



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Burnout nos enfermeiros e médicos durante a pandemia COVID-19

André Alexandre Campos Oliveira

Mestrado em Políticas de Desenvolvimento dos Recursos
Humanos

Orientadora:

Doutora Helena Maria de Sousa Lopes,
Professora Catedrática,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Co-Orientadora:

Doutora Teresa Calapez,
Professora Associada,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2021

Burnout nos enfermeiros e médicos durante a pandemia COVID-19

André Alexandre Campos Oliveira

Mestrado em Políticas de Desenvolvimento dos Recursos
Humanos

Orientadora:

Doutora Helena Maria de Sousa Lopes,
Professora Catedrática,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Co-Orientadora:

Doutora Teresa Calapez,
Professora Associada,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2021

Aos enfermeiros e médicos que arriscam as suas vidas para salvar a dos outros.

Agradecimento

Em primeiro lugar, agradeço a todos os meus professores que de forma indireta ou direta, influenciaram o meu percurso académico e o tipo de profissional que ambiciono ser. De uma forma especial, à Prof^a Dra. Helena Lopes e à Prof^a Dra. Teresa Calapez, as minhas orientadoras, com quem compartilhei as minhas dúvidas e receios sobre o tema, pelo apoio na construção desta dissertação e pela dedicação que demonstraram ao longo de todo o projeto motivando-me para a conclusão deste estudo.

Agradeço também à minha família e amigos, pelo apoio e suporte que me deram durante todo o meu percurso, assim como em todos os aspetos da minha vida pessoal permitindo concretizar os meus desejos e objetivos.

A todos os enfermeiros e médicos que contribuíram para a realização deste estudo, e a todos os profissionais das instituições de saúde que se mostraram interessados no tema da saúde mental e em contribuir para organizações mais eficazes. Realço ainda, o profundo agradecimento a todos os profissionais de saúde pela dedicação, indubitável, que têm demonstrado no combate à pandemia, mesmo na ausência de recursos e condições.

A todos nós, homens e mulheres, filhos e filhas, pais e avós que resistimos, e de forma coletiva ajudamos a combater e a atenuar a pressão nos sistemas de saúde, reinventando-nos e encontrando forças onde não sabíamos que existiam.

Resumo

Através de dados quantitativos este estudo aborda a prevalência do burnout nos enfermeiros e médicos durante a pandemia COVID-19 em Portugal, que se intensificou com as medidas de combate à pandemia.

A amostra foi constituída por 795 enfermeiros e 151 médicos e os dados foram recolhidos através de um questionário eletrónico. Os níveis de burnout foram estimados pelo Maslach Burnout Inventory – HSS, e 77% dos participantes apresentaram níveis elevados na exaustão emocional, 44,4% níveis elevados de despersonalização e 58,5% níveis baixos de realização pessoal. 31,3% dos profissionais apresentaram burnout total e 2,6% não apresentaram níveis elevados em nenhum indicador do burnout.

O estudo procura explicar e identificar os fatores que influenciam a síndrome de burnout e a relação entre as dimensões do burnout – exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal – e as variáveis sociodemográficas, profissionais e as percepções no contexto de trabalho.

Este estudo demonstra que as variáveis de natureza organizacional têm maior influência no burnout, destacando, a satisfação com as condições de trabalho, o reconhecimento social e a pressão no trabalho, que se mostraram preditores nos três indicadores do burnout.

Relativamente às características sociodemográficas e profissionais, a idade, o vínculo de trabalho, a emergência hospitalar, e as funções de chefia mostraram influenciar pelo menos um dos indicadores. Quanto à influência das percepções no contexto de trabalho, as tarefas burocráticas, o pouco apoio organizacional, a remuneração inadequada, a carga de trabalho elevada e o medo de ser contagiado foram consideradas relevantes para o aumento do burnout.

Palavras-chave: burnout, enfermeiros, médicos, pandemia, Portugal

Abstract

The aim of the study is to evaluate the prevalence of burnout in nurses and physicians and to analyze factors related to burnout and the influence of combating the coronavirus (COVID-19) on burnout syndrome.

The sample consisted of 795 nurses and 151 physicians, and data were collected through an electronic questionnaire. Burnout levels were estimated by the Maslach Burnout Inventory – HSS, and 77% of the participants had high levels of emotional exhaustion, 44.4% high levels of depersonalization and 58.5% low levels of personal fulfillment. 31.3% of professionals showed total burnout and 2.6% did not show high levels in any burnout indicator.

The study seeks to explain and identify factors that influence the burnout syndrome and the relationship between the dimensions of burnout – emotional exhaustion, depersonalization, and personal fulfillment – and sociodemographic and professional variables and perceptions of the work context.

This study showed that organizational variables have a greater influence on burnout, especially, satisfaction with working conditions, social recognition, and pressure at work, which were predictors of the three burnout indicators. In terms of sociodemographic and professional characteristics, age, employment relationship, hospital emergency, and leadership roles, showed to influence at least one of the indicators. Regarding the influence of perceptions in the work context, bureaucratic tasks, low organizational support, inadequate remuneration and high workload and fear of being infected were considered relevant to the increase in burnout.

Keywords: burnout, nurses, physicians, pandemic, Portugal

Índice

Agradecimento	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Introdução	1
Capítulo 1. A síndrome de burnout	3
1.1. Evolução histórica do conceito do burnout	3
1.2. Dimensões da síndrome do burnout de Maslach e Jackson	4
1.2.1. Escalas de avaliação da síndrome do burnout - MBI	5
1.3. Modelos explicativos do burnout	5
1.4. Consequências e impacto do burnout	7
Capítulo 2. Burnout nos enfermeiros e médicos	9
2.1. Variáveis sociodemográficas e a síndrome do burnout	9
2.2. Variáveis profissionais e a síndrome do burnout	10
2.3. Desafios inerentes da pandemia COVID-19	12
2.4. Evidência científica do burnout nos enfermeiros e médicos em Portugal e formulação das hipóteses de investigação	13
Capítulo 3. Método da pesquisa empírica e análise da amostra	17
3.1. Metodologias da investigação	17
3.2. Procedimentos	17
3.3. Instrumentos	18
3.4. Caracterização sociodemográfica	20
3.5. Caracterização profissional	21
3.6. MBI – Maslach Burnout Inventory	23
3.6.1. Validação das qualidades psicométricas do MBI	23
Capítulo 4. Análise dos dados	27
4.1. Indicadores do burnout e variáveis sociodemográficas nos enfermeiros e médicos	30
4.2. Indicadores do burnout e variáveis profissionais nos enfermeiros e médicos	31
4.3. Relação entre as variáveis e os indicadores de burnout	33
4.3.1. Preditores da Exaustão Emocional	34
4.3.2. Preditores da Despersonalização	35
4.3.3. Preditores da Realização Pessoal	36
Capítulo 5. Teste das hipóteses	39
Capítulo 6. Discussão dos resultados	43
Capítulo 7. Limitações do estudo	47
Conclusões	49
Referências Bibliográficas	51
Anexos	57
Anexo A: Consentimento informado	57
Anexo B: Questionário	59
Anexo C: Pedido de colaboração (exemplo)	63
Anexo D: Pressupostos da RLM	65

Figuras e Quadros

Figura 1.1: Dimensões do burnout (Maslach & Jackson, 1981).	4
Figura 3.1: Pontos de corte do MBI (Benevides-Pereira, 2002).	19
Figura 3.2: Scores médios do Maslach Burnout Inventory (Marôco et al., 2016).	19
Figura 3.3: Número de enfermeiros e médicos participantes por distrito.	20
Figura 3.4: Percentagem de participantes por sexo e categoria profissional.	21
Figura 3.5: Local de trabalho dos participantes.	22
Figura 3.6: Teste de KMO e Bartlett.	23
Figura 3.7: Variância total explicada dos 22 componentes.	24
Figura 3.8: Matriz rodada de componentes.	24
Figura 4.1: Evolução dos níveis do burnout (2011-2021).	27
Figura 4.2: Evolução dos indicadores do burnout (2005-2021).	28
Figura 4.3: Níveis de burnout por distrito.	31
Figura 4.4: Análise multivariada entre os distritos e os indicadores de burnout.	31
Figura 4.5: Correlação bivariada entre as variáveis: idade, anos na organização e anos na função.	33
Figura 4.6: Modelos para a regressão linear múltipla.	34
 Quadro 2.1: Fatores de risco e fatores protetores.	 11
Quadro 2.2: Estudos Nacionais do Burnout em Profissionais de Saúde (uso do MBI).	14
Quadro 3.1: Caracterização sociodemográfica dos participantes.	20
Quadro 3.2: Características profissionais dos participantes.	21
Quadro 3.3: Consistência interna (alfa de Cronbach) do instrumento MBI.	24
Quadro 4.1: Média ($\pm$) e distribuição dos níveis de burnout de enfermeiros e médicos.	27
Quadro 4.2: Média e desvio-padrão para as subescalas do MBI.	28
Quadro 4.3: Casos extremos – Burnout total e sem burnout.	29
Quadro 4.4: Média e desvio-padrão para as variáveis percepções no contexto de trabalho.	29
Quadro 4.5: Indicadores de burnout nas variáveis sociodemográficas e análise multivariada.	30
Quadro 4.6: Indicadores de burnout nas variáveis profissionais e análise multivariada.	32
Quadro 4.7: Modelo de regressão linear para a VD – Exaustão Emocional.	34
Quadro 4.8: Modelo de regressão linear para a VD – Despersonalização.	35
Quadro 4.9: Modelo de regressão linear para a VD – Realização Pessoal.	36

Introdução

Os primeiros casos do novo coronavírus SARS-CoV-2, também conhecido como COVID-19 foram identificados em Wuhn, província de Huei na China, no final de 2019, e desde então, o número de novos casos tem aumentado de dia para dia em todo o mundo. Em 11 de Março de 2020, a Organização Mundial de Saúde decretou pandemia global. A rápida disseminação da pandemia colocou uma pressão considerável no bem-estar físico, social, económico e mental de quase toda a população, principalmente nos profissionais de saúde que estão envolvidos no combate à pandemia.

Durante a pandemia COVID-19 é provável que o burnout nos profissionais de saúde aumente devido ao aumento da carga de trabalho na prestação de serviços de saúde em todos os sistemas de saúde. O burnout nos profissionais de saúde tem recebido especial atenção nos últimos anos, porque é associado a consequências negativas tanto para o profissional como para o setor de saúde como um todo. A síndrome de burnout tem sido um dos problemas de saúde mental mais discutidos na sociedade moderna, e com os crescentes desafios socioeconómicos, as pessoas sofrem uma pressão cada vez maior no seu dia-a-dia.

Um dos principais motores para o bom funcionamento das organizações são os recursos humanos, e para desempenharem um papel não só eficaz, como eficiente, a gestão destes recursos deve ter em conta o seu bem-estar e criar as condições benéficas para os desenvolver, adaptando-se às rápidas mudanças. Para um conhecimento da realidade atual é importante identificar os níveis de burnout a que estes profissionais estão expostos, e analisar os principais fatores que contribuem para a variação destes níveis. O último estudo com a avaliação dos níveis de burnout dos enfermeiros e médicos foi publicado em 2016, e revela que entre 2011 e 2013, 21,6% dos profissionais de saúde apresentaram burnout moderado e 47,8% burnout elevado. Será que o burnout nos enfermeiros e médicos aumentou durante a pandemia COVID-19? Qual a relação entre o burnout e as dimensões sociodemográficas e profissionais? Quais as características que influenciam os níveis de burnout?

Através deste estudo é possível adquirir conhecimento sobre a atual situação, permitindo desenvolver políticas de gestão de recursos humanos e de bem-estar no trabalho mais precisas, com o objetivo de estimular comportamentos e ambientes positivos nas organizações, tornando-as mais eficientes e eficazes, assim como apoiar e orientar as instituições governamentais e de saúde, na tomada de decisões relativas à prevenção do burnout e do desenvolvimento positivo dos seus recursos humanos, de modo a melhorar não só as condições dos seus profissionais, assim como o setor de saúde como um todo.

A síndrome de Burnout

1.1. Evolução histórica do conceito do burnout

O uso do termo burnout tem sido pouco consistente, dando origens a diferentes definições que muitas vezes, se referem ao mesmo fenómeno (Silva, 2017). Os primeiros estudos sobre burnout surgiram nos Estados Unidos, na década de 70, pelo professor e psicanalista, Herbert Freudenberger. A origem deste conceito emergiu de um problema social, em que alguns dos voluntários jovens, idealistas e motivados que trabalhavam numa clínica comunitária que tratava o abuso de drogas ilícitas, experienciaram num curto período de tempo: falta de energia, perda de motivação, de compromisso, sinais depressivos e menos preocupação com os utentes. Para descrever esse estado mental particular de exaustão, Freudenberger, utilizou a palavra que estava a ser usada para se referir aos efeitos do abuso de drogas ilícitas: "burnout" (Freudenberger, 1974). O investigador observou ainda que ao longo do tempo, os sintomas pioraram, ficando mais acentuados e associados a sentimentos de culpa e à diminuição da autoestima. Assim, o autor, descreveu o burnout como um estado de exaustão física e emocional causado pela vida profissional.

No final dos anos 70 e início dos anos 80, Maslach e Leiter, iniciaram os seus contributos para esta temática com estudos sobre o burnout. Estas autoras, realçam a incidência da síndrome em profissionais cuja atividade profissional é focada no contacto com as pessoas (Santos, 2015; L. Heinemann & T. Heinemann, 2017). As investigadoras definem o burnout como um processo de resposta a agentes de stress crónicos, emocionais e interpessoais que decorrem da atividade profissional, e assentam em três dimensões: a exaustão emocional, a despersonalização/cinismo e a redução da realização pessoal (Maslach et al., 2001). Realçam ainda, a existência de uma relação muito forte entre o burnout e o clima da organização, e que esta síndrome resulta das características do ambiente social da organização em que o trabalhador desempenha as suas funções profissionais (Maslach & Leiter, 1999).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019, passou a incluir na lista de doenças o burnout, como um estado de esgotamento físico e mental causado pelo exercício de uma atividade profissional. A integração do burnout na classificação internacional de doenças da OMS, entra em vigor a partir de 1 de janeiro de 2022, e surge na secção relacionada aos problemas associados ao emprego e desemprego, sendo descrito como “uma síndrome resultante do stress crónico no trabalho que não foi gerido com êxito, e caracteriza-se por três dimensões: sentimento de exaustão ou falta de energia, cinismo ou sentimentos negativos ligados ao trabalho, e eficácia profissional reduzida” (World Health Organization [WHO] , 2019). Para a OMS, o burnout é considerado um fenómeno do trabalho, e não uma condição médica.

1.2. Dimensões da síndrome de burnout de Maslach e Jackson

A síndrome do burnout é um fenómeno complexo, muitas vezes associada ao stress prolongado que afeta o bem-estar dos profissionais de saúde e a qualidade do atendimento prestado (Dalmolin et al., 2014). O estudo de Maslach e Jackson (1981) fez uma grande contribuição para área da psicologia, desenvolvendo uma abordagem em três dimensões para analisar e classificar a síndrome de burnout: a exaustão emocional, a despersonalização e a diminuição da realização pessoal (Maslach & Jackson, 1981; Schaufeli et al., 2018), e segundo as autoras, o burnout manifesta-se simultaneamente pelas três dimensões.

A exaustão emocional corresponde à noção de esforço, visto que tem sido associada à sensação de cansaço e desgaste emocional (Maslach & Jackson, 1981). Assim, a exaustão emocional está associada ao desgaste psicológico e fisiológico, e ocorre na forma de falta de energia e a sensação de que os recursos emocionais se esgotaram. A despersonalização corresponde à noção de lidar/enfrentar: em despersonalização, o indivíduo tenta travar o esgotamento da energia emocional tratando os outros como objetos ou números em vez de pessoas (Kahill, 1988; Maslach & Jackson, 1981). A realização pessoal é a competência e os sentimentos internos de realização (Dinibutun, 2020), e corresponde ao aspeto da autoeficácia e, portanto, relacionada ao ajuste a situações exigentes (Bandura, 1986).



Figura 1.1: Dimensões da síndrome do burnout (Maslach e Jackson, 1981)

Ou seja, a dimensão exaustão emocional captura o problema da falta de energia suficiente para fazer uma contribuição útil e duradoura no trabalho, mas é a dimensão da despersonalização que capta a dificuldade em lidar com outras pessoas e atividades no trabalho. E a eficácia profissional captura a autoavaliação que as pessoas fazem sobre o seu trabalho e à qualidade do seu contributo (Leiter & Maslach, 2016).

1.2.1. Escalas de avaliação da síndrome de burnout: MBI

Na literatura existem vários instrumentos para medir a síndrome do burnout e o grau em que afeta o indivíduo, porém, o MBI - Maslach Burnout Inventory é o que surge com maior destaque na avaliação da síndrome do burnout e o mais usado em vários estudos sobre o burnout em profissionais de saúde. A escala de Maslach é constituída por três dimensões, e embora alguns autores utilizem uma única pontuação de burnout, os autores originais desta escala alertam para o conceito original da escala em que o burnout deve ser avaliado através das três dimensões, e que ignorar os aspetos centrais das dimensões poderá resultar num diagnóstico enviesado (Maslach et al., 2016; Maslach et al., 2017).

1.3. Modelos explicativos do burnout

Não existe um consenso na literatura quanto à definição de modelos explicativos do burnout, no entanto, alguns autores (Carlotto, 2001; Dutra-Thomé et al., 2014) dividem as conceções teóricas em quatro grupos: clínica e individual, psicossocial, organizacional e socio-histórica. A abordagem clínica e individual realça que o burnout pode ser explicado, tratado e prevenido com base em modelos de stress laboral, com menor ênfase nas condições e organização do trabalho (Jacques, 2003; Dutra-Thomé et al., 2014). A abordagem psicossocial é associada à perspetiva de Maslach, et al. (2001), que possibilitou a realização de avaliações psicométricas do fenómeno e conferiram às investigações um carácter de maior rigor científico (Carlotto, 2011). A abordagem organizacional foi impulsionada pelos trabalhos de Cherniss (1980) e reforça a importância das características do contexto organizacional (sobrecarga de trabalho, conflito de papéis, falta de saúde organizacional, a estrutura física e/ou emocional, a cultura e o clima organizacionais) e às estratégias de coping adotadas (Leite, 2007). Por último, a abordagem socio-histórica realça para além das características organizacionais ou individuais, o impacto da sociedade como determinante na síndrome do burnout, por exemplo, numa sociedade individual e competitiva, o ser humano acaba por desinteressar-se em ajudar o outro, contribuindo para o desinvestimento em relação ao trabalho, uma das principais características do burnout (Dutra-Thomé et al., 2014).

Na literatura existem várias teorias que procuram explicar e analisar a síndrome de burnout. A maioria é baseada na teoria do stress de Hans Selye, e abordam o conceito do ponto de vista da interação da pessoa com as características do trabalho (Grover et al., 2018). A **teoria do ajuste indivíduo-ambiente**, uma das teorias destacadas na literatura, defende que a interação entre as características do indivíduo e do ambiente organizacional influenciam-se entre si, e com base nesta teoria Maslach, et al. (1997) formularam um modelo de burnout centrado no grau de ajustamento, ou desajustamento, entre os aspetos individuais e os aspetos do ambiente organizacional. Quanto maior o desajustamento entre a pessoa e o trabalho, maior a probabilidade de burnout, e quanto maior o ajuste, maior a probabilidade de compromisso com o trabalho. Essas características individuais associadas às características do ambiente e às do trabalho deram origem aos fatores multidimensionais da síndrome: exaustão emocional, despersonalização, e baixa realização pessoal (Cherniss, 1980; WHO, 1998; Maslach & Jackson, 1981).

Um dos modelos mais recente sobre o desenvolvimento do burnout é o **modelo de exigências-recursos do trabalho (JD-R)**. Neste modelo, Demerouti, et al. (2001) classificam em duas categorias gerais os fatores de risco específicos do trabalho associados ao stress: as exigências e os recursos do trabalho, que se referem a aspetos físicos, psicológicos, sociais ou organizacionais do trabalho. As exigências do trabalho associam-se a consequências fisiológicas e psicológicas, porque requerem esforço físico ou mental. E os aspetos funcionais do trabalho para atingir os objetivos laborais, diminuir o impacto negativo das exigências do trabalho e desenvolver-se a nível pessoal, são considerados os recursos do trabalho (Demerouti et al., 2001).

Assim, o modelo JD-R defende que o burnout desenvolve-se como resultado das exigências do trabalho que levam à exaustão, e à falta de recursos que dificulta o cumprimento das tarefas. Quando as exigências são elevadas e os recursos limitados, surgem nos indivíduos sintomas de burnout (Demerouti et al., 2001), ou seja, é o reflexo de um processo contínuo de sentimentos de inadequação em relação ao trabalho e à falta de recursos para realizar esse trabalho (Ferreira & Lucca, 2015).

O modelo **equilíbrio esforço-recompensas** (Siegrist, 1996) é também referido na literatura e afirma que a falta de reciprocidade entre os custos e os ganhos, ou seja, grandes esforços com baixas recompensas, definem um estado de sofrimento emocional com reações de tensão, especialmente quando existe pouca estabilidade no emprego, mudanças forçadas, mobilidade descendente ou falta de perspectivas de promoção profissional (Bakker et al., 2008).

1.4. Consequências e impacto do burnout

O burnout interfere a nível social, pessoal e organizacional (Benevides-Pereira, 2002; Cooper et al., 2001), provocando consequências negativas na qualidade de vida no trabalho e na deterioração da qualidade da vida pessoal.

Gil-Monte e Peiró (1997) dividem as consequências do burnout em duas categorias: as consequências para o indivíduo e para a organização. Nas consequências individuais, os autores definem quatro indicadores, em primeiro lugar, os indicadores emocionais, como o uso de mecanismos de distanciamento emocional, sentimentos de solidão, alienação, ansiedade, de impotência ou onipotência. Em segundo lugar, indicadores atitudinais como o desenvolvimento de atitudes negativas, cinismo, apatia, hostilidade e suspeita. Em terceiro, indicadores comportamentais como agressividade, isolamento, mudanças repentinas de humor, raiva, gritaria e irritabilidade. Por último, os indicadores somáticos, como alterações cardiovasculares (dor no peito, palpitações, etc.), problemas respiratórios (crises de asma, falta de ar, etc.), problemas imunológicos (maior frequência de infeções, alergias, etc.), problemas sexuais, musculares (dores de costas, fadiga, rigidez muscular, etc.) digestivos (úlceras, náuseas, diarreias, etc.), e alterações no sistema nervoso (Oliveira, 2008).

Em relação às consequências para a organização, Gil-Monte e Peiró (1997) apontam para os seguintes problemas: diminuição da qualidade do atendimento, baixa satisfação laboral, absentismo laboral elevado, tendência ao abandono do posto de trabalho/organização, diminuição do interesse e esforço na realização de tarefas laborais, aumento de conflitos interpessoais com colegas, utentes e supervisores, uma diminuição da qualidade de vida profissional dos trabalhadores e, por último, o aumento dos custos na organização.

Maslach, Jackson e Leiter (1997), apresentaram a síndrome de burnout como resultado das exigências profissionais, sendo a sobrecarga de trabalho e o conflito pessoal as exigências principais. O resultado deste processo, segundo este modelo, traduz-se pela diminuição do empenho e qualidade na organização, o aumento do absentismo, o aumento da rotatividade e de doença física (Maslach et al., 1997). Como consequência do burnout, os indivíduos distanciam-se do ambiente organizacional e familiar e vivenciam incompatibilidades nas relações interpessoais, sendo necessário agir a nível individual e organizacional (Dinibutun, 2020; Benevides-Pereira, 2002).

O burnout pode ainda reduzir a qualidade do desempenho profissional, aumentando a probabilidade de erro médico (Grover et al., 2018; Marôco et al., 2016), desenvolver conflitos interpessoais, diminuir a satisfação com o trabalho (Maslach & Jackson, 1981), aumentar o consumo de álcool, ou levar ao abandono do trabalho (Leiter & Maslach, 2004).

CAPÍTULO 2

Burnout nos enfermeiros e médicos

Os primeiros estudos sobre o burnout incidem sobre profissões ligadas à prestação de cuidados, identificando-as como funções com maior risco de desenvolver o burnout. Os profissionais de saúde são um exemplo, que, pelas suas condições de trabalho específicas e exigentes potencializam o desenvolvimento de burnout, provocando consequências negativas na saúde (Gonçalves et al., 2019).

Entretanto, com a pandemia causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 surgiram alterações na sociedade e em todas organizações governamentais e não governamentais. Tratando-se de uma emergência de saúde pública, as instituições de saúde sofreram uma grande pressão nas prestações de serviço afetando todos os profissionais deste setor e consequentemente um risco agravado de desenvolver burnout.

2.1. Variáveis sociodemográficas e a síndrome do burnout

No que concerne aos fatores de risco para o desenvolvimento do burnout, a literatura indica quatro dimensões: a organização, o indivíduo, o trabalho e a sociedade (WHO, 1998; Trigo et al., 2007).

Os estudos revelam uma associação entre as características sociodemográficas e a síndrome de burnout. **O sexo, a idade, e as habilitações literárias** (Tarcán et al., 2017; Martins, 2017; Silva et al., 2015) são em muitos estudos, fatores positivamente associados ao burnout, sendo que os profissionais mais jovens são mais propensos a desenvolver burnout (Maslach et al., 2001; Marôco et al., 2016; Shanafelt et al., 2009; Vala et al., 2017). Alguns autores observaram ainda que o sexo feminino apresenta níveis mais elevados na exaustão emocional e o sexo masculino na despersonalização (Gil-Monte, 2002; Maslach & Jackson, 1981; Benevides-Pereira, 2002; Houkes et al., 2011).

No que respeita a **ter filhos**, alguns estudos indicam que os profissionais com filhos têm níveis elevados na dimensão exaustão emocional (Gonçalves et al., 2019; Shanafelt et al., 2009), no entanto, outros estudos mostram que profissionais com filhos apresentam níveis mais baixos em todas as três dimensões quando comparados com os sem filhos (Maslach et al., 2001; Benevides-Pereira, 2002; Ferreira & Lucca, 2015). Quanto ao **estado civil**, alguns autores verificam que os indivíduos solteiros, viúvos e divorciados apresentam maior predisposição para o desenvolvimento da síndrome do burnout em comparação com os casados (Garcia, 1990; Tarcán et al., 2017; Maslach, 2001; Santos, 2015), porque segundo Maslach e Jackson (1985) a existência da família é considerada um fator protetor do burnout. **O distrito/região** pode também influenciar o nível de burnout (Marôco et al., 2016).

2.2. Variáveis profissionais e a síndrome do burnout

As características profissionais influenciam os trabalhadores e algumas estão diretamente associadas à síndrome de burnout. Maslach e Leiter (1999) identificam seis fatores envolvidos na síndrome de burnout através do modelo do contexto organizacional: a carga de trabalho, o controlo, a recompensa, a comunidade, a justiça e valores. A carga de trabalho elevada aliada à percepção da falta de recursos e suporte organizacional são fatores que estão associados a níveis de síndrome elevados, na dimensão exaustão emocional (Tamayo & Tróccoli, 2002; Carolina, 2010).

Vários estudos demonstram que o **trabalho por turnos**, para além de se associar a manifestações físicas, também implica consequências emocionais (Benevides-Pereira, 2002) e segundo Santos (2015), trabalhadores com horários rotativos, apresentam maiores níveis de despersonalização em comparação com os trabalhadores em horário fixo. Embora não exista consenso relativamente ao **número de horas de trabalho**, Varoli e Sousa (2004), Shanafelt, et al. (2009) e Carlotto (2011) observam uma associação com a síndrome do burnout, apesar de que no estudo de Queirós (2005) não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os que trabalham mais horas e os que trabalham menos horas.

Quanto ao **tempo de profissão**, os autores observam uma incidência superior em profissionais mais jovens (Shanafelt et al., 2009; Fuente et al., 2015), considerando a pouca experiência profissional ou mesmo o pouco **tempo de trabalho na organização**. Quanto às recompensas, alguns autores defendem que a falta de **reconhecimento financeiro ou social**, e a desvalorização do seu trabalho, associa-se a sentimentos de ineficácia e consequentemente ao desenvolvimento da síndrome de burnout (Shanafelt et al., 2009).

Os profissionais que sentem que não estão a ser reconhecidos pelo seu trabalho estão também mais sujeitos a desenvolver burnout, e esta falta de reconhecimento desvaloriza tanto o trabalho como os profissionais (Maslach, 1998; Leiter & Maslach, 2000). Também as **más condições de trabalho** (Marôco et al., 2016) e a falta de recursos (Chemali et al., 2019) organizacionais e de recursos humanos especializados podem provocar uma pressão e um desequilíbrio entre as tarefas e os recursos disponíveis (Marques et al., 2018). As **tarefas administrativas e burocráticas** que aumentam o número de horas de trabalho (Yates, 2020; Medscape, 2019; Veloso, 2020) conduzem à insatisfação e consequentemente, ao aparecimento do burnout. O **tipo de instituição** pública ou privada (Cruz et al., 2018) parece também influenciar os níveis de burnout.

Não existe um consenso relativamente ao **vínculo com a organização**, Sá (2002) e Sousa (2018) revelam que os profissionais nos quadros apresentam níveis mais elevados na despersonalização, porém, segundo Maslach, et al. (2001), indivíduos com contratos de trabalho menos estáveis estão sujeitos a maiores níveis de burnout devido à fragilidade da relação de trabalho com a instituição, e que quanto maior a estabilidade menor o nível de burnout (Santos, 2015) e de despersonalização (Loureiro et al., 2008).

Maslach refere que as três dimensões da síndrome de burnout estão relacionadas com as variáveis do contexto laboral de formas distintas. A exaustão emocional e a despersonalização resultam do conflito social e da sobrecarga de trabalho, enquanto a baixa realização pessoal surge da falta de recursos para desempenhar o trabalho com qualidade.

Quadro 2.1: Fatores de risco e fatores protetores.

	Fatores de risco	Fatores protetores
Individuais	Sexo (feminino mais exaustão emocional e masculino mais despersonalização) Grau académico superior Filhos	Idade (mais velhos) Autoeficácia Estado civil (casados)
Organizacionais	Burocracia Falta de reconhecimento Falta de autonomia Mudanças organizacionais frequentes Ambiente físico Conflitos Escassez de Recursos (Falta de equipamentos de proteção) Condições de trabalho inadequadas	Satisfação no trabalho Comunicação eficiente/clara Apoio organizacional
Sociais	Prestígio/Reconhecimento social	Suporte social e familiar
Profissionais	Sobrecarga e pressão no trabalho Expetativas profissionais Trabalho por turnos ou noturno Ambiguidade/conflito de papéis Remuneração Insatisfatória Excesso de horas de trabalho Tempo de profissão Tempo de instituição	Antiguidade (mais jovens têm maior risco de desenvolver burnout) Vínculo de trabalho

2.3. Desafios inerentes da pandemia COVID-19

O surgimento da pandemia COVID-19 provocou rápidas mudanças na rotina de toda a população, como os períodos de quarentena obrigatórios e isolamento social, o encerramento de serviços e escolas, o teletrabalho obrigatório, o desenvolvimento do receio de contágio, preocupação com amigos e familiares que moram longe, instabilidade e insegurança (Hamouche, 2020). Para os profissionais de saúde, novos desafios como a mortalidade elevada, o uso de equipamentos de proteção individual, a pressão inerente ao sentido profissional de dever para com os doentes, o medo do contágio, os dilemas éticos profundos do acesso a ventiladores e outros materiais essenciais (Serrão & Duarte, 2020), as novas políticas e procedimentos, o stress da equipa e dos pacientes (Wu et al., 2020), os cuidados infantis e o equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal (Kannampallil et al., 2020). Os enfermeiros e médicos são os profissionais que têm maior contacto com os doentes COVID-19, e ao serem responsáveis por tratar estes doentes e se posicionarem na linha da frente, correm maior risco sendo afetados negativamente por problemas físicos, mentais e sociais devido aos problemas que surgem no ambiente de trabalho.

Alguns estudos realizados sobre o impacto psicológico em surtos infecciosos mostraram que a prevalência da ansiedade, depressão e burnout foi alta durante e após surtos pandémicos identificando como fatores de risco, o ser mais novo (Barreto, 2020), ter menos experiência e o sexo feminino. O maior número de contactos com pacientes com SARS, estava relacionado com uma maior exaustão emocional, podendo ser, segundo Marjanovic, et al. (2017) atenuado pelo apoio organizacional.

Alguns autores observaram através de estudos realizados durante a pandemia COVID-19, que o nível de burnout era menor nos profissionais de saúde que tratavam diretamente os doentes infetados quando comparado com os profissionais que não estavam diretamente em contacto com os doentes COVID-19 (Dinibutun, 2020; Wu et al., 2020), sugerindo que os médicos e enfermeiros envolvidos contra o COVID-19 possuem um alto senso de controlo e significância que resulta numa elevada satisfação com o trabalho e, demonstraram ainda que o sentimento de realização pessoal foi maior ao enfrentarem os resultados imediatos dos seus cuidados com as pessoas infetadas pelo COVID-19 (Dinibutun, 2020).

De Brier, et al. (2020) descobriram que o apoio organizacional e social, a comunicação clara e o desenvolvimento de um senso de controle foram fatores na mitigação de resultados adversos de saúde mental entre profissionais de saúde durante epidemias. Vários relatórios sugeriram que o apoio organizacional imediato é necessário para enfrentar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na linha da frente, incluindo os estagiários (Kannampallil et al., 2020). O apoio inclui necessidades básicas, disponibilidade de equipamentos de proteção individual, apoio para creches e apoio institucional psicossocial e de saúde mental. Esses esforços devem ser combinados, segundo Kannampallil (2020), com esforços de comunicação focados e diretos para promover a discussão do sofrimento e dos recursos para abordar o bem-estar. A integração de programas e iniciativas de bem-estar nos “Centros/Zonas COVID-19”, a disponibilidade de recursos e apoio psicológico anónimo e, a prevenção do encerramento de programas de bem-estar existentes são considerados essenciais para proteger o bem-estar da força de trabalho no setor da saúde (Kannampallil et al., 2020; Dzau et al., 2020).

A maioria dos especialistas na área concorda que as intervenções para abordar o burnout também devem ter em consideração o sistema político-económico, porque existem sérias preocupações nos centros médicos devido ao cancelamento e/ou adiamento dos procedimentos, e clínicas/hospitais fechados, que podem dificultar medidas como, adicionar suporte auxiliar para reduzir tarefas não médicas, intervenções destinadas a melhorar os fluxos de trabalho clínicos ou agilizar as interações com sistemas de registos eletrónicos de saúde (Kannampallil et al., 2020; Dzau et al., 2020).

Um estudo comparativo entre os primeiros meses de 2019 e os primeiros meses de 2021 realizado num dos hospitais portugueses (Jornal de Notícias, 2021) revelou que o absentismo laboral aumentou 33%, e nos enfermeiros o aumento foi de 70%. O estudo aponta o isolamento profilático, o fecho das escolas, a doença COVID-19 e a saúde mental como alguns dos motivos apontados pelos profissionais para o absentismo laboral. Para além do aumento da taxa de absentismo, aumentou também a percentagem dos dias de férias para gozar, promovendo o aumento do burnout.

2.4. Evidência científica do burnout nos enfermeiros e médicos em Portugal e formulação das hipóteses de investigação

Existe um número reduzido de estudos em Portugal sobre o burnout nos serviços de saúde que integrem na amostra, enfermeiros e médicos. Existem alguns estudos sobre a amostra pretendida, no entanto, apenas foi realizado um estudo de âmbito geral a nível nacional com os enfermeiros e médicos, e dois estudos comparativos da síndrome de burnout entre enfermeiros e médicos.

Um estudo realizado em 2013 em quatro hospitais da cidade do Porto, verificou que o género, a idade, os anos de experiência na função, a satisfação no trabalho e a interação trabalho/casa foram preditores significativos da incidência de burnout nos enfermeiros (Queirós et al., 2013). O estudo publicado, em 2016, o na Ata Médica Portuguesa, sobre a prevalência do burnout em profissionais de saúde portugueses a nível nacional, verificou que entre 2011 e 2013, 21,6% dos profissionais de saúde apresentaram burnout moderado e 47,8% burnout elevado, indicando o distrito/região, o tempo de exercício na função, e as condições de trabalho como preditores significativos desta ocorrência (Marôco et al., 2016). O estudo realizado por Dias (2012), a enfermeiros e médicos do Serviço de Urgência mostrou diferenças significativas entre estes grupos profissionais nas dimensões da exaustão emocional e despersonalização, sendo maior nos enfermeiros do que nos médicos (Dias, 2012). Um estudo sobre o burnout na classe médica portuguesa publicado em 2017, revelou que 66% dos médicos portugueses experienciavam exaustão elevada, 39% elevada despersonalização e 30% diminuição na realização pessoal (Vala et al., 2017).

Relativamente ao burnout durante a pandemia em Portugal, um dos estudos realizados a profissionais de saúde (97,5% enfermeiros e médicos) com a utilização do MBI, identifica que 54,6% apresenta uma diminuição da realização pessoal, 33,7% um elevado nível de despersonalização e 58,2% uma elevada exaustão emocional (Ferreira & Gomes, 2021). Este estudo aponta a resiliência como um fator determinante no combate a este fenómeno.

No Quadro 2.2. são apresentados os valores médios dos indicadores de burnout referidos em alguns estudos realizados em Portugal com a utilização do MBI:

Quadro 2.2: Estudos Nacionais do Burnout em Profissionais de Saúde (uso do MBI).

			Exaustão Emocional		Despersonalização		Realização Pessoal	
*		N	Média	DP	Média	DP	Média	DP
M	Horta (2005)	72	20,00	9,658	6,90	4,905	39,20	5,267
P	Silva (2008)	46	17,81	9,84	2,81	3,27	40,12	5,46
E	Rabaça (2008)	120	19,02	10,67	3,88	6,98	35,86	3,42
P	Cumbe (2010)	46	20,89	9,95	3,28	4,28	37,11	7,78
E	Dias (2012)	164	21,5	-	7,7	-	34,7	-
E	Simões (2012)	209	19,1	9,726	4,9	4,417	38	5,438
E	Oliveira e Pereira (2012)	25	19,60	10,68	5,36	4,26	38,92	4,36
M	Leitão (2013)	134	17,45	10,18	4,83	4,78	38,31	6,25
P	Silva, et al. (2015)	258	17,55	-	4,1	-	36,8	-
P	Ferreira e Gomes (2021)	196	28,44	8,83	11,11	4,78	30,32	6,36

*P- Profissionais de saúde, incluindo Enfermeiros e Médicos; E- Enfermeiros; M- Médicos.

Observa-se uma escassez de estudos que integrem enfermeiros e médicos a nível nacional. Esta escassez poderá ser explicada pelos custos associados à elaboração dos estudos, e à possibilidade de existir ainda algum constrangimento associado à temática (Martins, 2017).

Após uma extensa revisão bibliográfica e com o objetivo de comparar os resultados através da amostra recolhida com os estudos realizados anteriormente, assim como obter uma melhor compreensão do fenómeno, é esperado que:

A) Sexo (vs. masculino)

H1a: O sexo feminino está associado a maiores níveis de exaustão emocional.

H1b: O sexo feminino está associado a menores níveis de despersonalização.

B) Idade

H2a: Profissionais mais velhos apresentam níveis mais baixos no indicador exaustão emocional.

H2b: Profissionais mais velhos apresentam níveis mais baixos no indicador despersonalização.

H2c: Profissionais mais velhos apresentam níveis mais elevados no indicador realização pessoal.

C) Casados/União de facto (vs. não casados)

H3a: Profissionais com companheiro/a apresentam níveis menores em exaustão emocional.

H3b: Profissionais com companheiro/a apresentam níveis menores na despersonalização.

H3c: Profissionais com companheiro/a apresentam níveis maiores na realização pessoal.

D) Filhos

H4a: Os profissionais com filhos apresentam níveis menores na exaustão emocional.

H4b: Os profissionais com filhos apresentam níveis menores na despersonalização.

H4c: Os profissionais com filhos apresentam níveis maiores na realização pessoal.

E) Categoria Profissional

H5a: Os enfermeiros apresentam maiores níveis de exaustão emocional que os médicos.

H5b: Os enfermeiros apresentam maiores níveis de despersonalização que os médicos.

H5c: Os enfermeiros apresentam menores níveis de realização pessoal que os médicos.

F) Doentes COVID-19

H6a: Os médicos e enfermeiros envolvidos diretamente no combate ao COVID-19 apresentam menores níveis de exaustão emocional.

H6b: Os médicos e enfermeiros envolvidos diretamente no combate ao COVID-19 apresentam menores níveis de despersonalização.

H6c: Os médicos e enfermeiros envolvidos diretamente no combate ao COVID-19 apresentam maiores níveis de realização pessoal.

G) Horário rotativo (vs. fixo)

H7a: Trabalhadores por turnos apresentam maiores níveis de exaustão emocional.

H7b: Trabalhadores por turnos apresentam maiores níveis de despersonalização.

H) Efetivo (vs. não efetivo)

H8: Trabalhadores com contrato de efetividade apresentam menores níveis de despersonalização.

I) Distritos

H9: Existem diferenças significativas entre distritos nos níveis de burnout dos profissionais.

J) Satisfação das condições de trabalho

H10a: A satisfação com as condições de trabalho está associada negativamente à exaustão emocional.

H10b: A satisfação com as condições de trabalho está associada negativamente à despersonalização.

H10c: A satisfação com as condições de trabalho está associada positivamente à realização pessoal.

Método da pesquisa empírica e análise da amostra

3.1. Metodologia da investigação

O estudo é de natureza quantitativa e explicativa por permitir obter uma melhor compreensão dos fatores que contribuem para a ocorrência do fenómeno do burnout através da razão e das relações de causa e efeito dos fenómenos (Gil, 1999). No entanto, não existe apenas uma única causa, mas uma relação de causalidade em termos de probabilidade e por isso, não se deve considerar os resultados como absolutamente verdadeiros (Mattar, 2001).

A análise dos dados irá recorrer a um conjunto de técnicas de análise de dados multivariados. As análises descritivas serão utilizadas para o cruzamento entre os indicadores de burnout com as variáveis que representam as características da amostra, como as variáveis sociodemográficas e profissionais. A técnica de regressão linear múltipla será aplicada para descrever a relação entre os indicadores de burnout e as variáveis independentes – indicadores do burnout.

A amostragem foi efetuada pelo método não probabilístico de bola-de-neve (*snowball*), onde os participantes iniciais foram convidados a partilhar o questionário com outros colegas da profissão. O questionário utilizado como a técnica para a recolha dos dados foi construído de forma estruturada e apenas com perguntas fechadas para permitir uma maior facilidade na análise dos dados.

Os dados recolhidos foram processados no programa estatístico IBM SPSS Statistics v.26.

3.2. Procedimentos

A solicitação para participar no presente estudo foi divulgada a enfermeiros e médicos de Portugal Continental e Regiões Autónomas dos Açores e Madeira, através das instituições e entidades de saúde que aceitaram colaborar no projeto e através dos grupos nas redes sociais destes grupos profissionais.

Foram enviados pedidos formais de colaboração para a divulgação (Anexo A) junto dos enfermeiros e médicos a 108 instituições de saúde (61 Hospitais, 47 Agrupamentos de Centros de Saúde), às Ordens dos Médicos e dos Enfermeiros, 4 associações e 3 sindicatos dos grupos profissionais. Alguns dos pedidos foram aprovados pelas comissões de ética das respetivas instituições, que procederam à divulgação do questionário através do e-mail institucional, porém, a maioria das instituições não respondeu aos pedidos de colaboração ou a resposta foi enviada após a conclusão da recolha dos dados do estudo. Todas as participações respeitaram os requisitos formais e éticos das respetivas instituições.

Os dados foram recolhidos através de um questionário eletrónico disponível na página web do projeto (www.burnoutnasaude.pt) entre Maio de 2021 e Julho de 2021. O questionário está dividido em quatro grupos: o **Grupo I**, relativo a dados sociodemográficos como: o sexo, a idade, o distrito/região, o ter filhos, o estado civil e o grau académico mais elevado que completou; o **Grupo II**, centrou-se em questões relacionadas com as características do trabalho: a categoria profissional, o regime de trabalho, o exercício de funções de direção, chefia ou coordenação, o tipo de vínculo, o número de anos na função e na organização, a média de horas diárias de trabalho, o tipo de horário, o local de trabalho, o setor, e o trabalho em emergência médica hospitalar; o **Grupo III**, é composto pelo Maslach Burnout Inventory - HSS, na versão portuguesa para profissionais de saúde de Marques-Pinto (2002). E por último, o **Grupo IV**, é constituído por questões relacionadas com o contexto profissional e as perceções individuais, como: o trabalho direto com pessoas infetadas com o novo coronavírus (COVID-19), o medo do contágio, os meios de proteção individuais, o tempo gasto em burocracia, a clareza da comunicação, o apoio organizacional, o reconhecimento do trabalho pela sociedade, a pressão sobre o trabalho, a renumeração, a carga de trabalho e a satisfação com as condições de trabalho.

Todos os participantes foram informados que a participação era voluntária e confidencial, através de uma declaração de consentimento informado, e avisados que poderiam desistir em qualquer momento sem justificar.

3.3. Instrumentos

O instrumento utilizado nesta investigação é o Maslach Burnout Inventory, aplicado na maioria dos estudos sobre o burnout e o primeiro a ser criado com o objetivo de avaliar a incidência da síndrome do burnout. A versão portuguesa do MBI - HSS é constituída por 22 itens que integram as três dimensões do burnout. A exaustão emocional é composta por nove itens (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20), a despersonalização é composta por cinco itens (5, 10, 11, 15 e 22) e a realização pessoal por oito itens (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21). O formato da resposta é ordinal com sete pontos de “0 – Nunca a 6- Todos os dias”.

Os 22 itens foram afetados às respetivas dimensões, obtendo-se três novas variáveis com o score de cada uma delas – Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DP), e Realização Pessoal (RP). As pontuações cumulativas máximas serão de 54, 30 e 48, respetivamente.

Não existe um consenso científico relativamente à análise dos scores por cada indicador (Tironi et al., 2016), e por esse motivo, neste estudo a identificação dos níveis de burnout foi realizada através dos valores de corte de Benevides-Pereira (2002), o ponto de corte definido para exaustão emocional é alto se mais de 25, médio quando entre 15 e 24 e baixo se menos de 14. A despersonalização foi definida como alta superior a 10, média entre 4 a 9 e baixa menor que 3. A classificação de realização pessoal foi alta se maior que 40, moderada quando entre 33 e 39 e baixa se menor que 32. Maior exaustão emocional e despersonalização contribuem para o burnout, enquanto maior realização pessoal reduz o burnout.

	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Baixo	≤ 14	≤ 3	≤ 32
Médio	15 – 24	4 – 9	33 – 39
Alto	≥ 25	≥ 10	≥ 40

Figura 3.1: Pontos de corte do MBI (Benevides-Pereira, 2002)

Depois de calcular os três indicadores de burnout, será calculado também o score global de burnout, dividido em classes seguindo a recomendação de Maslach e utilizada no estudo em profissionais portugueses de Marôco, et al. (2016), “sem burnout/burnout reduzido” para scores médios inferiores a dois, “burnout moderado” para scores médios entre 2 e 3, e “burnout elevado” para scores médios iguais ou superiores a 3. O score global do burnout será calculado através da média dos 22 itens que caracterizam as três dimensões do burnout após a inversão do indicador realização pessoal.

Burnout reduzido	≤2
Burnout moderado	2-3
Burnout elevado	≥3

Figura 3.2: Scores médios do Maslach Burnout Inventory.

Embora se calcule neste estudo o score global do burnout, a análise dos dados será focada apenas nos três indicadores de burnout, porque a utilização de um score global para um fenómeno que ocorre simultaneamente em três dimensões poderá descontextualizar os resultados, e segundo Maslach, deve-se manter o conceito original da avaliação em três dimensões. O score global apenas será utilizado para identificar o burnout reduzido, moderado e elevado, com o objetivo de comparar com estudos que utilizam uma única pontuação.

3.4. Caracterização sociodemográfica

A amostra é composta por 946 profissionais, dos quais 84% enfermeiros e 16% médicos, no Quadro 3.1 são apresentadas as características sociodemográficas da amostra, e na Figura 3.3 a distribuição por distritos.

Quadro 3.1: Caracterização sociodemográfica dos participantes.

N (%)		N (%)	Enfermeiros	Médicos
		946	795 (84%)	151 (16%)
Sexo (%)	Masculino	158 (16,7%)	114 (14,3%)	44 (29,1%)
	Feminino	788 (83,3%)	681 (85,7%)	107 (70,9%)
Idade (DP)		M= 37,52 (37,30-37,73) Moda= 25 DP= 10,837	M= 36,93 (36,72-37,13) Moda= 25 DP= 10,327	M= 40,67 (40,41-40,92) Moda= 31 DP= 12,786
Estado Civil	Solteiro	363 (38,4%)	303 (38,1%)	60 (39,7%)
	Casado ou União de facto	535 (56,6%)	453 (57%)	82 (54,3%)
	Separado ou Divorciado	43 (4,5%)	35 (4,4%)	8 (5,3%)
	Viúvo	5 (0,5%)	4 (0,5%)	1 (0,7%)
Filhos (% Sim)		439 (46,4%)	372 (46,8%)	67 (44,4%)
Habilitações académicas	Licenciatura ou Mestrado	933 (98,6%)	792 (99,6%)	141 (93,4%)
	Doutoramento	13 (1,4%)	3 (0,4%)	10 (6,6%)

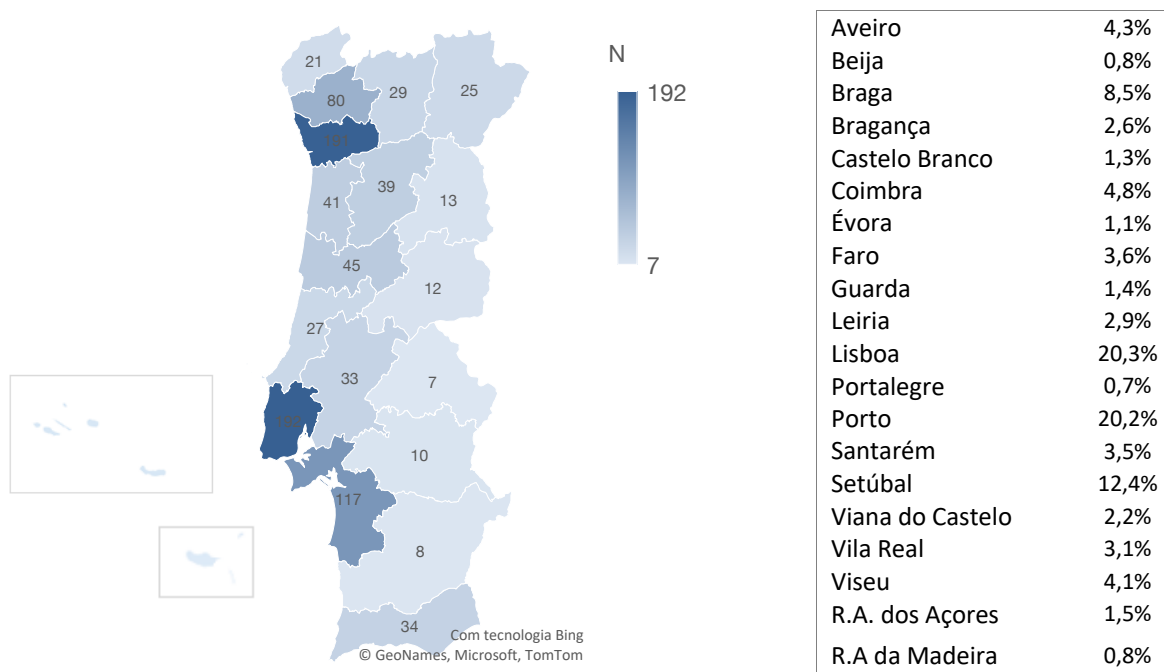


Figura 3.3: Número de enfermeiros e médicos participantes por distrito.

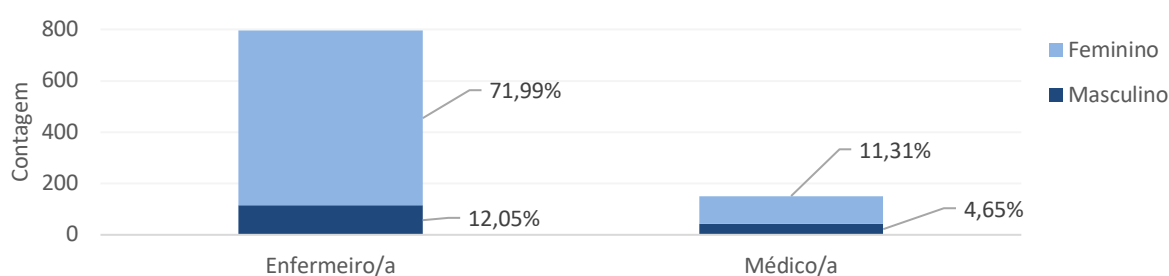


Figura 3.4: Percentagens da amostra por sexo e categoria profissional.

A média **etária** de todos os participantes é de 37 anos e a moda de 25 anos, sendo a amostra composta por 83,3% do sexo feminino e 16,7% do sexo masculino. O **estado civil** de 56,6% dos participantes é casado/a ou união de facto, e 46,4% tem **filhos**. Ao **nível da escolaridade**, 98,6% tem Licenciatura ou Mestrado e 1,4% tem Doutoramento. Relativamente ao **distrito**, Lisboa, Porto e Setúbal correspondem a 52,9% da amostra.

3.5. Caracterização profissional

Após a caracterização sociodemográfica dos participantes é necessário descrever a amostra segundo as características profissionais. No Quadro 3.2 são apresentados os resultados:

Quadro 3.2: Características profissionais dos participantes. 2021

		N (%)	Enfermeiros	Médicos
Doentes COVID-19	Sim	545 (57,6%)	445 (56%)	100 (66,2%)
	Não	401 (42,4%)	350 (44%)	51 (33,8%)
Local de trabalho	Consultório Particular	34 (3,3%)	17 (2,1%)	17 (11,3%)
	Hospital	635 (62,2%)	543 (68,3%)	92 (60,9%)
	Lares/UCC	147 (14,4%)	143 (18%)	4 (2,6%)
	UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados	71 (7%)	50 (6,3%)	21 (13,9%)
	USP – Unidade de Saúde Pública	22 (2,2%)	12 (1,5%)	10 (6,6%)
	USF – Unidade de Saúde Familiar	85 (8,3%)	58 (7,3%)	27 (17,9%)
	Outros	27 (2,6%)	27 (3,4%)	0
Setor	Público	738 (78%)	612 (77%)	126 (83,4%)
	Privado	104 (11%)	99 (12,5%)	5 (3,3%)
	Ambos	104 (11%)	84 (10,6%)	20 (13,2%)
Tipo de horário	Rotativo	591 (62,5%)	556 (69,9%)	35 (23,2%)
	Fixo	355 (37,5%)	239 (30,1%)	116 (76,8%)
Vínculo	Efetivo/Permanente	702 (74,2%)	614 (77,2%)	88 (58,3%)
	Contrato/Termo	222 (23,5%)	163 (20,5%)	59 (39,1%)
	Outros	22 (2,3%)	18 (2,3%)	4 (2,6%)
Emergência Hospitalar (Sim)		197 (20,8%)	141 (17,7%)	56 (37,1%)

Regime de trabalho	Com exclusividade	287 (30,3%)	226 (28,4%)	61 (40,4%)
	Sem exclusividade	659 (69,7%)	569 (71,6%)	90 (59,6%)
Funções de chefia	Sim, formalmente	98 (10,4%)	63 (7,9%)	35 (23,2%)
	Sim, informalmente	135 (14,3%)	114 (14,3%)	21 (13,9%)
	Não	713 (75,4%)	618 (77,7%)	95 (62,9%)
Anos na função		M= 12,91 (12,70-13,11) Mediana= 10 DP= 10,383	M= 13,14 (12,93-13,34) Mediana= 11 DP= 10,097	M= 11,67 (11,43-11,90) Mediana=6 DP=11,732
Anos na organização		M= 9,78 (7,92-11,64) Mediana=6 DP=9,302	M= 9,81 (7,98-11,65) Mediana=6 DP=9,186	M=9,63 (7,64-11,61) Mediana=5 DP=9,920
Horas diárias de trabalho		M=8,58 (8,22-8,93) Mediana=8 DP=1,770	M=8,55 (8,19-8,91) Mediana=8 DP=1,793	M= 8,71 (8,38-9,04) Mediana=8 DP=1,643

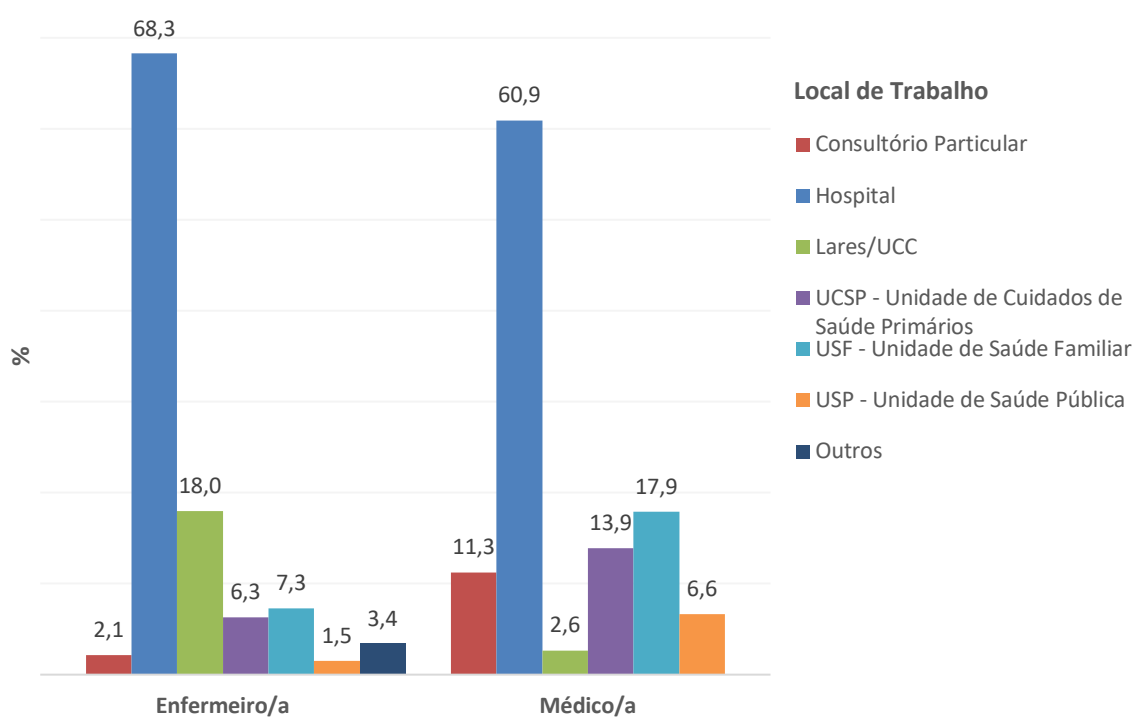


Figura 3.5: Local de trabalho dos participantes. 2021

Quanto às características do trabalho, 62,2% referem que trabalham em **Hospitais**, 3,3 % em Consultórios particulares, 7% em UCSP, 14,4% em Lares/UCC, 8,3% em USF, 2,2% em USP e 2,6 % referiram outros locais (ex: estabelecimentos prisionais, centros de vacinação, etc). No que respeita ao **setor**, 78% referiram o setor público, 11% o setor privado e 11 % ambos os setores. 30,3 % estão em **regime de exclusividade**, e 20,8% integram também a **emergência médica hospitalar**.

Quanto às **funções de chefia**, 75,4% dos participantes referiram não exercer funções, e 10,4% referiram exercer este tipo de funções formais e 14,3% de forma informal. Quanto ao **vínculo de emprego**, 74,2% são efetivos/permanentes e 23,5% são contratos a termo. A média de anos na função atual é de 12,9 anos, a média de **anos na organização** é de 9,7 anos e a média de horas diárias trabalhadas é de 8,5. De todos os participantes, 62,5% têm **horário rotativo** e 37,5% **horário fixo**.

Por último, a maioria dos participantes (57,6%) **trabalham diretamente com doentes** infetados com o COVID-19.

3.6. MBI – Maslach Burnout Inventory

3.6.1. Validação das qualidades psicométricas do MBI

A análise das qualidades psicométricas do MBI foi realizada com recurso à análise fatorial exploratória. Utilizou-se também o teste de esfericidade de KMO e Bartlett, o teste de esfericidade de Bartlett testa a hipótese de que as variáveis não são correlacionadas na população e indica se existe relação suficiente entre as variáveis para a aplicação da análise fatorial exploratória, e a medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin avalia a adequabilidade da análise fatorial e se os fatores conseguem descrever as variações dos dados originais. Os autores Kaiser e Rice (1977) indicam que para a adequação de ajuste de um modelo de análise fatorial o valor de KMO deve ser maior que 0,8.

Teste de KMO e Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,919
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	9639,498
	gl	231
	Sig.	,000

Figura 3.6: Teste de KMO e Bartlett

Através da Figura 3.6, verifica-se que a análise fatorial é adequada uma vez que o índice de KMO é $> 0,8$ (0,919) e a probabilidade de significância do teste de esfericidade de Bartlett é inferior a 0,005 ($p < 0,0005$). A fiabilidade, nomeadamente, a consistência interna foi avaliada através do valor do alfa de Cronbach e revelou níveis razoáveis de consistência (0,73). Relativamente à consistência interna de cada fator do MBI, a exaustão emocional (EE) apresenta um alfa de Cronbach de 0,91, a Despersonalização (DP) um alfa de Cronbach de 0,74 e a Realização Pessoal (RP) de 0,78 (Quadro 3.3). Os valores indicam uma razoável consistência interna considerando valores acima de 0.7 (Nunnally & Bernstein, 1994).

Quadro 3.3: Consistência interna (alfa de Cronbach) do instrumento MBI.

	Maslach, et al. (1997)	Atual
Exaustão emocional	0,90	0,914
Despersonalização	0,79	0,748
Realização Pessoal	0,71	0,784
Total	-	0,729

Variância total explicada

Componente	Autovalores iniciais		
	Total	% de variância	% cumulativa
1	7,441	33,825	33,825
2	2,712	12,327	46,151
3	1,581	7,187	53,339
4	,932	4,237	57,576
5	,909	4,134	61,710
6	,857	3,897	65,606
7	,770	3,499	69,105
8	,741	3,366	72,471
9	,723	3,285	75,757
10	,643	2,922	78,679
11	,614	2,791	81,470
12	,577	2,625	84,095
13	,537	2,441	86,536
14	,492	2,235	88,771
15	,451	2,051	90,822
16	,421	1,912	92,734
17	,329	1,496	94,230
18	,316	1,435	95,665
19	,289	1,315	96,980
20	,277	1,258	98,238
21	,206	,934	99,172
22	,182	,828	100,000

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Figura 3.7: Variância total explicada dos 22 componentes.

Matriz de componente rotativa^a

	Componente		
	1	2	3
EE1	,859		
EE2	,851		
EE3	,813		
RP4		,484	
DP5			,674
EE6	,512		,492
RP7		,633	
EE8	,884		
RP9		,690	
DP10			,757
DP11			,705
RP12	-,566	,440	
EE13	,595		
EE14	,669		
DP15			,593
EE16	,540		,417
RP17		,718	
RP18		,622	
RP19		,607	
EE20	,819		
RP21		,568	
DP22			,499

Método de Extração: análise de Componente Principal.
Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

a. Rotação convergida em 5 iterações.

Figura 3.8: Matriz rodada de componentes.

Através da Figura 3.7, é possível analisar a variância total dos 22 componentes principais amostrais, e na Figura 3.8, considerando apenas os pesos fatoriais com valor absoluto superior a 0.40, podemos confirmar que as variáveis correspondem aos fatores identificados no MBI: O Fator 1 à Exaustão Emocional, o Fator 2 à Realização Pessoal, e o Fator 3 à Despersonalização.

CAPÍTULO 4

Análise dos dados

Após verificar as qualidades psicométricas do MBI e analisar a amostra, será realizada uma análise preliminar dos dados através das comparações das médias entre as variáveis independentes e os três indicadores de burnout. No Quadro 4.5 são apresentados os resultados para as variáveis sociodemográficas e no Quadro 4.6, para as variáveis profissionais no total da amostra.

Foi calculado o score global de burnout (Quadro 4.1) seguindo as recomendações de Maslach, assim como a comparação dos níveis com estudos anteriores (Figura 4.2):

Quadro 4.1: Média ($\pm$ desvio-padrão) e distribuição dos níveis de burnout de enfermeiros e médicos. $n = 946$

	Total	Enfermeiros/as	Médicos/as
Média $\pm$ desvio-padrão	2,16 $\pm$ 0,76	2,17 $\pm$ 0,74	2,07 $\pm$ 0,81
Burnout reduzido < 2 (%)	22,1	20,6	29,8
Burnout moderado 2-3 (%)	39,6	40,9	33,1
Burnout elevado > 3 (%)	38,3	38,5	37,1

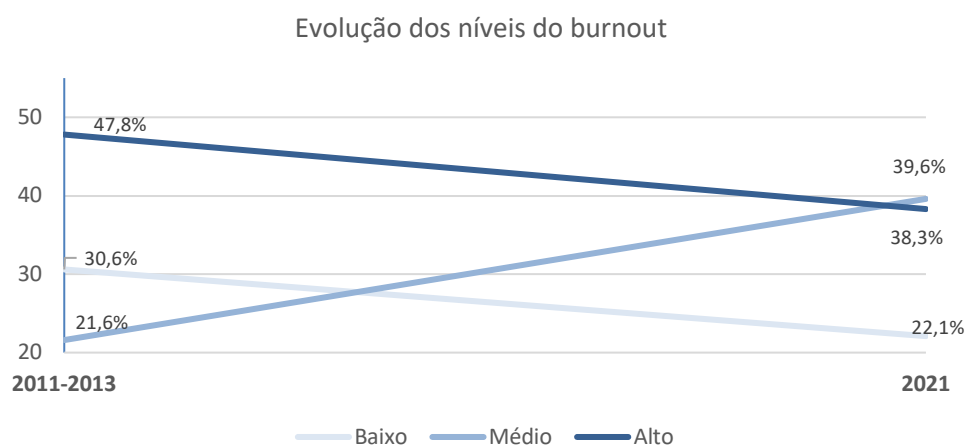


Figura 4.1: Evolução dos níveis do burnout (2011-2021)

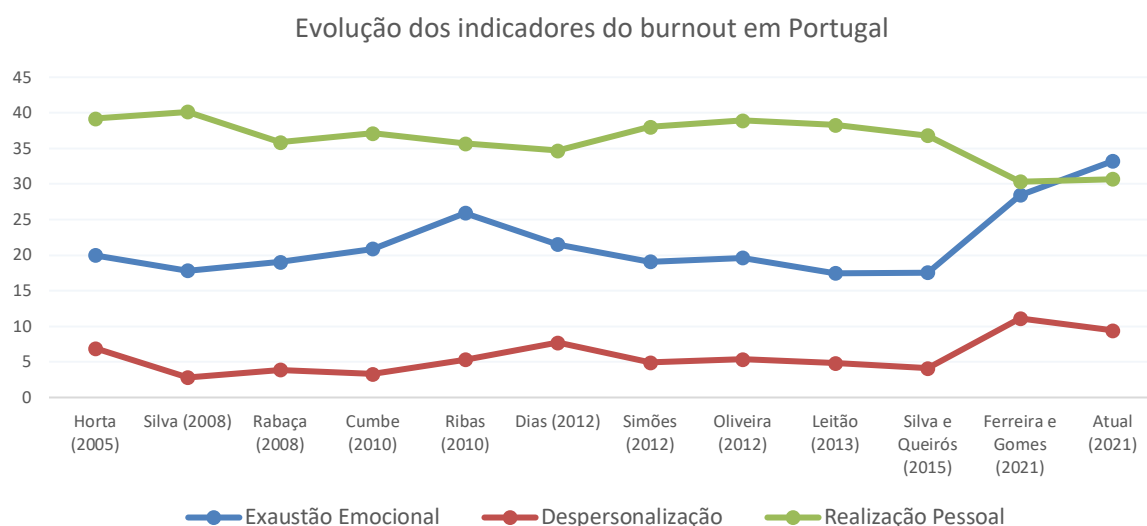


Figura 4.2: Evolução dos indicadores do burnout (2005-2021)

Na Figura 4.1. verifica-se um aumento acentuado no burnout moderado e uma redução no burnout reduzido, o que sugere uma tendência para um maior risco de burnout. Através da Figura 4.2 é possível observar um aumento na exaustão emocional e na despersonalização em Portugal durante a pandemia COVID-19 e uma diminuição na realização pessoal quando comparado com estudos anteriores. Procedeu-se ainda à transformação das variáveis com a pontuação de cada indicador em ordinais segundo os pontos de corte de Benevides-Pereira (2002), de modo a identificar a percentagem de inquiridos em cada indicador do burnout:

Quadro 4.2: Níveis por indicador de burnout. Média e desvio-padrão.

	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
$\bar{x}$ (σ)	33,22 (11.54)	9,41 (6.29)	30,67 (7.19)
Baixo	7,5%	19,7%	58,5%
Médio	15,5%	35,9%	30,8%
Alto	77%	44,4%	10,8%

No Quadro 4.2 é possível verificar que 77% dos participantes da amostra apresentam exaustão elevada, 44,4% despersonalização elevada e 58,5% baixa realização pessoal. Relativamente aos valores médios das três dimensões, a análise indica $\bar{x}$ = 33,22 na Exaustão Emocional, $\bar{x}$ = 9,41 na Despersonalização e $\bar{x}$ = 30,67 na Realização Pessoal.

Além da identificação dos níveis de burnout foi realizada uma análise complementar para identificar os casos mais extremos (Quadro 4.3), o burnout total – alto na exaustão e despersonalização e baixo na realização pessoal - e sem burnout – baixo na exaustão e despersonalização e alto na realização pessoal:

Quadro 4.3: Casos extremos – Burnout total e Sem burnout.

	Total	Enfermeiros	Médicos
Burnout total (N)	31,3% (296)	31,3% (249)	31,1% (47)
Sem burnout (N)	2,6% (25)	2,4% (19)	4% (6)

Os resultados no Quadro 4.3 indicam que 31,3% dos participantes apresentam **burnout total** e apenas 2,6% apresentam simultaneamente níveis baixos em exaustão emocional e despersonalização e alta realização pessoal.

Após identificar os níveis por cada indicador do burnout, são apresentadas as médias relativas às percepções do contexto profissional (Quadro 4.4):

Quadro 4.4: Média e Desvio Padrão para as variáveis percepções no contexto de trabalho.

	$\bar{x}$ (0-10)	Σ
Receio do contágio	5,37	3,28
Meios de proteção individual adequados	7,29	2,35
Tempo gasto em burocracia	8	2,17
Comunicação clara	4,53	2,52
Apoio organizacional	4,14	2,57
Reconhecimento social	3,69	2,69
Nível de pressão	7,41	2,10
Remuneração adequada	1,97	2,21
	(1-5)	
Condições de trabalho	2,93	0,88

Percecionar tempo gasto em burocracia ($\bar{x} = 8$), sentir-se pressionado/a ($\bar{x} = 7,4$) e percecionar uma renumeração adequada ($\bar{x} = 1,9$), foram as variáveis que apresentaram média próxima dos limites da escala (Quadro 4.4).

4.1. Indicadores de burnout e variáveis sociodemográficas nos enfermeiros e médicos

No Quadro 4.5 são apresentados os resultados dos indicadores de burnout segundo os níveis das variáveis sociodemográficas:

Quadro 4.5: Indicadores de burnout nas variáveis sociodemográficas e análise multivariada.

	Exaustão emocional			Despersonalização		Realização Pessoal	
	(0-54)			(0-30)		(0-48)	
	N	$\bar{x}$ (σ)	p-value	$\bar{x}$ (σ)	p-value	$\bar{x}$ (σ)	p-value
Sexo							
Feminino	788	33,3 (11.50)	0,619	8,9 (6.06)	0,000	30,6 (6.97)	0,257
Masculino	158	32,8 (11.84)		11,8 (6.92)		31,3 (8.19)	
Idade							
< 30 anos	311	31,3 (10.59)	0,000	10,1 (5.78)	0,000	30,4 (6.63)	0,000
31 – 45 anos	413	35,4 (11.29)		10,1 (6.63)		29,5 (7.19)	
46 – 55 anos	151	32,7 (12.56)		7,2 (5.89)		32,4 (7.5)	
> 56 anos	71	30,4 (12,85)		7,1 (5.89)		34,6 (7.01)	
Filhos							
Sim	439	33,8 (11.92)	0,166	8,7 (6.38)	0,001	31 (7.43)	0,210
Não	507	32,7 (11.21)		10 (6.16)		30,4 (6.97)	
Estado Civil							
Solteiro	363	32 (11.22)	0,000	10 (6.18)	0,022	30,4 (6.98)	0,046
Divorciado ou Div.	43	29,8 (11.40)		7,9 (5.73)		32,8 (7.27)	
Casado ou em União	535	34,5 (11.56)		9,2 (6.37)		30,6 (7.3)	
Viúvo	5	15,6 (6.35)		4,4 (6.58)		37 (6.44)	
Habilitações							
Literárias							
Licenciatura/Mestrado	933	33,2 (11.52)	0,753	9,4 (6.27)	0,489	30,7 (7.19)	0,720
Doutoramento	13	34,2 (13.73)		10,6 (7.87)		31,4 (7.17)	

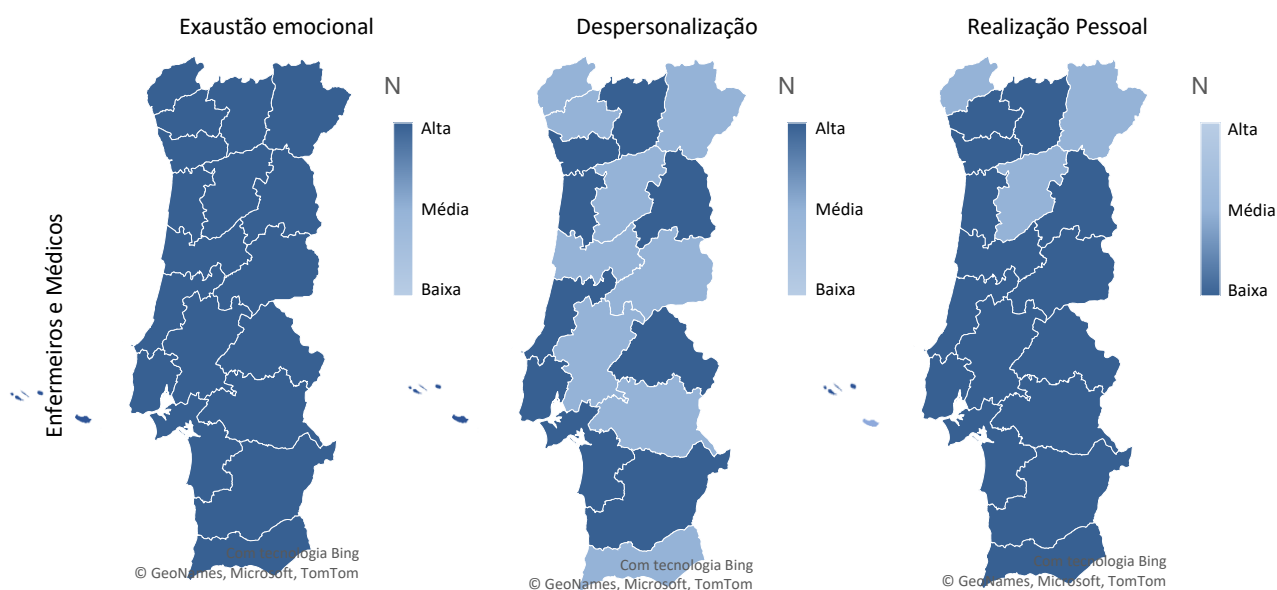


Figura 4.3: Níveis de burnout por distrito.

Testes de efeitos entre sujeitos

Origem	Variável dependente	Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
distrito	exaustao_score	2134,649	19	112,350	,840	,660
	despersonalizacao_score	818,144	19	43,060	1,088	,357
	realizacao_score	1412,854	19	74,361	1,451	,095

Figura 4.4: Análise multivariada entre os distritos e os indicadores de burnout.

No indicador exaustão emocional apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas nas variáveis idade e estado civil ($p < ,005$). A **faixa etária entre os 31 e os 45 anos**, assim como os participantes **casados** foram os que apresentaram níveis maiores de exaustão emocional.

O indicador despersonalização revelou diferenças significativas nas variáveis sexo, idade, filhos e estado civil. O **sexo masculino**, **as faixas etárias até aos 45 anos**, **não ter filhos** e **ser solteiro** foram as variáveis que apresentam níveis maiores de despersonalização.

E por último, no indicador realização pessoal a **faixa etária entre os 31 e os 45 anos**, e **ser solteiro e/ou casado** foram as variáveis significativas e com níveis inferiores de realização pessoal.

4.2. Indicadores de burnout e características profissionais nos enfermeiros e médicos

No Quadro 4.6 são apresentados os resultados dos indicadores de burnout segundo os níveis das variáveis profissionais:

Quadro 4.6: Indicadores de burnout nas variáveis profissionais e análise multivariada.

	Exaustão emocional			Despersonalização		Realização Pessoal	
	(0-54)			(0-30)		(0-48)	
	N	$\bar{x}$ (σ)	p-value	$\bar{x}$ (σ)	p-value	$\bar{x}$ (σ)	p-value
Categoria Prof.							
Enfermeiros	795	33,5 (11.34)	0,096	9,4 (6.17)	0,628	30,3 (7,20)	0,001
Médicos	151	31,8 (12.52)		9,6 (6.94)		32,4 (6.86)	
Doentes COVID-19							
Sim	545	33,6 (11.10)	0,262	10 (6.38)	0,001	30,3 (7.22)	0,069
Não	401	32,7 (12.13)		8,6 (6.10)		31,1 (7.13)	
Tipo de contrato							
Efetivo/Permanente	702	33,8 (11.44)	0,030	9,1 (6.29)	0,020	30,8 (7.32)	0,088
Termo	222	31,4 (11.64)		10,4 (6.32)		30,1 (6.78)	
Setor							
Público	738	33,5 (11.48)	0,109	9,4 (6.34)	0,456	30,4 (7.27)	0,032
Privado	104	31 (11.93)		9 (5.37)		31,3 (7.40)	
Ambos	104	33,6 (11.52)		10,1 (6.84)		32,2 (6.13)	
Regime de trabalho							
Com exclusividade	287	33,1 (11.36)	0,810	8,8 (6.14)	0,042	30,9 (7.30)	0,518
Sem exclusividade	659	33,3 (11.64)		9,7 (6.35)		30,6 (7.15)	
Tipo de horário							
Rotativo	591	33,5 (11.12)	0,388	10,2 (6.19)	0,000	29,8 (7.23)	0,000
Fixo	355	32,8 (12.24)		8,2 (6.28)		32 (6.93)	
Horário de trabalho							
< 8	624	32,2 (11.81)	0,000	9,1 (6.29)	0,007	30,8 (7.21)	0,521
8-10	194	36,2 (10.32)		9,4 (6.16)		30,5 (6.95)	
> 10	128	33,8 (11.27)		11 (6.35)		30,1 (7.48)	
Emergência							
Sim	197	33,5 (11.10)	0,712	11,5 (6.78)	0,000	30,1 (6.97)	0,214
Não	749	33,2 (11.67)		8,9 (6.05)		30,8 (7.25)	

Relativamente à análise das características profissionais, o indicador exaustão emocional apresentou diferenças significativas entre grupos quando comparado quer por tipo de contrato, quer por horário de trabalho, nomeadamente, **ter um contrato efetivo e ter uma carga de trabalho entre 8 a 10 horas diárias de trabalho.**

O indicador despersonalização apresentou diferenças entre grupos quando comparados os que trabalham com doentes COVID-19, o tipo de contrato, o regime de trabalho, o tipo de horário, o horário de trabalho e a emergência hospitalar ($p < 0,005$). **Trabalhar com doentes COVID-19, ter um vínculo de trabalho a termo, trabalhar sem exclusividade, em horário rotativo, trabalhar mais de 10 horas diárias e em emergência hospitalar** foram as características que apresentaram níveis médios superiores de despersonalização.

Por último, no indicador realização pessoal, as variáveis com diferenças significativas foram a categoria profissional, o setor e o tipo de horário. **Ser enfermeiro, trabalhar no setor público e em horário rotativo** foram as que apresentaram níveis médios de realização pessoal inferiores.

4.3. Relação entre as variáveis e os indicadores de burnout

A análise da associação entre os indicadores de burnout e as variáveis independentes, foi realizada através da técnica de regressão linear múltipla pelo método *enter*. Em primeiro lugar, verificou-se as condições assumidas pelo modelo, tais como a normalidade dos resíduos, a homocedasticidade e a independência entre os dados (Anexo D), e não se encontraram condições que impossibilitassem o uso do modelo de regressão linear, exceto a existência de uma correlação acentuada entre as variáveis, idade, anos na organização e anos na função (Figura 4.5), o que impede a utilização das três variáveis simultaneamente como explicativas. Por esta razão, utilizou-se a variável idade para testar as hipóteses, uma vez que a idade está relacionada com o tempo na função e/ou organização.

Correlações			
	Idade	Anos na função	Anos na organização
Idade	1	,880**	,787**
Anos na função	,880**	1	,762**
Anos na organização	,787**	,762**	1

**A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Figura 4.5: Correlação bivariada entre as variáveis: idade, anos na organização e anos na função. 2021

Foram estimados dois modelos para cada indicador do burnout, no Modelo 1 são analisadas as variáveis sociodemográficas e profissionais, e no Modelo 2 são adicionadas as variáveis sobre as percepções no contexto de trabalho (Figura 4.6):

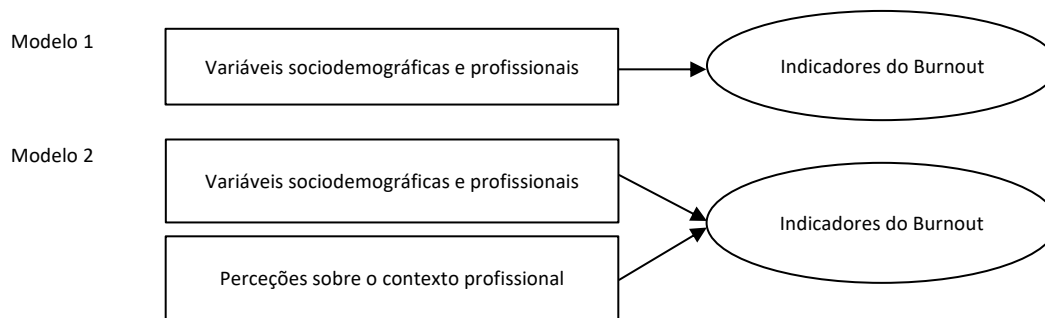


Figura 4.6: Modelos para a análise da regressão linear múltipla.

4.3.1. Preditores da Exaustão Emocional

No Quadro 4.7 são apresentados os resultados estatísticos do indicador exaustão emocional:

Quadro 4.7: Modelo de regressão linear para a VD - Exaustão Emocional. 2021

	Modelo 1			Modelo 2		
	B	t	Sig.	B	t	Sig.
(Constante)	9,087	1,576	,115	7,493	1,641	,101
Categoria Profissional (M)	-,380	-,326	,745	-1,232	-1,409	,159
Sexo (F)	,505	,501	,616	,063	,087	,931
Ter filhos	-1,829	-1,687	,092*	-1,290	-1,675	,094*
Idade	1,271	4,540	,000	,695	3,433	,001
Regime de trabalho (Com)	,175	,214	,830	-,087	-,150	,881
Horário de trabalho (Rot.)	,498	,537	,591	-1,130	-1,703	,089*
Não Casados	-2,529	-2,744	,006	-1,006	-1,527	,127
Idade_2	-,015	-4,619	,000	-,007	-2,856	,004
Chefia	-1,771	-1,904	,057*	-,963	-1,420	,156
Emergência	,161	,168	,867	-,264	-,370	,711
Vínculo (Efetivo)	1,565	1,642	,101	-1,099	-1,604	,109
Doentes COVID-19				-1,273	-2,246	,025
Receio contágio				,335	3,963	,000
Meios de Proteção Ind.				-,095	-,794	,427
Burocracia				,356	2,582	,010
Comunicação clara				-,284	-1,757	,079*
Apoio Organizacional				-,326	-1,954	,051
Reconhecimento social				-,959	-8,124	,000
Nível de pressão				2,378	15,447	,000
Remuneração				,057	,410	,682
Condições de trabalho				-1,231	-3,329	,001
Carga trabalho				2,440	3,556	,000
R ²	,041			,522		

Variável Dependente: exaustao_score *significativo ao nível de 10% de significância.

O Modelo que considera apenas variáveis sociodemográficas e profissionais explica 4% ($R^2_{\text{ajus.}} = 0,041$) da Exaustão Emocional e revela que o estado civil (não ter companheiro) tem maior poder explicativo. A idade tem também influência, mas é atenuada para os mais velhos porque o coeficiente idade_2 é significativamente menos notório para os mais velhos.

Quando adicionadas as variáveis sobre as percepções no local de trabalho (Modelo 2), o Modelo explica 52% do indicador ($R^2_{\text{ajus.}} = 0,522$), revelando que as variáveis de foro organizacional têm um elevado peso na exaustão emocional dos trabalhadores. **Trabalhar diretamente com doentes COVID-19** ($\beta = -1,273$, $p = ,025$), **percecionar apoio organizacional** ($\beta = -,326$, $p = ,051$), **reconhecimento social** ($\beta = -,959$, $p = ,000$) e **as condições de trabalho** ($\beta = -1,231$, $p = ,001$) foram os fatores que se associaram negativamente à exaustão emocional ($p < 0,05$). Por outro lado, **ter receio de ser contagiado** ($\beta = ,335$, $p = ,000$), **gastar tempo em burocracia** ($\beta = ,356$, $p = ,010$), **percecionar um elevado nível de pressão** ($\beta = 2,378$, $p = ,000$) e **carga de trabalho elevada** ($\beta = 2,440$, $p = ,000$) evidenciaram estar positivamente associados ao indicador da exaustão emocional.

4.3.2. Preditores da Despersonalização

As variáveis explicativas do indicador despersonalização são apresentadas no Quadro 4.8:

Quadro 4.8: Modelo de regressão linear para a VD - Despersonalização. 2021

	Modelo 1			Modelo 2		
	B	t	Sig.	B	t	Sig.
(Constante)	7,951	2,580	,010	12,639	4,012	,000
Categoria Profissional (M)	,346	,555	,579	,465	,771	,441
Sexo (F)	-2,603	-4,837	,000	-2,732	-5,501	,000
Ter filhos	-,291	-,503	,615	-,268	-,505	,614
Idade	,224	1,497	,135	,033	,236	,813
Regime de trabalho (Com)	-,458	-1,052	,293	-,576	-1,436	,151
Horário de trabalho (Rot.)	1,140	2,300	,022	,608	1,327	,185
Não Casados	-,157	-,318	,751	,352	,775	,439
Idade_2	-,003	-1,876	,061*	-,001	-,327	,744
Chefia	-,440	-,886	,376	,081	,174	,862
Emergência	1,907	3,712	,000	1,338	2,718	,007
Vínculo (Efetivo)	-,640	-1,256	,209	-1,372	-2,902	,004
Doentes COVID-19				,259	,662	,508
Receio contágio				,083	1,426	,154
Meios de Proteção Ind.				-,020	-,243	,808
Burocracia				,105	1,104	,270
Comunicação clara				-,213	-1,913	,056

Apoio Organizacional		-,052	-,452	,651
Reconhecimento social		-,549	-6,745	,000
Nível de pressão		,359	3,376	,001
Remuneração		,162	1,695	,090*
Condições de trabalho		-,832	-3,259	,001
Carga trabalho		,562	1,186	,236
R ²	,078		,234	

Variável Dependente: despersonalização_score

*significativo ao nível de 10% de significância.

No indicador Despersonalização quando consideradas apenas as variáveis sociodemográficas e profissionais o modelo explica 8% ($R^2_{\text{ajus.}} = 0,078$), e revela que **o sexo, o horário de trabalho e emergência hospitalar** são variáveis significativamente relevantes. Ser do sexo feminino ($\beta = -2,603$, $p = ,000$) está associado negativamente à despersonalização, e o horário rotativo ($\beta = 1,140$, $p = ,022$) e trabalhar em emergência hospitalar ($\beta = 1,907$, $p = ,000$) positivamente.

Quando inseridas as variáveis sobre a percepção do contexto de trabalho, o Modelo 2 passa a explicar 23,4% ($R^2_{\text{ajus.}} = 0,234$) revelando que o sexo é a variável com maior poder explicativo. Os principais fatores associados positivamente à despersonalização são **trabalhar em emergência hospitalar** ($\beta = 1,338$, $p = ,007$) e **percecionar um elevado nível de pressão** ($\beta = ,359$, $p = ,001$), e os fatores associados negativamente são ser do **sexo feminino** ($\beta = -2,732$, $p = ,000$), **ter vínculo efetivo/permanente** ($\beta = -1,372$, $p = ,004$), **reconhecimento social** ($\beta = -,549$, $p = ,000$), e **boas condições de trabalho** ($\beta = -,832$, $p = ,001$).

4.3.3. Preditores da Realização Pessoal

Relativamente ao indicador realização pessoal, os resultados são apresentados no Quadro 4.9:

Quadro 4.9: Modelo de regressão linear para a VD – Realização Pessoal. 2021

	Modelo 1			Modelo 2		
	B	t	Sig.	B	t	Sig.
(Constante)	38,525	10,803	,000	27,435	7,585	,000
Categoria Profissional (M)	,845	1,170	,242	,549	,793	,428
Sexo (F)	-,518	-,832	,406	-,445	-,781	,435
Ter filhos	-,131	-,196	,845	-,041	-,068	,946
Idade	-,452	-2,609	,009	-,206	-1,286	,199
Regime de trabalho (Com)	-,202	-,402	,688	,010	,021	,983
Horário de trabalho (Rot.)	-1,029	-1,794	,073*	-,492	-,937	,349
Não Casados	,486	,853	,394	,017	,033	,974
Idade_2	,006	3,116	,002	,003	1,592	,112

Chefia	1,932	3,360	,001	1,022	1,902	,058
Emergência	-,328	-,551	,582	,434	,768	,442
Vínculo (Efetivo)	-,126	-,213	,831	,584	1,076	,282
Doentes COVID-19				-,301	-,670	,503
Receio contágio				-,008	-,120	,905
Meios de Proteção Ind.				,080	,837	,403
Burocracia				,104	,949	,343
Comunicação clara				,221	1,724	,085*
Apoio Organizacional				,467	3,537	,000
Reconhecimento social				,599	6,411	,000
Nível de pressão				-,303	-2,483	,013
Remuneração				-,259	-2,364	,018
Condições de trabalho				,834	2,846	,005
Carga trabalho				,286	,526	,599
R ²	,054			,226		

Variável Dependente: realização_score

*significativo ao nível de 10% de significância.

O indicador da Realização Pessoal, na sua forma original, indica o nível de realização pessoal e quanto mais alto, mais realizado o profissional se sente. Ao analisar o Quadro 4.9, observa-se as variáveis que têm influência na realização pessoal, e para o burnout importa analisar as que influenciam negativamente este indicador.

O modelo que considera apenas as variáveis sociodemográficas e profissionais explica 5% ($R^2_{\text{ajus.}} = 0,054$) do indicador Realização Pessoal e revela que **ter funções de chefia** é o fator com mais poder explicativo, e que a **idade** tem influência negativa, mas é acentuada nos mais velhos porque o coeficiente idade_2 é significativamente positivo.

No entanto estas variáveis perdem a sua relevância quando analisadas com as variáveis das perceções do contexto de trabalho, e que explicam 22,6% da realização pessoal ($R^2_{\text{ajus.}} = 0,226$). Neste modelo, **percecionar apoio organizacional** ($\beta = ,467$, $p = ,000$), **reconhecimento social** ($\beta = ,599$, $p = ,000$) e **boas condições de trabalho** ($\beta = ,834$, $p = ,005$) está associado positivamente à realização pessoal, por outro lado, o **nível de pressão elevado** ($\beta = -,303$, $p = ,013$) e a **renumeração pouco adequada** ($\beta = -,259$, $p = ,018$) estão associadas negativamente.

CAPÍTULO 5

Teste das hipóteses

Após aplicar as diferentes técnicas de análise de dados estatísticos, serão testadas as hipóteses formuladas anteriormente com o objetivo de comparar com estudos realizados anteriormente relacionados com o burnout nos enfermeiros e médicos.

A) Sexo (vs. masculino)

H1a: O sexo feminino está associado a maiores níveis de exaustão emocional.

H1b: O sexo feminino está associado a menores níveis de despersonalização.

Relativamente às hipóteses que integram a variável sexo, apenas confirma-se H1b porque a variável sexo revelou-se estatisticamente significativa ($p < ,005$) no indicador exaustão emocional, mostrando que o sexo feminino está associado a menores níveis de despersonalização ($\beta = -2,603$, $p < ,005$). Embora não se valide a hipótese H1a, é possível verificar através do Quadro 4.5 que a média da Exaustão Emocional do sexo feminino é ligeiramente superior ao sexo masculino, no entanto, não se observam diferenças estatisticamente significativas ($p > ,005$).

B) Idade

H2a: Profissionais mais velhos apresentam níveis mais baixos no indicador exaustão emocional.

H2b: Profissionais mais velhos apresentam níveis mais baixos no indicador despersonalização.

H2c: Profissionais mais velhos apresentam níveis mais elevados no indicador realização pessoal.

Quando analisada a variável idade, não se valida H2b e rejeita-se H2a e H2c. No indicador exaustão emocional (H2a) a idade revela-se estatisticamente significativa e ser mais velho apresenta maiores níveis de exaustão. Quanto ao indicador despersonalização (H2b), a idade não revelou ser estatisticamente significativa. E no indicador Realização Pessoal (H2c), ser mais velho, mostrou-se estatisticamente significativo ($p < ,005$), ou seja, quanto mais velho menor a realização pessoal.

Ser mais velho é considerado um fator de risco para o indicador exaustão emocional e realização pessoal, ou seja, ser mais novo apresenta menores níveis de exaustão emocional e maiores níveis de realização pessoal.

Através do Quadro 4.5 com a comparação das médias, podemos verificar que são os profissionais entre os 31 e 45 anos que apresentam maior probabilidade de burnout com médias superiores na exaustão emocional ($\bar{x} = 35,3$) e despersonalização ($\bar{x} = 10,1$) e menores na realização pessoal ($\bar{x} = 29,5$).

C) Casados/União de facto (vs. não casados)

H3a: Profissionais com companheiro/a apresentam níveis menores em exaustão emocional.

H3b: Profissionais com companheiro/a apresentam níveis menores na despersonalização.

H3c: Profissionais com companheiro/a apresentam níveis maiores na realização pessoal.

Não se confirma H3a, H3b e H3c, porque a variável não casado não se revelou estatisticamente significativa nos três indicadores do burnout ($p>.005$). No entanto, quando analisadas apenas com as variáveis sociodemográficas e profissionais não ser casado é estatisticamente significativo, mostrando que os profissionais com companheiro apresentam maiores níveis de exaustão emocional ($\beta=2,529$, $p=.006$).

D) Filhos

H4a: Os profissionais com filhos apresentam níveis menores na exaustão emocional.

H4b: Os profissionais com filhos apresentam níveis menores na despersonalização.

H4c: Os profissionais com filhos apresentam níveis maiores na realização pessoal.

Não se confirmam as hipóteses H4a, H4b e H4c porque a variável ter filhos não se revelou significativa em nenhum dos três indicadores do burnout ($p>.005$).

E) Categoria Profissional

H5a: Os enfermeiros apresentam maiores níveis de exaustão emocional que os médicos.

H5b: Os enfermeiros apresentam maiores níveis de despersonalização que os médicos.

H5c: Os enfermeiros apresentam menores níveis de realização pessoal que os médicos.

Não se confirmam as hipóteses H5a, H5b e H5c porque a variável categoria profissional não se revelou significativa em nenhum dos três indicadores do burnout.

F) Doentes COVID-19

H6a: Os médicos e enfermeiros envolvidos diretamente no combate ao COVID-19 apresentam menores níveis de exaustão emocional.

H6b: Os médicos e enfermeiros envolvidos diretamente no combate ao COVID-19 apresentam menores níveis de despersonalização.

H6c: Os médicos e enfermeiros envolvidos diretamente no combate ao COVID-19 apresentam maiores níveis de realização pessoal.

Relativamente às hipóteses sobre trabalhar diretamente com doentes COVID-19, confirma-se H6a, mas não se valida H6b e H6c. Trabalhar com doentes COVID-19 revelou uma diminuição estatisticamente significativa no indicador exaustão emocional.

G) Horário rotativo (vs.fixo)

H7a: Trabalhadores por turnos apresentam maiores níveis de exaustão emocional.

H7b: Trabalhadores por turnos apresentam maiores níveis de despersonalização.

Não se confirmam H7a e H7b. Quando analisadas apenas as variáveis sociodemográficas e profissionais, trabalhar em horário rotativo revelou ser estatisticamente significativo no indicador exaustão emocional, com influência positiva na exaustão emocional. No entanto quando analisada com todas as variáveis trabalhar por turnos não se revelou significativo em nenhum indicador do burnout.

H) Efetivo (vs. não efetivo)

H8: Trabalhadores com contrato de efetividade apresentam menores níveis de despersonalização.

Confirma-se H8, porque a variável contrato efetivo revelou-se estatisticamente significativa no indicador despersonalização revelando que ter um vínculo efetivo à organização reduz a despersonalização.

I) Distritos

H9: Existem diferenças significativas entre distritos nos níveis de burnout dos profissionais.

Foi utilizada uma MANOVA para comparar os níveis de burnout nos três indicadores por distrito, e através da Figura 4.4, não validamos a hipótese, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os distritos ($p > 0,005$).

J) Satisfação condições de trabalho

H10a: A satisfação com as condições de trabalho está associada negativamente à exaustão emocional.

H10b: A satisfação com as condições de trabalho está associada negativamente à despersonalização.

H10c: A satisfação com as condições de trabalho está associada positivamente à realização pessoal.

Confirma-se as hipóteses H10a, H10b e H10c, porque a variável satisfação com as condições de trabalho revelou-se estatisticamente significativa nos indicadores - exaustão emocional, despersonalização, e realização pessoal, revelando que a satisfação com as condições de trabalho reduz o nível de burnout dos enfermeiros e médicos.

No Modelo 2 da regressão linear múltipla de cada um dos indicadores foram inseridas as variáveis sobre as percepções do contexto profissional, e, verificou-se que **o nível de pressão, a satisfação com as condições de trabalho e o reconhecimento social** revelaram-se estatisticamente significantes nos três indicadores de burnout. Adicionalmente, o **apoio organizacional** revelou ser um fator protetor na exaustão emocional e na realização pessoal, **a comunicação clara** na despersonalização, e a **renumeração** na realização pessoal. Por último, a **burocracia e o receio de contágio**, revelaram-se fatores de risco para a exaustão emocional.

CAPÍTULO 6

Discussão dos resultados

Após apresentação, análise e interpretação dos dados são apresentados os resultados do estudo. No que diz respeito aos indicadores de burnout, os resultados revelam que 77% dos enfermeiros e médicos da amostra apresentam um nível elevado de Exaustão Emocional, 44,4% um nível elevado de Despersonalização, e 58,5% um elevado nível de Diminuição da Realização pessoal. Quando calculado o score global de burnout, dos enfermeiros e médicos da amostra 38,3% apresentam burnout elevado e 39,6% burnout moderado, no entanto, este valor poderá estar enviesado porque o burnout na escala do MBI, segundo Maslach deve ser avaliado pela sua forma original nas três dimensões. Verificou-se através da análise complementar para identificar os casos extremos, que 31,3% da amostra apresenta burnout total e 2,6% não apresenta valores altos nos três indicadores de burnout.

Quando comparados os resultados dos valores médios dos três indicadores do MBI com estudos anteriores à pandemia COVID-19, observa-se uma diminuição na realização pessoal, e um aumento na exaustão emocional e na despersonalização. Esta tendência observa-se também quando comparados os níveis de burnout, através da diminuição do burnout reduzido e o aumento do burnout moderado, o que alerta para um aumento gradual do burnout nos profissionais de saúde.

No indicador **Exaustão Emocional**, não ser casado e, ser mais novo revelaram uma ligeira diminuição, ou seja, ter companheiro/a e ser mais velho provoca, tendencialmente, maior exaustão emocional. Embora na literatura a família se envolva como um fator protetor (Maslach & Jackson, 1985) mostrando que os casados apresentam menores níveis de burnout (Garcia, 1990; Tarcán et al., 2017), o resultado neste estudo poderá estar influenciado pelo contexto pandémico, pelo facto de os profissionais com companheiros/as sentirem preocupações adicionais com a sua família e muitos isolarem-se como prevenção. No entanto, quando integradas as variáveis sobre as perceções no contexto de trabalho, trabalhar com doentes COVID-19, perceber apoio organizacional, reconhecimento social e boas condições de trabalho, revelaram-se fatores protetores no indicador. Por outro lado, ter receio do contágio, perceber muito tempo gasto em burocracia, pressão no trabalho e carga de trabalho alta são fatores de risco, aumentando os níveis de exaustão emocional.

Quanto ao indicador da **Despersonalização**, as variáveis, sexo, horário de trabalho e emergência médica hospitalar, mostraram-se relevantes para prever a despersonalização. O sexo masculino, os profissionais em horários rotativos e a trabalhar em emergência hospitalar, apresentaram maiores níveis de despersonalização, estes resultados vão de encontro com estudos realizados anteriormente onde se conclui que o sexo masculino revela maiores níveis de despersonalização quando comparados com o sexo feminino (Gil-Monte, 2002; Benevides-Pereira, 2002), e que trabalhadores por turnos apresentam maiores níveis de burnout (Benevides-Pereira, 2002).

No entanto, quando analisadas estas variáveis com as perceções do contexto de trabalho, trabalhar por turnos deixa de ser estatisticamente significativa, e o oposto ocorre na variável, vínculo de trabalho, revelando que ter um vínculo efetivo diminui os níveis de despersonalização. Este resultado vai de encontro com alguns autores que mostram que quanto maior a estabilidade do vínculo laboral, menor o nível de burnout (Santos, 2015) e menor nível de despersonalização (Loureiro et al., 2008). Percecionar uma comunicação organizacional clara, reconhecimento social e boas condições de trabalho foram considerados fatores protetores nos níveis de despersonalização, e o nível de pressão, o fator de risco.

No indicador **Realização Pessoal**, a idade e a chefia foram as variáveis que se mostraram mais relevantes, sendo que ser mais velho e não exercer funções de chefia diminui a realização pessoal. No entanto, quando inseridas as variáveis sobre a perceção no contexto de trabalho, a idade, perde importância, revelando-se, como fatores protetores, o apoio organizacional, o reconhecimento social, e a satisfação com as condições de trabalho. E, como fatores de risco, a pressão no trabalho e a perceção da remuneração pouco adequada. A remuneração como fator de risco sugere que a falta de reciprocidade entre o esforço e as recompensas aumenta o risco de burnout (Bakker et al., 2008), como indica o modelo de esforço-recompensas.

O grande aumento da variância explicada após a inclusão das variáveis sobre as perceções no contexto de trabalho, em qualquer dos três casos revela serem estas os preditores mais relevantes, respondendo por 48% na exaustão emocional, 15,6% na despersonalização e 17% na realização pessoal. Os fatores protetores que se revelaram significantes nos três indicadores foram a satisfação com as condições de trabalho, o reconhecimento social e o nível de pressão, em que quanto melhor a satisfação com as condições de trabalho, a perceção do reconhecimento social, e baixa pressão no trabalho, menor a exaustão emocional e a despersonalização, e maior a realização pessoal, reforçando os resultados dos estudos realizados anteriormente. Verificou-se ainda que as variáveis de foro organizacional tiveram maior impacto nos indicadores de burnout, e que o apoio organizacional, a comunicação clara e o nível de pressão se mostraram relevantes como em estudos realizados anteriormente e já identificadas como efeito moderador do burnout em situações de crises pandémicas (Serrão & Duarte, 2020).

Trabalhar diretamente com doentes infetados com o COVID-19 e o receio de ser contagiado não revelaram ser preditores nos três indicadores de burnout, o que não corrobora a ideia de Dinibutun (2020), onde demonstra que os médicos a trabalhar diretamente apresentaram valores mais baixos de burnout quando comparados com os que não trabalhavam diretamente. No entanto, quando inseridas as variáveis das perceções no contexto de trabalho no indicador exaustão emocional, trabalhar diretamente com doentes COVID-19, revela-se preditor deste indicador, como um fator protetor, podendo-se explicar pelo facto de terem uma melhor perceção do reconhecimento social e do apoio organizacional.

CAPÍTULO 7

Limitações do estudo

Uma das limitações iniciais desta investigação foi em termos de pressupostos teóricos relativos ao indicador do burnout, uma vez que não há um consenso no uso do MBI e vários estudos sobre o mesmo tema utilizam escalas diferentes e outros, ignoram o conceito multidimensional e calculam uma pontuação global.

Uma das principais limitações do estudo, surgiu em consequência da preocupação em construir um questionário curto e de pouca duração para que num contexto pandémico os participantes com a elevada carga de trabalho participassem, e por isso, não se abrangeu todas as variáveis encontradas na literatura.

Outra limitação encontrada, foi o distanciamento e os processos burocráticos para chegar às instituições de saúde públicas e privadas para aumentar a amostra do estudo.

Nas investigações futuras relativas a este tema nos enfermeiros e médicos, será importante alargar a amostra de participantes utilizando outros métodos que possibilitam a recolha dos dados, assim como iniciar os pedidos de colaboração com a maior brevidade possível assumindo que o tempo de resposta e colaborações seja superior ao expetável. Poderá ser ainda desenhado um modelo mais complexo de forma a analisar a interação entre as três dimensões.

Conclusões

O fenómeno do burnout é frequente em profissões relacionadas com prestações de cuidados, como os enfermeiros e médicos, que pelas suas características particulares ocupam posições de destaque entre os profissionais com níveis de burnout. Com o surgimento da pandemia COVID-19, intensificaram-se as exigências pessoais e do trabalho nestes profissionais, provocando muitas mudanças e consequências pessoais, organizacionais e sociais.

Os profissionais de saúde são essenciais nos cuidados de saúde, e por isso é importante desenvolver estudos e detetar os níveis de burnout, de modo, a desenvolver políticas na gestão destes recursos com foco na prevenção para minimizar os riscos e as suas consequências.

O objetivo principal deste estudo foi determinar os níveis de burnout durante a pandemia COVID-19 através das três dimensões que o caracterizam: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, assim como os fatores que afetam as dimensões do burnout. No total da amostra de enfermeiros e médicos, 77% apresentaram **níveis altos em exaustão emocional**, 44,4% em **despersonalização** e 58,5% **baixa realização pessoal**. Revelou-se ainda que 31,3% dos participantes encontram-se em **burnout total** e apenas 2,1% não apresentam valores elevados nos indicadores de burnout.

O fenómeno do burnout é muito complexo e, por isso, é importante ter a consciência de que a sua análise não se pode restringir apenas a um grupo de fatores nem ser justificado com base em características individuais relacionadas com fragilidades pessoais (Shanafelt et al., 2012; Vala et al., 2017). Os resultados deste estudo demonstraram também essa perspetiva, revelando que os fatores relacionados com o contexto profissional têm maior impacto nos níveis de burnout, nomeadamente, o receio de contágio, a burocracia, a comunicação clara, o apoio organizacional, o reconhecimento social, o nível de pressão, a remuneração e as condições de trabalho. Este estudo reforça a necessidade de analisar o burnout também através de perspetivas organizacionais e não apenas através das características individuais e de personalidade.

Ser mais velho, trabalhar com doentes COVID-19, ter receio do contágio, gastar tempo em burocracia, a ausência de apoio organizacional, falta de reconhecimento social, o nível de pressão e as más condições de trabalho foram considerados os fatores de risco no indicador exaustão emocional.

No que concerne à despersonalização, ser do sexo feminino, não trabalhar em emergência hospitalar, ter vínculo efetivo, perceber uma comunicação clara, o reconhecimento social, não se sentir pressionado e boa satisfação com as condições de trabalho foram considerados os fatores protetores.

Relativamente à realização pessoal, verificou-se que as variáveis sociodemográficas e profissionais tiveram pouco impacto na explicação deste indicador, mostrando que perceber pouco apoio organizacional, falta de reconhecimento social, elevado nível de pressão, remuneração pouco adequada e baixa satisfação com as condições de trabalho são os fatores de risco para a diminuição da realização pessoal. Por outro lado, a percepção sobre os meios de proteção individual adequados não revelou influência em nenhum indicador do burnout.

Os resultados deste estudo verificam que existe um aumento acentuado nos três indicadores de burnout quando comparados com estudos realizados a profissionais de saúde antes da pandemia COVID-19. Embora sejam reconhecidos alguns problemas a nível do sistema de saúde, como exemplo, a falta de investimento e a insatisfação com as condições de trabalho, a situação de emergência de saúde pública colocou uma pressão adicional nos enfermeiros e médicos contribuindo também para o aumento dos níveis de burnout.

O desenvolvimento de medidas e políticas concretas de prevenção é um processo complexo, e cada instituição de saúde terá as suas complexidades, no entanto, este estudo fornece algumas pistas para atenuar o risco dos seus recursos humanos desenvolverem elevados níveis de burnout. Comunicar de forma clara e objetiva os processos aos profissionais, simplificar e/ou diminuir a realização de tarefas não-médicas, principalmente tarefas burocráticas, oferecer apoio na organização e reconhecimento aos profissionais, são algumas das medidas práticas e exequíveis que poderão ajudar na prevenção do burnout. A remuneração influencia diretamente a realização pessoal, e as condições de trabalho os três indicadores, por isso, será também necessário discutir os sistemas de recompensas e o investimento no setor de saúde, de modo a oferecer condições de trabalho saudáveis para prevenir não só o desenvolvimento de burnout nos profissionais, mas também contribuir para que as instituições sejam mais eficientes e eficazes.

Por último, importa reforçar que o burnout não se traduz em pessoas menos capazes de suportar o seu trabalho, mas sim em locais de trabalho pouco saudáveis onde as pessoas deveriam desenvolver-se, prosperar, fazer o seu melhor e inovar.

Referências Bibliográficas

- Bakker, A., Killmer, C., Siegrist, J., & Schaufeli W. (2008). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing* 31(4), 884-891. Blackwell Science Ltd. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01361.x>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc.
- Barreto, C. (2020, setembro). Prevalência de burnout é maior em médicos que atuam na linha de frente da COVID-19. <https://pebmed.com.br/prevalencia-de-burnout-e-maior-em-medicos-que-atuam-na-linha-de-frente-da-covid-19/>
- Benevides-Pereira, A. (2002). *Burnout – Quando o Trabalho Ameaça o Bem-Estar do Trabalhador*, 34. Casa do Psicólogo.
- Carlotto, M., (2001). Síndrome de "Burnout": um tipo de estresse ocupacional. *Caderno Universitário*, (18), 52. Universidade Luterana do Brasil, Canoas.
- Carlotto, M., (2011). Síndrome de burnout em professores: prevalência e fatores associados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 27(4), 403-410. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400003>
- Carolina, D. (2010). *Correlates of job-related burnout in nurse managers working in hospitals* (Dissertation), 58. Rutgers, The State University of New Jersey – Newark, New Jersey.
- Chemali, Z., Ezzeddine, F.L., Gelaye, B., Dossett, M., Salameh, J., Bizri, M., Dubale, B., & Fricchione, G. (2019). Burnout among healthcare providers in the complex environment of the Middle East: a systematic review. *BMC Public Health*, 19, 1337. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7713-1>
- Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout. Job Stress in the Human Services*. Beverly Hills, Calif.; London: Sage Publications.
- Cooper C., Dewe P., & O'Driscoll, M. (2001). *Organizational Stress. A Review and Critique of Theory, Research, and Applications*. London: Sage Publications, Inc. <http://dx.doi.org/10.4135/9781452231235>
- Cruz, C., Nelas, P., Coutinho, E., Chaves, C., & Amaral, O. (2018). A satisfação, realização e exaustão dos enfermeiros em Portugal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, Revista INFAD de Psicologia.*, 3(1), 361. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v3.1296>
- Cumbe, V. (2010). *Síndrome de Burnout em Médicos e Enfermeiros Cuidadores de Pacientes com Doenças Neoplásicas em Serviços de Oncologia* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto.
- Dalmolin, G., Lunardi, V., Lunardi, G., Barlem, E., & Silveira, R. (2014). Moral distress and burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers?, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(1), 35-42. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3102.2393>
- De Brier, N., Stroobants, S., Vandekerckhove, P., & Buck, E. (2020). Factors affecting mental health of health care workers during coronavirus disease outbreaks (SARS, MERS & COVID-19): A rapid systematic review. *PLoS One*, 15(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244052>

- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W.B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Dias, S. (2012). Síndrome de burnout: um estudo comparativo entre enfermeiros e médicos portugueses. *Revista da Sociedade da Psicologia do Rio Grande do Sul*, 1(2), 35–41.
- Dinibutun, S. (2020). Factors Associated with Burnout Among Physicians: An Evaluation During a Period of COVID-19 Pandemic. *Journal of Healthcare Leadership*, 2020(12), 85–94. <https://doi.org/10.2147/JHL.S270440>
- Dutra-Thomé, L., Alencastro, L., & Koller, S. (2014). The narrative method as a proposal for the study of Burnout. *Psicologia & Sociedade*, 26, 107-116. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Dzau, V., Kirch, D., & Nasca, T. (2020). Preventing a Parallel Pandemic – A national strategy to protect clinicians. Well-Being. *The New England Journal of Medicine*, 383:513-515. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2011027>
- Ferreira, N., & Lucca, S. (2015). Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(1), 68-79. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010006>
- Ferreira, P., & Gomes, S. (2021). The role of resilience in reducing burnout: A study with healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Social Sciences*, 10(317), 1-13. MDPI. <http://hdl.handle.net/11328/3661>
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Fuente, G., Vargas, C., Luis, C., Garcia, I., Cañadas, G., & Fuente, E. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240-249. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>
- Garcia, M. (1990): Burnout Professional en Organizaciones. *Boletín de Psicología*, 29, 7-27.
- Gil, A. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ªEd. São Paulo: Atlas.
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*, 81-95. Madrid Síntesis.
- Gil-Monte, P. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 3-10. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722002000100003>
- Gonçalves, A., Fontes, L., Simões, C., & Gomes, A. (2019). Stress and burnout in health professionals. In P. Arezes, J. Baptista, M. Barroso, P. Carneiro, P. Cordeiro, N. Costa, R. Melo, A. Miguel, G. Perestrelo, *Occupational and environmental safety and health* (pp. 563-571). https://doi.org/10.1007/978-3-030-14730-3_60
- Grover, S., Adarsh, H., Naskar, C., & Varadharajan, N. (2018). Physician burnout: A review. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*, 23(2), 78-83. https://doi.org/10.4103/jmhbb.jmhbb_47_19
- Hamouche, S. (2020). COVID-19 and employees' mental health: stressors, moderators and agenda for organizational actions. *Emerald Open Research*, 2(15).
- Heinemann, L.V., & Heinemann, T. (2017). Burnout Research: Emergence and Scientific Investigation of a Contested Diagnosis. *Sage Open*, 1-12. <https://doi.org/10.1177%2F2158244017697154>

- Horta, A. (2005). *Síndrome de Burnout nos Médicos do Serviço de Urgência do Hospital de São João*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto.
- Houkes, I., Winants, Y., Twellaar, M., & Verdonk, P. (2011). Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC Public Health*, 11(240), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-240>
- Jacques, M. (2003). Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. *Psicologia e Sociedade*, 15(1), 97-116. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822003000100006>
- Jornal de Notícias. (2021, Outubro). *Cansaço aumentou absentismo laboral no Hospital de S. João nos últimos dois anos*. <https://www.jn.pt/nacional/cansaco-causou-aumento-do-absentismo-laboral-no-hospital-de-s-joao-nos-ultimos-dois-anos-14202362.html>
- Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology*, 29(3), 284–297. <https://doi.org/10.1037/h0079772>
- Kaiser, H., Rice, J. (1977). *Educational and Psychological Measurement*, 34, p. 111-117.
- Kannampallil, T., Goss, C., Evanoff, B., Strickland, J., McAlister, R., & Duncan, J. (2020). Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout. *PLoS ONE* 15(8), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237301>
- Leitão, C. (2013). *Síndrome de Burnout: A realidade entre diferentes especialidades Médico-Cirúrgicas em Hospitais do Norte de Portugal* [Dissertação de Mestrado]. ICBAS.
- Leite, N. (2007). *Síndrome de Burnout e Relações sociais no trabalho: um estudo com professores da educação básica* [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Brasília. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/3261>
- Leiter, M. & Maslach, C. (2004). Areas of work life: A Structured Approach to Organizational Predictors of Job Burnout. In Perrewe, P., & Ganster, D. (Ed.), *Emotional and Physiological Processes and Positive Intervention Strategies (Research in Occupational Stress and Well Being 3)*, 91-134. Emerald Group Publishing Limited, Bingley. [https://doi.org/10.1016/S1479-3555\(03\)03003-8](https://doi.org/10.1016/S1479-3555(03)03003-8)
- Leiter, M. & Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research* 3(4), 89-100. September. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.09.001>
- Leiter, M. P. & Maslach, C. (2000). Burnout and health. In A. Baum, T. Revenson, & J. Singer (Eds.). *Handbook of health psychology* (pp.415-426). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Loureiro, H., Pereira, A., Oliveira, A., & Pessoa, A. (2008). Burnout no trabalho. *Revista Referência*, 2(7), 33-41.
- Marjanovic, Z., Greenglass, E., & Coffey, S. (2007). The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: An online questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 991–998. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.02.012>
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24-30. <http://dx.doi.org/10.20344/amp6460>
- Marques, M., Alves, E., Queirós, C., Norton, P., & Henriques, A. (2018). The effect of profession on burnout in hospital staff. *Occupational Medicine*, 68(3), 207-210. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy039>

- Marques-Pinto, A. (2002). Estudo de adaptação do Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey numa amostra portuguesa. In APAV, *Relatório de avaliação técnica e científica do serviço de informação a vítimas de violência doméstica prestado pela APAV em 2002*. Lisboa: APAV.
- Martins, C. (2017). *Síndrome de Burnout nos Profissionais de Saúde: Causas, Consequências, Prevenção e Tratamento* [Dissertação de Mestrado]. Universidade da Beira Interior.
- Maslach, C., Jackson, S., Leiter, M., Schaufeli, W., & Schwab, R. (2017). *Maslach Burnout Inventory Manual* (4). Palo Alto.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1997). Maslach Burnout Inventory. In P. Zalaquett, & R. Wood, *Evaluating Stress: A Book of Resources* (pp. 191-218). Scarecrow Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C. (1998). A Multidimensional Theory of Burnout. In C. Cooper (Ed.), *Theories of Organizational Stress* (pp. 68-82). OUP Oxford.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maslach, C., & Leiter, M. (1999). Six areas of work life: A model of the organizational context of burnout. *Journal of Health and Human Services Administration*, 21(4), 472-489.
- Maslach, C., Jackson, S., Leiter, M. (2016). *Maslach Burnout Inventory Manual* (Fourth ed.). Menlo Park, CA: Mind Garden, Inc.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12(7), 837-851. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00287876>
- Mattar, F. (2001). *Pesquisa de marketing*. 3ªEd. São Paulo: Atlas.
- Medscape. (2019). Medscape National Physician Burnout, Depression & Suicide Report. <https://www.medscape.com/slideshow/2019-lifestyle-burnout-depression-6011056#28>
- Nogueira, C., (2016). *Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Nunnally, J., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Oliveira, V., & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros - Impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem Referência* 3(7), 43-54.
- Oliveira, M. (2008). *BURNOUT E EMOÇÕES: Estudo exploratório em médicos de um Hospital do Porto* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto.
- Queirós, P. (2005). Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses e o clima organizacional. *Revista Investigação em Enfermagem*, 11, 3-15.
- Queirós, C., Carlotto, M. S., Kaiseler, M., Dias, S., Pereira, A. (2013). Predictors of burnout among nurses: An interactionist approach. *Psicothema*, 25(3), 330-335.
- Rabaça, L. (2008). *O Burnout nos Enfermeiros: Estudo comparativo entre Enfermeiros de Internamento e Enfermeiros de Unidades de Cuidados Intensivos, do Hospital de S. João* [Dissertação de Mestrado]. ISCS.

- Sá, L. (2002). *Burnout e controlo sobre o trabalho em Enfermagem Oncológica: Estudo Correlacional* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/9659>
- Santos, R. (2015). *Burnout: Um estudo em profissionais de saúde* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.26/10513>
- Schaufeli, W., Maslach, C., & Marek, T. (2018). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Routledge Library Editions: Human Resource Management.
- Serrão, C., Duarte, I. (2020). Impacto da COVID-19: O papel da resiliência na depressão, na ansiedade e no burnout em profissionais de saúde. FMUP, CINTESIS e ESEPP.
- Shanafelt, T., Balch, C., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Collicott, P., Novotny, P., Sloan, J., Freischlag, J. (2009). Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Annals of Surgery*, 250(3), 463-471. <https://doi.org/10.1097/sla.0b013e3181ac4dfd>
- 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*, 172(18), 1377-1385. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41. <https://doi.org/10.1037//1076-8998.1.1.27>
- Silva, M. (2008). *Ansiedade e Burnout em Enfermeiras dos Cuidados de Saúde Primários do Interior - Norte de Portugal* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto.
- Silva, M. (2017). Burnout, Engagement, Tecnostress e Satisfação Laboral em Profissionais de Saúde do Interior – Norte de Portugal [Tese de Doutoramento]. Universidade do Porto.
- Silva, M., Queirós, C., Cameira, M., Vara, N., & Galvão, A. (2015). Burnout e engagement em profissionais de saúde do interior: norte de Portugal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 286-299. <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160302>
- Simões, P. (2012). Burnout dos enfermeiros nos serviços de saúde em Portugal: Um estudo de caso na Saúde 24 Porto [Dissertação de Mestrado]. Universidade Nova de Lisboa.
- Sousa, B. (2018). *Síndrome de Burnout: um estudo comparativo entre profissionais de saúde e outros profissionais* [Dissertação de Mestrado]. Universidade dos Açores.
- Tamayo, M., & Tróccoli, B. (2002). Exaustão emocional: relações com a perceção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7(1), 37-46. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000100005>
- Tarcan, G., Tarcan, M., & Top, M. (2017). An analysis of relationship between burnout and job satisfaction among emergency health professionals. *Total Quality Management and Business Excellence*, 28(11–12), 1339–1356. <https://doi.org/10.1080/14783363.2016.1141659>
- Tironi, M., Teles, J., Barros, D., Vieira, D., Filho, C., Júnior, D., Matos, M., Sobrinho, C. (2016). Prevalência de Síndrome de Burnout em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(3), 270-277. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160053>
- Trigo, T., Teng, C., & Hallak, J. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revisões da Literatura, Archives of Clinical Psychiatry* 34(5), 223-233.

- Vala, J., Marques-Pinto, A., Moreira, S., Costa Lopes, R., Januário, P. (2017). Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas. *Edição Revista de Maio de 2017*. ICS, Lisboa.
- Varoli, I., & Souza, C. (2004). O sofrimento dos que tratam: burnout em profissionais de saúde mental. Em J. L. Pais Ribeiro & Isabel Leal (Ed.). *5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas*, (pp. 691-697). Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Veloso, R. (2020). *Burnout nos profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto.
- World Health Organization. (2019). Burn-Out an “Occupational Phenomenon”: International Classification of Diseases. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- World Health Organization. (2019). Staff Burnout. *Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*, WHO/MNH/MND/94.21, 1- 49.
- World Health Organization. (1998). Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. In *World Health Organization*, 91-110. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42043>
- Wu, Y., Wang, J., Luo, C., Hu, S., Lin, X., Anderson, A., Bruera, E., Yang, X., Wei, S., & Qian, Y. (2020). A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), 60-65. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008>
- Yates, S. (2020). Physician Stress and Burnout. *The American Journal of Medicine*, 133(2), 160–164. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.08.034>.

Anexos

Anexo A: Consentimento informado

O presente estudo surge no âmbito de uma dissertação de mestrado a decorrer no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. Este estudo incide sobre a síndrome de burnout nos médicos e enfermeiros durante a pandemia COVID-19 e pretende comparar os níveis de burnout com estudos anteriores, relacionar variáveis sociodemográficas e profissionais, e identificar fatores que influenciam os níveis de burnout.

O estudo é realizado pelo aluno André Oliveira, aacoa1@iscte-iul.pt, e orientado pela Professora Doutora Helena Lopes, que poderá contactar caso deseje colocar uma dúvida ou partilhar algum comentário.

A sua participação, que será muito valorizada, consiste em preencher um inquérito e poderá durar cerca de 15 minutos. Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo. Ainda que possa não beneficiar diretamente com a participação no estudo, as suas respostas vão contribuir para identificar os atuais níveis de burnout nos médicos e enfermeiros, permitindo desenvolver políticas de gestão de recursos humanos e de bem-estar no trabalho mais precisas, com o objetivo de estimular comportamentos e ambientes positivos nas organizações, tornando-as mais eficientes e eficazes.

A participação neste estudo é estritamente voluntária: pode escolher participar ou não participar. Se escolher participar, pode interromper a participação em qualquer momento sem ter de prestar qualquer justificação. Para além de voluntária, a participação é também anónima e confidencial. Os dados destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Em nenhum momento do estudo precisa de se identificar

Anexo B: Questionário

Parte I: Dados Sociodemográficos

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

1. Género: ☐ Masculino ☐ Feminino
2. Idade: anos
3. Distrito/Região:
4. Tem filhos? ☐ Sim ☐ Não
5. Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ou em União de facto
☐ Separado ou Divorciado ☐ Viúvo
6. Grau académico mais elevado que completou:
☐ Licenciatura ou Mestrado ☐ Doutoramento

Parte II: Características Profissionais

1. Categoria Profissional: ☐ Médico/a ☐ Enfermeiro/a ☐ Outra
2. Regime de trabalho: ☐ Com exclusividade ☐ Sem exclusividade
3. Exerce funções de chefia?: ☐ Sim ☐ Não
4. Tipo de vínculo: ☐ Efetivo/Permanente ☐ Contrato/Termo
5. Número de anos na função: anos
6. Número de anos na organização: anos
7. Em média quantas horas trabalha por dia na organização? horas

8. Tipo de horário: ☐ Rotativo/Turnos ☐ Fixo
9. Local de trabalho: ☐ Hospital ☐ Consultório Privado ☐ USF ☐ USP ☐ UCSP
☐ Lares/UCC ☐ Outros
10. Setor: ☐ Público ☐ Privado ☐ Ambos
11. Trabalha em emergência médica hospitalar? ☐ Sim ☐ Não

Parte III: MBI - Maslach Burnout Inventory

As afirmações que se seguem são sobre sentimentos relacionados com o seu trabalho.

Leia cada afirmação cuidadosamente e decida o que sente sobre o seu trabalho. Se nunca apresentou esse sentimento assinale **Nunca**. Se sim, indique a frequência que melhor o descreve:

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

	0	1	2	3	4	5	6
1. Sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho.							
2. Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho.							
3. Sinto-me cansada(o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.							
4. Posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas.							
5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais.							
6. Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim.							
7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes.							
8. Sinto-me esgotada(o) pelo meu trabalho.							
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.							
10. Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão.							
11. Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.							
12. Sinto-me com muita energia.							
13. Sinto-me frustrada(o) pelo meu trabalho.							

5. Como considera ser o apoio providenciado pela sua organização?

Nada adequado /inexistente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente adequado
----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

6. Sente que o seu trabalho é valorizado pela sociedade?

Nada valorizado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente valorizado
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

7. Qual o nível de pressão de tempo que a sua carga de trabalho lhe causa?

Nulo/ Não me sinto pressionado/a	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sinto-me muito pressionado/a
----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------------

8. Considerando todos os seus esforços e conquistas, como classificaria o seu salário?

Nada adequado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente adequado
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

9. Como avalia a sua carga de trabalho?

☐ Baixa

☐ Média

☐ Alta

10. Como considera as suas condições de trabalho?

Muito más -

1

2

3

4

5

- Muito boas

Anexo C: Pedido de colaboração (exemplo)

Exmo(a). Sr(a). Diretor(a) Executivo/a [REDACTED],

Eu, André Oliveira, aluno do Mestrado em Políticas de Desenvolvimento dos Recursos Humanos do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, venho por este meio **apresentar formalmente um pedido de colaboração para um estudo sobre o burnout nos médicos e enfermeiros antes e durante a pandemia.**

Este estudo de investigação faz parte de uma das exigências propostas pela Universidade para a conclusão do Mestrado. Trata-se, portanto, de um estudo de investigação e não se destina, de modo algum, a avaliar o funcionamento de organizações e/ou indivíduos particulares, sendo que todos os dados recolhidos são confidenciais e anónimos.

O que solicito concretamente é a vossa colaboração para a divulgação de um questionário via email aos médicos e enfermeiros, disponível em: www.burnoutnasaude.pt

Acrescento, por último, a importância da vossa colaboração para a investigação, pelo que ficarei extremamente grato caso considerem.

Sem outro assunto, subscrevo-me com elevada estima e consideração, agradecendo a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

André Oliveira

Anexo D: Pressupostos da RLM

Exaustão Emocional

Resumo do modelo^c

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R quadrado	Estatísticas de mudança			Sig. Mudança F
						Mudança F	df1	df2	
1	,227 ^a	,052	,041	11,31261	,052	4,632	11	934	,000
2	,730 ^b	,533	,522	7,98702	,481	86,428	11	923	,000

a. Preditores: (Constante), efetividade, Regime de trabalho, Sexo, Emergência hospitalar, Chefia_S, casadosvs, Categoria Profissional, Horário de trabalho, idade_2, Filhos, Idade

b. Preditores: (Constante), efetividade, Regime de trabalho, Sexo, Emergência hospitalar, Chefia_S, casadosvs, Categoria Profissional, Horário de trabalho, idade_2, Filhos, Idade, F2, carga_trabalho=Alta, F1, F3, Doentes COVID19, F4, F8, Condições de trabalho, F6, F7, F5

c. Variável Dependente: exaustao_score

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	6521,246	11	592,841	4,632	,000 ^b
	Resíduo	119528,890	934	127,975		
	Total	126050,136	945			
2	Regressão	67169,644	22	3053,166	47,861	,000 ^c
	Resíduo	58880,493	923	63,793		
	Total	126050,136	945			

a. Variável Dependente: exaustao_score

b. Preditores: (Constante), efetividade, Regime de trabalho, Sexo, Emergência hospitalar, Chefia_S, casadosvs, Categoria Profissional, Horário de trabalho, idade_2, Filhos, Idade

c. Preditores: (Constante), efetividade, Regime de trabalho, Sexo, Emergência hospitalar, Chefia_S, casadosvs, Categoria Profissional, Horário de trabalho, idade_2, Filhos, Idade, F2, carga_trabalho=Alta, F1, F3, Doentes COVID19, F4, F8, Condições de trabalho, F6, F7, F5

Estatísticas de resíduos^a

	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio	N
Valor previsto	,8747	52,3759	33,2273	8,43084	946
Resíduo	-26,06070	21,97390	,00000	7,89350	946
Erro Valor previsto	-3,837	2,271	,000	1,000	946
Erro Resíduo	-3,263	2,751	,000	,988	946

a. Variável Dependente: exaustao_score

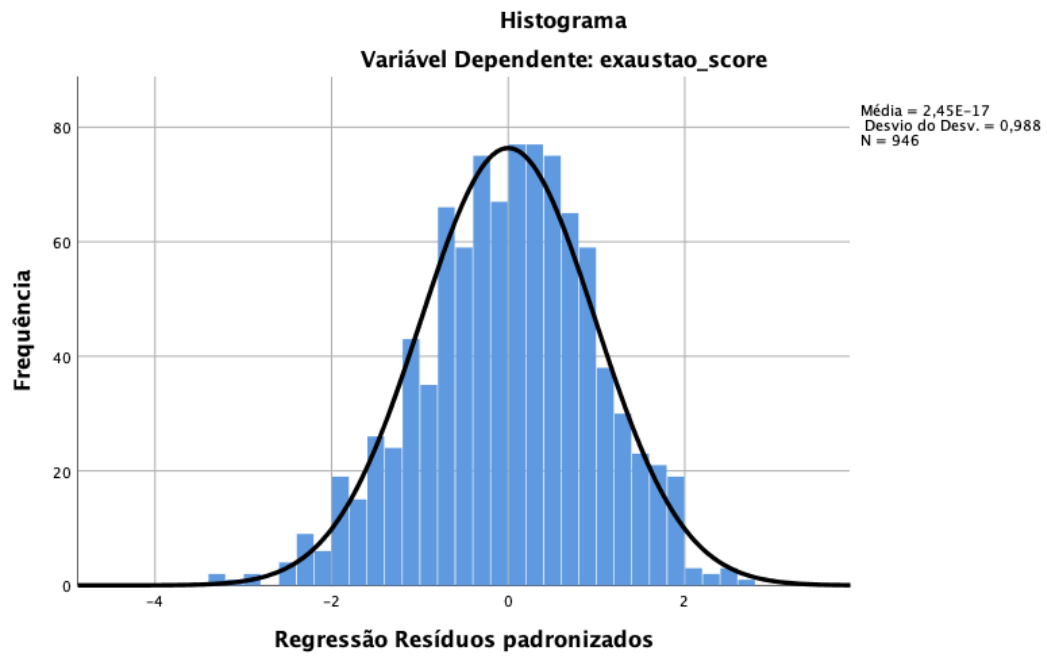
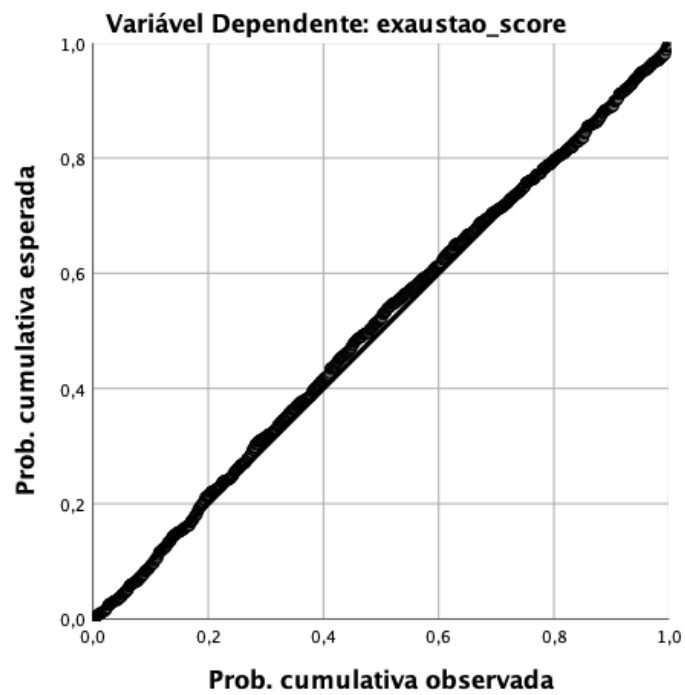
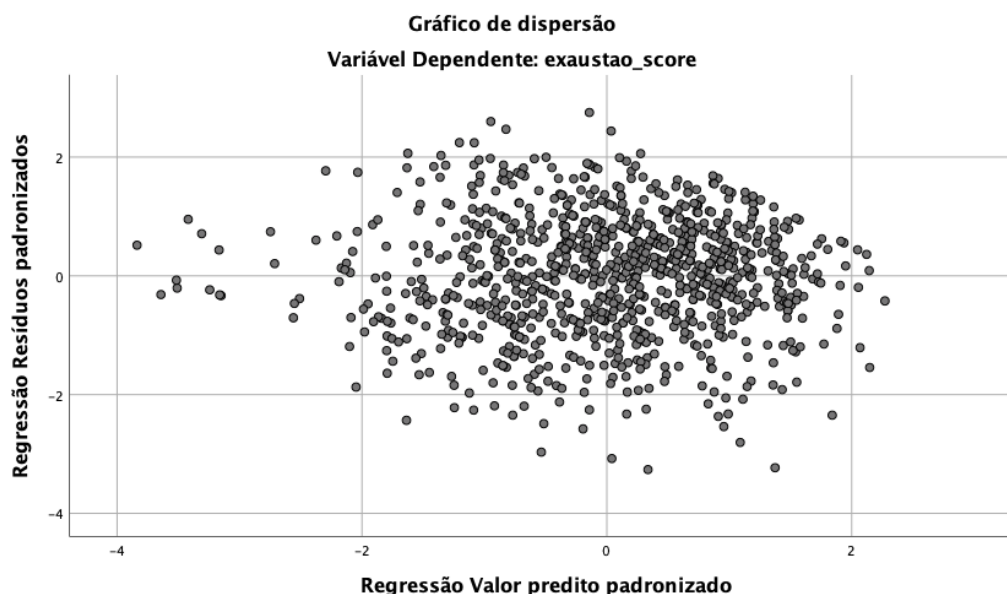


Gráfico P-P Normal de Regressão Resíduos padronizados





Despersonalização

Resumo do modelo^c

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R quadrado	Estatísticas de mudança			
						Mudança F	df1	df2	Sig. Mudança F
1	,297 ^a	,088	,078	6,04662	,088	8,233	11	934	,000
2	,501 ^b	,251	,234	5,51187	,163	18,274	11	923	,000

a. Preditores: (Constante), efetividade, Regime de trabalho, Sexo, Emergência hospitalar, Chefia_S, casadosvs, Categoria Profissional, Horário de trabalho, idade_2, Filhos, Idade

b. Preditores: (Constante), efetividade, Regime de trabalho, Sexo, Emergência hospitalar, Chefia_S, casadosvs, Categoria Profissional, Horário de trabalho, idade_2, Filhos, Idade, F2, carga_trabalho=Alta, F1, F3, Doentes COVID19, F4, F8, Condições de trabalho, F6, F7, F5

c. Variável Dependente: despersonalizacao_score

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	3311,047	11	301,004	8,233	,000 ^b
	Resíduo	34148,517	934	36,562		
	Total	37459,564	945			
2	Regressão	9418,122	22	428,096	14,091	,000 ^c
	Resíduo	28041,442	923	30,381		
	Total	37459,564	945			

a. Variável Dependente: despersonalizacao_score

b. Preditores: (Constante), efetividade, Regime de trabalho, Sexo, Emergência hospitalar, Chefia_S, casadosvs, Categoria Profissional, Horário de trabalho, idade_2, Filhos, Idade

c. Preditores: (Constante), efetividade, Regime de trabalho, Sexo, Emergência hospitalar, Chefia_S, casadosvs, Categoria Profissional, Horário de trabalho, idade_2, Filhos, Idade, F2, carga_trabalho=Alta, F1, F3, Doentes COVID19, F4, F8, Condições de trabalho, F6, F7, F5

Estatísticas de resíduos^a

	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio	N
Valor previsto	-1,9990	18,2302	9,4144	3,15694	946
Resíduo	-13,10350	17,83098	,00000	5,44734	946
Erro Valor previsto	-3,615	2,793	,000	1,000	946
Erro Resíduo	-2,377	3,235	,000	,988	946

a. Variável Dependente: despersonalizacao_score

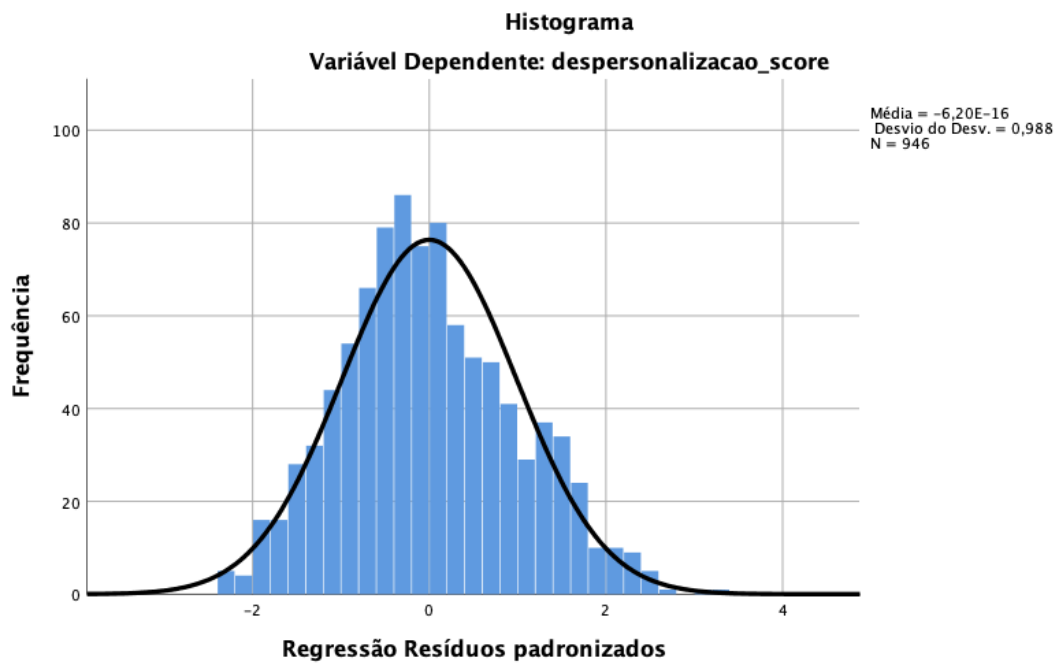
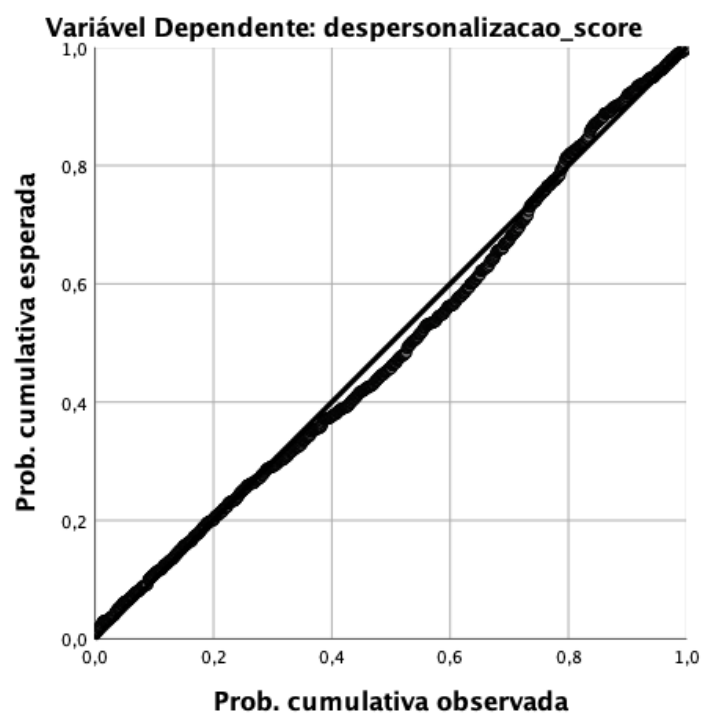
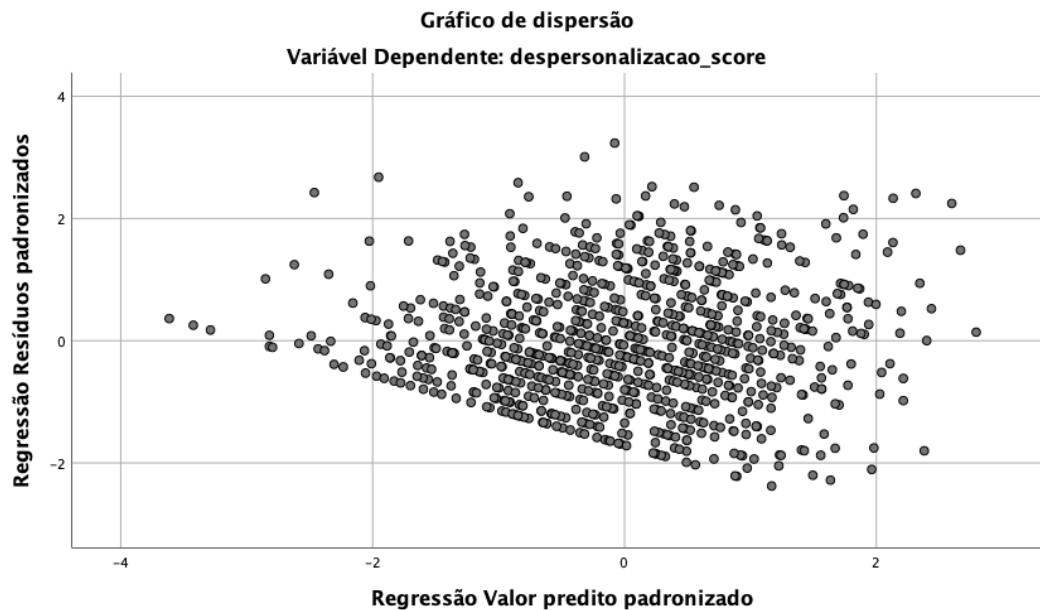


Gráfico P-P Normal de Regressão Resíduos padronizados





Realização Pessoal

Resumo do modelo^c

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R quadrado	Estatísticas de mudança			
						Mudança F	df1	df2	Sig. Mudança F
1	,254 ^a	,065	,054	6,99592	,065	5,861	11	934	,000
2	,494 ^b	,244	,226	6,32775	,179	19,879	11	923	,000

a. Preditores: (Constante), efetividade, Regime de trabalho, Sexo, Emergência hospitalar, Chefia_S, casadosvs, Categoria Profissional, Horário de trabalho, idade_2, Filhos, Idade

b. Preditores: (Constante), efetividade, Regime de trabalho, Sexo, Emergência hospitalar, Chefia_S, casadosvs, Categoria Profissional, Horário de trabalho, idade_2, Filhos, Idade, F2, carga_trabalho=Alta, F1, F3, Doentes COVID19, F4, F8, Condições de trabalho, F6, F7, F5

c. Variável Dependente: realizacao_score

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	3155,350	11	286,850	5,861	,000 ^b
	Resíduo	45712,719	934	48,943		
	Total	48868,069	945			
2	Regressão	11910,805	22	541,400	13,521	,000 ^c
	Resíduo	36957,263	923	40,040		
	Total	48868,069	945			

a. Variável Dependente: realizacao_score

b. Preditores: (Constante), efetividade, Regime de trabalho, Sexo, Emergência hospitalar, Chefia_S, casadosvs, Categoria Profissional, Horário de trabalho, idade_2, Filhos, Idade

c. Preditores: (Constante), efetividade, Regime de trabalho, Sexo, Emergência hospitalar, Chefia_S, casadosvs, Categoria Profissional, Horário de trabalho, idade_2, Filhos, Idade, F2, carga_trabalho=Alta, F1, F3, Doentes COVID19, F4, F8, Condições de trabalho, F6, F7, F5

Estadísticas de resíduos^a

	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio	N
Valor previsto	22,5516	43,3759	30,6734	3,55022	946
Resíduo	-26,24105	19,19960	,00000	6,25366	946
Erro Valor previsto	-2,288	3,578	,000	1,000	946
Erro Resíduo	-4,147	3,034	,000	,988	946

a. Variável Dependente: realizacao_score

Histograma

Variável Dependente: realizacao_score

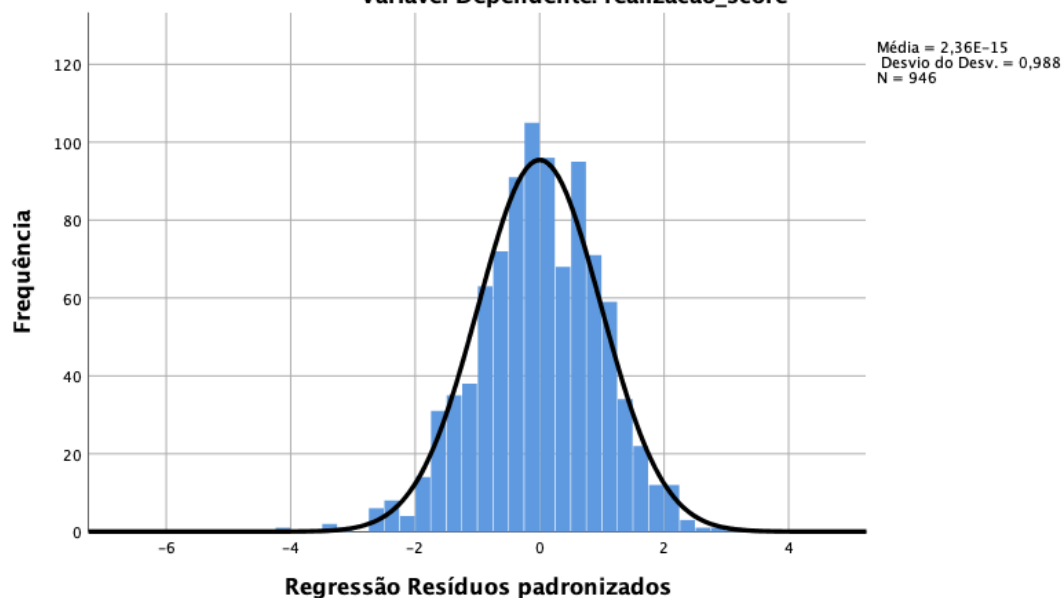


Gráfico P-P Normal de Regressão Resíduos padronizados

Variável Dependente: realizacao_score

