultados e da importância que os mesmos assumem na compreensão do fenómeno de *burnout* na população médica, cremos que os mesmos não podem ser generalizados, dada a limitação do tamanho amostral. No entanto, sublinhamos a necessidade de serem realizadas investigações diversas com amostras de médicos, para que possam ser extraídas conclusões passíveis de serem generalizadas. Por isso, pensamos que investigações futuras sobre esta temática deveriam ser preconizadas por duas razões: a primeira, para colmatar a lacuna da escassez de estudos nestas populações e, a segunda, para termos uma maior compreensão acerca do fenómeno de *burnout* no seio dos médicos. Por conseguinte, estudos futuros deveriam considerar não apenas a avaliação do *burnout* e do *engagement*, mas também a avaliação de outros indicadores que poderiam revelar-se importantes na compreensão desta síndrome: avaliação de indicadores físicos (e.g., relacionados com a saúde física), psicológicos (e.g., relacionados com a depressão, níveis de suicídio, entre outros) e comportamentais (e.g., relacionados com o consumo de substâncias, problemas de agressividade), bem como a avaliação das estratégias de *coping* utilizadas. Independentemente das limitações assinaladas consideramos que o presente trabalho conseguiu responder aos objetivos inicialmente propostos, tendo, a sua realização, constituído uma motivação pessoal e profissional, fortalecendo o nosso interesse perante esta temática.

## Referências Bibliográficas

- Adám, S., Torzsa, P., Gyorffy, Z., Vörös, K., & Kalabay, L. (2009). Frequent high-level burnout among general practitioners and residents. *Orvosi Hetilap Journal*, 15, 150(7), 317-232.
- Almeida, L., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ª Ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Álvarez Gallego, E., & Fernández Ríos, L. (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XI(39), 257-265.
- Andrade, P. (2011). *Promoção do savoring em equipas de enfermagem: Aumento do engagement e prevenção de burnout*. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto.
- Angeletti, A., & Vásquez, R. (2007). El fenómeno de burnout en médicos de los hospitales de la ciudad de Lima – Perú. *Revista de Psicología Herediana*, 2(1), 1-13.
- Avila, V., & Sánchez Escobedo, P. (2011). Bases empíricas en prol del constructor de bienestar como perspectiva de investigación en el agente educativo. In A. Barraza Macías & A. Jaik Dipp (Eds.), *Estrés, burnout y bienestar subjetivo: Investigaciones sobre la salud mental de los agentes educativos* (pp. 233-266). México: Instituto Universitario Anglo Español.
- Bakker, A. B., & Bal, P. M. (2010). Weekly work engagement and performance: A study among starting teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83, 189-206.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). Towards a model of work engagement. *Career Development International*, 13, 209-223.
- Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2008). Positive organizational behavior: Engaged employees in flourishing organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 29, 147-154.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Taris, T. W. (2008). Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress*, 22(3), 187-200.
- Bakker, A., & Leiter, M. (2010). Where to go from here: Integration and future research on work engagement. In A. Bakker, & M. Leiter (Org.), *Work engagement: A handbook of essential theory and research* (pp. 181-196). New York: Psychology Press.
- Barber, G., & Iwai, M. (1996). Role conflict and role ambiguity as predictors of burnout among staff caring for elderly dementia patients. *Journal of Gerontological Social Work*, 26(1-2), 101-116.
- Barona, E. (1996). Estudio preliminar al síndrome de burnout. *Ciência Psicológica*, 3, 63-76.

- Barraza Macías, A. (2011). Satisfacción laboral y síndrome de burnout en profesores de educación primaria. Análisis de una relación. In A. Barraza Macías & A. Jaik Dipp (Eds.), *Estrés, burnout y bienestar subjetivo: Investigaciones sobre la salud mental de los agentes educativos* (pp. 154-181). México: Instituto Universitario Anglo Español.
- Barraza Macías, A., Carrasco Soto, S., & Arreola Corral, G. (2007). Síndrome de burnout: Un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango. *Investigación Educativa Duranguense*, 3(8), 57-65.
- Benevides-Pereira, A. (2002). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem – estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Berg, A., Bell, C., & Tupin, J. (2001). Clinician safety. *New Directions in Mental Health Services*, 91, 107-127.
- Blondell, R. (1993). Impaired physicians. *Primary Care*, 1, 209-219.
- Bolsover, G. (2000). Doctors who are unsympathetic to colleagues who are psychological vulnerable. *British Medical Journal*, 321, 635-636.
- Borda, R. C., & Norman, I. J. (1997). Factors influencing turnover and absence of nurses: A research review. *International Journal of Nursing Studies*, 34, 385-394.
- Borges, L., Argolo, J., Pereira, A., Machado, E., & Silva, W. (2008). A síndrome de *burnout* e os valores organizacionais: Um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia e Reflexão Crítica*, 15, 1, 189-200.
- Caramelo, R. (2010). *Síndrome de burnout e a sua relação com o trabalho dos médicos*. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto.
- Carson, J., & Kuipers, E. (1998). Stress management interventions. In S. Hardy, J. Carson, & B. Thomas (Eds.), *Occupational stress: Personal and professional approaches* (pp. 157-174). England: Stanley Thornes Publishers.
- Chambers, R., George, V., McNeill, A., & Campbell, I. (1998). Health at work in the general practice. *British Journal of General Practice*, 48(433), 1501-1504.
- Cherniss, C. (1995). *Beyond burnout*. New York: Routledge.
- Ciancaglini, G. K. (2005). *Síndrome de burnout*. Consultado em Junho de 2011, em <http://www.monografias.com/trabajos38/sindromeburnout/sindromeburnout.html>
- Codo, W., & Vasques-Menezes, I. (1999). O que é burnout? In W. Codo (Coord.), *Educação: Carinho e trabalho* (pp. 293-299). Petrópolis: Vozes.
- Cooper, C. L., Dewe, P. J., & O'Driscoll, M. O. (2001). *Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications*. London: Sage.

- Correia, T., Gomes, R., & Moreira, S. (2010). *Stresse ocupacional em professores do ensino básico: Um estudo sobre as diferenças pessoais e profissionais*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho, Portugal, 4 a 6 de Fevereiro de 2010.
- Costa, M. (2009). *Burnout nos médicos: Perfil e enquadramento destes doentes*. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto.
- Cox T., Griffiths, A., & Rial-González E. (2000). *European agency for safety and health at work: research on work-related stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Coyne J., & Racioppo, M. (2000). Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist*, 55, 655-664.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow. The psychology of optimal experience*. New York: Harper.
- Cumbe, V. (2010). *Síndrome de burnout em médicos e enfermeiros cuidadores de pacientes com doenças neoplásicas em serviços de oncologia*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Dias, S., Queirós, C., & Carlotto, M. (2010). Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: Um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*, 32, 4-21.
- Diéguez Hidalgo, X., Sarmiento Damaris, F., & Calderón Formaris, P. (2006). *Presencia del síndrome de burnout en los profesores de la Escuela internacional de Educación Física y Deporte de Cuba*. Consultado em Junho de 2011 em Ilustrados.com
- Direção Geral de Saúde (2009). *Relatório de avaliação dos episódios de violência contra os profissionais de saúde – Ano de 2009*. Lisboa: Direção Geral de Saúde – Ministério da Saúde.
- Escuer, J., & Tous, J. (2000). Análisis del concepto burnout a partir de las publicaciones editadas entre 1990 y 1997. In E. Agulló, C. Remeseiro, & J. Fernández (Eds.), *Psicología del trabajo de las organizaciones y de los recursos humanos, Nuevas aproximaciones* (pp. 160-163) Madrid: Biblioteca Nueva.
- Farber, B. (1991). *Crisis in education. Stress and burnout in the American teacher*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- França, C., & Rodrigues, L. (1997). *Stress e trabalho: Guia básico com abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas.

- França, S., Martino, M., Aniceto, E., & Silva, L. (2012). Preditores da síndrome de burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. *Acta Paulista de enfermagem*, 25(1), 68-73.
- Frasquilho, M. (2003a). Eu sou actor do meu stresse. *Segurança*, 154, 28-30.
- Frasquilho, M. (2003b). Stress e médicos: sal da vida ou morte anunciada?. *Mundo Médico*, 27, 60-63.
- Frasquilho, M. (2005a). Medicina, médicos e pessoas: Compreender o stress para prevenir o burnout. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 433-444.
- Frasquilho, M. (2005b). Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: Prevenção e tratamento. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(2), 89-98.
- Friedman, I. (2000). Burnout in teachers: shattered dreams of impeccable professional performance. *Journal of Clinical Psychology*, 56(5), 595-606.
- Gaba, D. M., & Howard, S. K. (2002). Fatigue among clinicians and the safety of patients. *New England Journal of Medicine*, 347, 1249-1255.
- Garcia, L., & Benevides-Pereira, A. (2003). Investigando o burnout em professores universitários. *Revista Eletrónica Inter-Ação Psy*, 1, 76-89.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1997). *O inquérito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Glass, D., & Mcknight, J. (1993). Depression, burnout and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, LXI(1), 147-155.
- Gomes, A. R., Melo, B., & Cruz, J. F. (2000). Estudo do stress e do burnout nos psicólogos portugueses. In J. F. Cruz, A. R. Gomes, & B. Melo (Eds.), *Stress e burnout nos psicólogos portugueses* (pp. 73-130). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Gomes, C. (2008). *O impacto das exigências emocionais no engagement: O papel do coping social como variável mediadora*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Gonçalves Estella, F., Aizpiri Díaz, J., Barbado Alonso, J., Cañones Garzón, P., Fernández Camacho, A., Rodríguez Sendín, J., Serna de Pedro, I., & Solla Camino, J. (2002). Síndrome de burn-out en el médico general. *Medicina General*, 43, 278-283.

- Goodman, M., & Schorling, J. (2012). A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 43(2), 119-128.
- Grajales, T. (2001). El agotamiento emocional en los profesores de Nuevo León, México: Un estudio de géneros. *Internacional Estudios en Educación*, 1(2).
- Grazziano, E., & Ferraz Bianchi, E. (2010). Impacto do stress ocupacional e burnout para enfermeiros. *Enfermería Global*, 18, 1-20.
- Greenglass, E. (1991). Type A behavior, career aspirations, and role conflict in professional women. In S. Strube, & J. Michael, (Ed.), *Type A behavior* (pp. 277-292). Thousand Oaks: Sage.
- Greenglass, E., Burke, R., & Ondrack, M. (1990). A gender-role perspective of coping and burnout. *Applied Psychology: An International Review*, 39, 5-27.
- Haisch, D., & Meyers, L. (2004). MMPI-2 assessed post-traumatic stress disorder related to job stress, coping, and personality in police agencies. *Stress and health*, 20(4), 223-229.
- Hamilton, P., Spurgeon, P., Clark, J., Dent, J., & Armit, K. (2008). *Engaging doctors. Can doctors influence organisational performance?* London: NHS Institute for Innovation and Improvement.
- Hernández-Vargas, C., Dickinson, M., & Fernández Ortega, M. (2008). El síndrome de desgaste profesional/burnout en médicos mexicanos. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México*, 51(1), 11-14.
- Hernández Cortés, A. (2011). Exámenes y exposiciones, factores de estrés entre los universitarios. In A. Barraza Macías & A. Jaik Dipp (Eds.), *Estrés, burnout y bienestar subjetivo: Investigaciones sobre la salud mental de los agentes educativos* (pp. 52-75). México: Instituto Universitario Anglo Español.
- Iskra, G., Folkard, S., Marek, T., & Noworol, C. (1996). Health, well-being and burnout of ICU nurses on 12 and 8 hours shifts. *Work and Stress*, 10(3), 251-256.
- Jamal, M., & Baba, V. (1997). Shiftwork, burnout and well-being: a study of Canadian nurses. *International Journal of Stress Management*, 4(3), 197-204.
- Jenkins, H., & Allen, C. (1998). The relationship between staff burnout/distress and interactions with residents in two residential homes for older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(7), 466-472.
- Jesus, T. (2009). *Burnout e engagement dos técnicos de ambulância de emergência do instituto nacional de emergência médica*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

- Kahn, R., & Byosiére, P. (1992). Stress in organizations. In M. Dunnette, & L. Hough (Eds.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 571-650). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Kendall, E., Murphy, P., O'Neill, V., & Bursnall, S. (2000). *Occupational stress: Factors that contribute to its occurrence and effective management*. Bedbrook: Work Cover Western Australia.
- Linzer, M., Gerrity, M., Douglas, J., McMurray, D., Williams, E., Konrad, T. (2002). *Physician stress: Results from the physician work life study stress and health*, 18, 37-42.
- Loureiro, H., Pereira, A., Oliveira, A., & Pessoa, R. (2008). Burnout no trabalho. *Revista Referência*, IIª Série (7), 33-41.
- Machado, P., Porto-Martins, P., & Amorim, C. (2012). Engagement no trabalho entre profissionais da educação. *Revista Intersaberes*, 7, 13, 193-214.
- Madrigal Solano, M. (2006). Burnout en médicos: Aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*, 23(2), 137-153.
- Maroco, J., Tecedero, M., Martins, P., & Meireles, A. (2008). O burnout como fator hierárquico de segunda ordem da escala de burnout de Maslach. *Análise Psicológica*, 4 (XXVI), 639-649.
- Maschke, C., Rupp, T., & Hecht, K. (2000). The influence of stressors on biochemical reactions - a review of present scientific findings with noise. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 203, 45-53.
- Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189-192.
- Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: News perspectives. *Applied & Preventive Psychology*, 7, 63-74.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach burnout inventory manual*. Palo Alto, C.A.: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. (1997). *The truth about burnout*. New York: Jossey-Bass Publishers.
- Maslach, C., & Leiter, M. (1999). Take this job and ...love it. *Psychology Today*, 32, 50-57.
- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Orgs.), *Professional burnout: recent developments in theory and research* (pp.1-18). London: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *Maslach burnout inventory manual*. Palo Alto, C.A.: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422.

- McIntyre, T. M. (1994). Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 193-200.
- Miller, N., & McGowen, R. (2000). The painfull thruth: Physicians are not invencible *South Medical Journal*, 93(10), 966-973.
- Mingote, J. C., & Pérez, S. (2003). *Estrés en la enfermería*. Madrid: Díaz de Santos Ediciones.
- Morán Astorga, C. (2005a). *Estrés, burnout y mobblíng: Recursos y estrategias de afrontamiento*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Moreno-Jiménez, B., & Oliver, C. (1993). El MBI como escala de estrés en profesiones asistenciales: Adaptación e nuevas versiones. In M. Santana, & M. Angera (Comps.), *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica* (pp. 161-174). Barcelona: PPU.
- Moreno-Jiménez, B., Oliver, C., & Aragonés, J. (1991). El burnout, una forma específica de estrés laboral. In G. Buela-Casal, & V. Caballo (Eds.), *Manual de psicología clínica aplicada*. (pp. 271- 284). Madrid: Siglo XXI.
- Moreno-Jiménez, B., Seminotti, R., Garrosa Hernández, E., Rodríguez-Carvajal, R., & Morante Benadero, M. (2005). El burnout médico: La ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Ansiedad y Estrés*, 11(1), 87-100.
- Moura, E. (2000). *Do esgotamento profissional (burnout) ao sofrimento psíquico no trabalho: O caso dos professores da rede de ensino particular*. Porto Alegre: Sulina.
- Murphy, L. R., Hurrell, J. J., Sauter S. L., & Keita, G. P. (1995). *Job stress interventions*. Washington: American Psychological Association.
- Norton, J. (1997). Locus of control and reflective thinking in preservice teachers. *Education*, 45, 489-493.
- Ogus, E., Greenglass, E., & Burke, R. (1990). Gender-role differences, work stress and despersonalization. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 387-398.
- Oliveira, M. (2008). *Burnout e emoções: Estudo exploratório em médicos de um hospital do Porto*. Porto: Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto.
- Oliveira, M., & Queirós, C. (2009). Burnout e estado emocional em médicos. In C. Sequeira, I. Ribeiro, J. Carvalho, T. Martins, & T. Rodrigues (Coord.), *Saúde e qualidade de vida em análise* (pp.149-161). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Ortega Ruíz, C., & López Ríos, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.

- Palmer, S., Cooper, C., & Thomas, K. (2001). Model of organisational stress for use within an occupational health education/promotion or wellbeing programme. *Health Education Journal*, 60(4), 378–380.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS*. Lisboa. Edições Sílabo.
- Pocinho, M., & Perestrelo, C. (2011). Um ensaio sobre burnout, engagement e estratégias de coping na profissão docente. *Educação e Pesquisa*, 37, 3, 513-528.
- Porto-Martins, P., & Basso-Machado, P. (2010). Engagement en el trabajo. *Estudios e Pesquisas em Psicologia*, 10, 3, 972-976.
- Prins, J., Hoekstra-Weebers, J., Gazendam-Donofrio, S., Dillingh, G., Bakker, A., Huisman, M., Jacobs, B., & van der Heijden, F. (2010). Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: A national study. *Medical Education*, 44(3), 236-247.
- Prins, J., Hoekstra-Weebers, J., van de Wiel, H., Gazendam-Donofrio, S., Sprangers, F., Jaspers, F., & van der Heijden, F. (2007). Burnout among dutch medical residents. *International Journal of Behaviour Medicine*, 14(3), 119-125.
- Ribeiro, L., Gomes, A., & Silva, M. (2010). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros que exercem em contextos hospitalares. In *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1494-1508). Braga: Universidade do Minho.
- Ritter, R., Fernandes Stumm, E., Kirchner, R., Schmidt Piovesan Rosanelli, C., & Ubessi, L. (2012). Correlações de variáveis do inventário de burnout de Maslach em profissionais de emergência hospitalar. *Enfermería Global*, 27, 224-237.
- Roque Tovar, B., González Araiza, R., & Calderón Sánchez, R. (2011). Evaluación de estrés laboral en directivos de una universidad privada del occidente de México: Un estudio exploratorio. In A. Barraza Macías & A. Jaik Dipp (Eds.), *Estrés, burnout y bienestar subjetivo: Investigaciones sobre la salud mental de los agentes educativos* (pp. 108-129). México: Instituto Universitario Anglo Español.
- Rowe, M. (1997). Hardiness, stress, temperament, coping and burnout in health professionals. *American Journal of Health Behavior*, 21(3), 163-171.
- Rutter, M. (1999) Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- Sá, L. (2004) Do stresse ao burnout em enfermagem oncológica. *Enfermagem Oncológica*, 31, 14-37.

- Sá, L. (2008). *O assédio moral e o burnout na saúde mental dos enfermeiros*. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Salanova, M., & Schaufeli, W. (2009). *El engagement en el trabajo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Schaufeli, W. B., Martinez, I. M., Marques Pinto, A., Salanova, M., & Bakker, A. B. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 33*, 464-481.
- Schaufeli, W., & Bakker, A. (2003). *Utrecht work engagement scale: Preliminary manual*. Utrecht: Occupational Health Psychology Unit, Utrecht University.
- Schaufeli, W., & Salanova, M. (2007). Work engagement: An emerging psychological concept and its implications for organizations. *Managing Social and Ethical Issues in Organizations, 135-177*.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*, 5-14.
- Shanafelt, T., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L., Sotile, W., Satele, D., West, C., Sloan, J., & Oreskovich, M. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine, 20*, 1-9.
- Silva, M., & Gomes, A. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia, 14*(3), 239-248.
- Sonnetag, S., & Frese, M. (2001). Stress in organizations. In W. Borman, D., Ilgen, & R., Klimoski (Eds.), *Comprehensive handbook of industrial and organizational psychology* (p. 12). New York: Wiley.
- Torres Gómez de Cádiz, B., San Juan, C., Riviero, A., Herce, C., & Achucarro, C. (1997). Burnout profesional: Un problema nuevo? Reflexiones sobre el concepto y su evaluación. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 13*(1), 23-50.
- Valdés, M. (1997). *El estrés*. Madrid: Acento Editorial.
- Van Bogaert, P., Wouters, K., Willems, R., Mondelaers, M., & Clarke, S. (2012). Work engagement supports nurse workforce stability and quality of care: Nursing team-level analysis in psychiatric hospitals. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, Sep 11*. doi: 10.1111/jpm.12004
- Vaz Freixo, M. (2010). *Metodologia científica: Fundamentos, métodos e técnicas* (2ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Vaz Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

- Williams, E. S., Konrad, T. R., Scheckler, W. E., Pathman, D. E., Linzer, M., McMurray, J., Gerrity, M., & Schwartz, M. (2001). Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: the role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. *Health Care Management Review, 26*, 7-19.
- Wisniewski, L., & Gargiulo, R. (1997). Occupational stress and burnout among special educators: A review of the literature. *The Journal of Special Education, 31*, 3, 325-349.
- Zellars, K., Perrewe, P., & Hochwarter, W. (2000). Burnout in health care: The role of the five factors of personality. *Journal of Applied Social Psychology, 8*, 1570-1598.

## **Anexos**

---



## **Anexo A**

O presente questionário insere-se num estudo empírico no âmbito da dissertação do **Mestrado em Gestão das Organizações** - Ramo Gestão de Empresas, da Associação de Politécnicos do Norte.

Ao responder a este questionário, está a contribuir para um melhor conhecimento sobre os níveis de desgaste profissional e de *engagement* nos médicos dos hospitais do grande Porto.

Os dados recolhidos serão tratados confidencialmente, o que garante o seu anonimato.

Em caso de dúvida, por favor, contacte a investigadora: [giferrer27@gmail.com](mailto:giferrer27@gmail.com)

O questionário é composto por 3 (três) grupos de informação. Antes de submeter as suas respostas confirme se respondeu a todas as questões.

**Obrigada!**

### **GRUPO I**

**Preencha a seguinte informação relativamente a si:**

1. IDADE \_\_\_\_\_ANOS
2. SEXO: Masculino ; Feminino
3. ESTADO CIVIL: Solteiro/a ; Casado(a)/União de facto ;  
Divorciado(a)/Separado(a) ; Viúvo/a
4. NÚMERO DE FILHOS \_\_\_\_\_
5. ESPECIALIDADE: Qual \_\_\_\_\_
6. ANOS DE SERVIÇO \_\_\_\_\_ meses
7. TRABALHO POR TURNOS: Sim ; Não
8. UNIDADE DE SAÚDE: Pública  Privada

## GRUPO II

Em seguida encontra 22 itens, perante os quais deve assinalar a sua opinião, utilizando uma escala de 7 pontos.

	Nunca ①	Quase nunca ②	Às vezes ③	Regularmente ④	Frequentemente ⑤	Quase sempre ⑥	Sempre ⑦
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							

### GRUPO III

Em seguida, encontrará 17 itens que se referem a sentimentos, crenças e comportamentos relativos à sua experiência profissional. Por favor responda a cada um dos itens, de acordo com a seguinte escala de resposta:

Nenhuma vez	Algumas vezes por ano	Uma vez ou menos por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias	
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
1	No meu trabalho sinto-me cheio/a de energia	①	②	③	④	⑤	⑥
2	Acho que o meu trabalho tem muito significado e utilidade	①	②	③	④	⑤	⑥
3	O tempo passa a voar quando estou a trabalhar	①	②	③	④	⑤	⑥
4	No meu trabalho sinto-me com força e energia	①	②	③	④	⑤	⑥
5	Estou entusiasmado/a com o meu trabalho	①	②	③	④	⑤	⑥
6	Quando estou a trabalhar esqueço tudo o que se passa à minha roda	①	②	③	④	⑤	⑥
7	O meu trabalho inspira-me	①	②	③	④	⑤	⑥
8	Quando me levanto de manhã apetece-me ir trabalhar	①	②	③	④	⑤	⑥
9	Sinto-me feliz quando estou a trabalhar intensamente	①	②	③	④	⑤	⑥
10	Estou orgulhoso/a do que faço neste trabalho	①	②	③	④	⑤	⑥
11	Estou imerso/a no meu trabalho	①	②	③	④	⑤	⑥
12	Sou capaz de trabalhar por períodos de tempo muito longos	①	②	③	④	⑤	⑥
13	O meu trabalho é desafiante para mim	①	②	③	④	⑤	⑥
14	“Deixo-me ir” quando estou a trabalhar	①	②	③	④	⑤	⑥
15	Sou uma pessoa com muita resistência mental no meu trabalho	①	②	③	④	⑤	⑥
16	É-me difícil desligar-me do meu trabalho	①	②	③	④	⑤	⑥
17	No meu trabalho sou sempre perseverante (não desisto), mesmo quando as coisas não estão a correr bem	①	②	③	④	⑤	⑥

**Obrigada pela sua colaboração!**