

**UNIVERSIDADE ABERTA**



UNIVERSIDADE  
**AbERTA**  
www.uab.pt

***BURNOUT NOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS: O SEU IMPACTO ORGANIZACIONAL***

**Nilzo Alberto Costa Fialho**

**Dissertação de Mestrado em Gestão**

**2021**



**UNIVERSIDADE ABERTA**



***BURNOUT NOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS: O SEU IMPACTO ORGANIZACIONAL***

**Nilzo Alberto Costa Fialho**

**Dissertação de Mestrado**

**Dissertação orientada pelo Professor Doutor Vitor Paulo Gomes da Silva**

**2021**



## Resumo

Em maio de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu o *burnout* na 11ª revisão da *International Classification of Diseases* (ICD-11).

Estudos sobre a *Síndrome de Burnout* têm demonstrado esta ter um grande impacto no mercado laboral, nomeadamente no absentismo, na intenção de deixar o cargo e na real saída do local de trabalho.

Diversos estudos provaram que sector da saúde é dos sectores económicos que apresenta as maiores taxas de absentismo laboral. Por tal facto considerámos importante avaliar a situação dos Terapeutas Ocupacionais em Portugal em relação à *Síndrome de Burnout* e o seu impacto na organização.

Realizámos um estudo do tipo quantitativo. Como instrumento de recolha de dados utilizámos o *Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey* em português, garantindo assim a fiabilidade do estudo, visto ser o instrumento mais utilizado para a avaliação do *burnout*. O questionário de caracterização dos respondentes foi criado pelo investigador. Os questionários de autopreenchimento foram respondidos *online* através da plataforma *surveymonkey*.

Quanto aos resultados, a maioria dos sujeitos da amostra (69,28% - 239 sujeitos) não revelou *burnout* em nenhuma das três dimensões da escala. Contudo, 30,72% dos sujeitos da amostra apresentaram valores indicadores de *burnout* numa ou mais dimensões.

Este trabalho revelou diferenças significativas na dimensão *exaustão emocional* entre quem faltou nos últimos seis meses e quem não faltou, revelando quem faltou uma maior exaustão emocional. Revelou também a existência de diferenças significativas – para pior - em todas as dimensões do *burnout* em quem pensou mudar de profissão ou de organização no último mês face a quem não pensou em tal. Finalmente, revelou diferenças significativas – também para pior - (i) nas dimensões *exaustão emocional* e *despersonalização* em quem pensou mudar de profissão nos últimos seis meses face a quem não pensou em tal e (ii) nas dimensões *exaustão emocional* e *realização pessoal baixa* em quem pensou mudar de organização nos últimos seis meses face a quem não pensou em tal.

**Palavras chave:** *Burnout*, Exaustão emocional; Despersonalização; Baixa produtividade; Absentismo ao trabalho; Abandono da profissão.

## **Summary**

In May 2019, the World Health Organization (WHO) included burnout in the 11th review of the International Classification of Diseases (ICD-11).

Studies on Burnout Syndrome have shown that it has a great impact in the labor market, namely absenteeism, the intention to leave the job and the actual departure from the workplace.

Several studies have shown that the health sector is one of the economic sectors that has the highest rates of absenteeism from work. For this reason, we considered it important to assess the situation of Occupational Therapists in Portugal in relation to Burnout Syndrome and its impact on the organization.

We carried out a quantitative study. As a data collection instrument, we used the Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey in Portuguese, thus guaranteeing the reliability of the study, as it is the most used instrument for assessing burnout. The respondents' characterization questionnaire was created by the researcher. The self-administered questionnaires were answered online through the surveymonkey platform. As for the results, the majority of subjects in the sample (69.28% - 239 subjects) did not show burnout in any of the three dimensions of the MBI - HSS. However, 30.72% of the subjects in the sample had burnout indicator values in one or more dimensions.

This study revealed significant differences in the emotional exhaustion dimension between those who were absent from work in the last six months and those who were not, revealing those who were absent a greater emotional exhaustion. It also revealed the existence of significant differences - for the worse - in all dimensions of burnout in those who thought about changing their profession or organization in the last month compared to those who did not. Finally, it revealed significant differences - also for the worse - (i) in the emotional exhaustion and depersonalization dimensions in those who thought changing their profession in the last six months compared to those who did not and (ii) in the emotional exhaustion and low personal fulfillment dimensions in whom thought about changing organization in the last six months compared to those who did not.

**Keywords:** Burnout, Emotional exhaustion; Depersonalization; Low productivity; Absenteeism to work; Abandonment of the profession.

## **Dedicatória**

Dedico esta Dissertação à minha filha Leonor, que a curiosidade e o desejo de aprender nunca lhe faltem.

## **Agradecimentos**

Agradeço a toda a minha família pelo seu apoio durante a realização do Mestrado em Gestão.

Agradeço ainda ao Professor Doutor Vitor Paulo Gomes da Silva, pelo apoio dado durante a elaboração desta Dissertação.

Agradeço à Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais pela disponibilidade em divulgar dos inquéritos aos seus associados.

## Índice Geral

<b>Introdução</b> .....	1
<b>Capítulo 1 - Revisão de literatura</b> .....	3
<b>1.1. Síndrome de Burnout - Definição e enquadramento histórico</b> .....	4
<b>1.2. Modelos Teóricos do Burnout</b> .....	7
1.2.1 Teoria Sociocognitiva do Eu .....	8
1.2.2 Teoria do Intercâmbio Social .....	11
1.2.3. Teoria Organizacional .....	12
1.2.4. Teoria Estrutural .....	16
1.2.5. Teoria Demandas-Recursos Laborais .....	17
<b>1.3. Antecedentes da Síndrome de Burnout</b> .....	18
1.3.1. Fatores individuais que têm influência sobre o <i>burnout</i> .....	19
<b>1.4. Impacto do burnout no trabalho</b> .....	23
1.4.1. O <i>burnout</i> nos profissionais da área de saúde .....	24
1.4.2. Absentismo laboral .....	26
<b>1.5. Profissão de Terapeuta Ocupacional</b> .....	28
<b>Capítulo 2 - Considerações metodológicas</b> .....	31
<b>2.1. Questão de investigação</b> .....	32
<b>2.2. Objetivo geral e objetivos específicos</b> .....	32
<b>2.3. Desenho da pesquisa</b> .....	32
2.3.1. Tipo de Estudo.....	32
2.3.2. Variáveis.....	33
2.3.3. População e respondentes.....	34
2.3.4. Colheita e Tratamento de Dados .....	35
<b>2.4. Caracterização dos respondentes</b> .....	36

<b>Capítulo 3 - Apresentação dos Resultados</b> .....	44
<b>3.1. Nível de <i>burnout</i> (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal Baixa)</b> .....	45
<b>3.2. Impacto dos fatores sociodemográficos e profissionais no <i>burnout</i></b> .....	48
<b>3.3. O impacto do <i>burnout</i> no absentismo e no desejo de mudança (profissional ou de organização)</b> .....	71
<b>Síntese e conclusão</b> .....	77
<b>Referências bibliográficas</b> .....	90
<b>Anexos</b> .....	99
Anexo I - Licença para a utilização de 325 cópias do Maslach Burnout Inventory + Licença para a utilização de 25 cópias do Maslach Burnout Inventory .....	100
Anexo II – Contacto ACSS fevereiro de 2020 .....	103
Anexo III – Contacto ACSS agosto de 2020 .....	105
Anexo IV – Contacto APTO Outubro de 2020 .....	107

## Índice de Gráficos

Gráfico 3.01 - Burnout % de sujeitos com valores mais altos de Exaustão Emocional e Despersonalização e valores mais baixos de Realização Pessoal .....	46
Gráfico 3.02 - Sexo vs % <i>burnout</i> .....	49
Gráfico 3.03 - Idade vs % de Exaustão Emocional ( $\geq 3,5$ ) .....	51
Gráfico 3.04- Idade vs % Despersonalização ( $\Rightarrow 3,5$ ) .....	51
Gráfico 3.05 - Idade vs % Baixa Realização Pessoal ( $< 3,5$ ) .....	52
Gráfico 3.06 - Estado civil vs % <i>burnout</i> .....	54
Gráfico 3.07 - Filhos vs % <i>burnout</i> .....	55
Gráfico 3.08 - Local de trabalho vs Exaustão Emocional ( $\Rightarrow 3,5$ ) .....	57
Gráfico 3.09 - Local de trabalho vs Despersonalização ( $\Rightarrow 3,5$ ) .....	57
Gráfico 3.10 - Local de trabalho vs Baixa Realização Pessoal ( $< 3,5$ ) .....	58
Gráfico 3.11 - Tipo de vínculo vs Exaustão Emocional ( $\Rightarrow 3,5$ ) .....	60
Gráfico 3.12 - Tipo de vínculo vs Despersonalização ( $\Rightarrow 3,5$ ) .....	60
Gráfico 3.13 - Tipo de vínculo laboral vs Baixa Realização Pessoal ( $< 3,5$ ) .....	61
Gráfico 3.14 - Tempo de exercício profissional vs % Exaustão Emocional ( $\Rightarrow 3,5$ ) .....	63
Gráfico 3.15 - Tempo exercício profissional vs % Despersonalização ( $\Rightarrow 3,5$ ) .....	63
Gráfico 3.16 - Tempo exercício profissional vs % Realização Pessoal Baixa ( $< 3,5$ ) .....	64
Gráfico 3.17 - Tempo na organização vs % Exaustão Emocional ( $\Rightarrow 3,5$ ) .....	65
Gráfico 3.18 - Tempo na organização vs % Despersonalização ( $\Rightarrow 3,5$ ) .....	66
Gráfico 3.19 - Tempo na organização vs % Baixa Realização Pessoal ( $< 3,5$ ) .....	66
Gráfico 3.20 - Carga horária vs % <i>burnout</i> .....	68
Gráfico 3.21 - Há quanto teve férias vs <i>burnout</i> .....	69
Gráfico 3.22 - Contexto laboral no período de confinamento vs % <i>burnout</i> .....	71
Gráfico 3.23 – Faltas nos últimos meses vs % de <i>burnout</i> .....	73
Gráfico 3.24 - Pensar mudar de profissão ou de organização vs % de <i>burnout</i> .....	75

## Índice de Tabelas

Tabela 1.01 - Principais contribuições conceituais sobre o <i>burnout</i> .....	6
Tabela 1.02 - Modelos explicativos do <i>burnout</i> .....	7
Tabela 1.03 - Classificação dos Stressores laborais .....	21
Tabela 1.04 – Absentismo laboral no SNS por grupo profissional .....	27
Tabela 2.01 – Caracterização dos respondentes relativamente ao sexo, idade, estado civil, existência de filhos e distrito de residência .....	37
Tabela 2.02 – Caracterização dos respondentes relativamente às habilitações académicas, instituição onde se formou, local de trabalho, carga horária semanal e vínculo profissional .....	38
Tabela 2.03 – Caracterização dos respondentes relativamente ao tempo de exercício profissional e ao tempo de serviço na organização .....	39
Tabela 2.04 – Caracterização dos respondentes relativamente ao exercício de funções numa atividade secundária e há quanto tempo teve férias.....	40
Tabela 2.05 – Percentagem de respondentes que pensaram mudar de profissão ou de organização no último mês ou nos últimos 6 meses.....	40
Tabela 2.06 – Caracterização dos respondentes relativamente às faltas no último mês .	41
Tabela 2.07 – Caracterização dos respondentes relativamente às faltas nos últimos 3 meses .....	41
Tabela 2.08 – Caracterização dos respondentes relativamente às faltas nos últimos 6 meses .....	42
Tabela 2.09 – Contexto laboral durante o período de confinamento devido ao coronavírus SARS-CoV-2 .....	43
Tabela 3.01 – Estatística Descritiva (Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo) Dimensões da MBI .....	45
Tabela 3.02 – Cruzamento de frequências entre as 3 dimensões da MBI.....	47
Tabela 3.03: t de Student para amostras independentes: comparação sexo feminino e masculino nos <i>scores</i> médios das dimensões da MBI.....	48

Tabela 3.04 - ANOVA ONE WAY: comparação entre as faixas etárias nos <i>scores</i> médios das dimensões da MBI.....	50
Tabela 3.05 - ANOVA ONE WAY: comparação entre os estados civis nos <i>scores</i> médios das dimensões da MBI.....	53
Tabela 3.06: t de Student para amostras independentes: comparação sexo quem tem filhos e quem não tem filhos nos <i>scores</i> médios das dimensões da MBI.....	54
Tabela 3.07 - ANOVA ONE WAY: comparação entre os locais de trabalho nos <i>scores</i> médios das dimensões da MBI.....	56
Tabela 3.08 - ANOVA ONE WAY: comparação entre os diferentes vínculos profissionais nos <i>scores</i> médios das dimensões da MBI .....	59
Tabela 3.09 - ANOVA ONE WAY: comparação entre os diferentes tempos de exercício profissional nos <i>scores</i> médios das dimensões da MBI .....	62
Tabela 3.10 - ANOVA ONE WAY: comparação entre os diferentes tempos de organização nos <i>scores</i> médios das dimensões da MBI.....	65
Tabela 3.11 - ANOVA ONE WAY: comparação entre os grupos com diferentes cargas horárias nos <i>scores</i> médios das dimensões da MBI .....	67
Tabela 3.12 – t de Student – Comparação entre quem teve férias nos últimos 6 meses e quem teve férias há mais de 6 meses nas dimensões da MBI .....	69
Tabela 3.13- ANOVA ONE WAY: comparação entre os grupos com diferente contexto laboral nos <i>scores</i> médios das dimensões da MBI .....	70
Tabela 3.14 – t de Student para amostras independentes: comparação entre quem faltou e quem não faltou nos <i>scores</i> médios das dimensões da MBI .....	71
Tabela 3.15 - t de Student – Comparação entre quem pensou mudar de profissão ou de organização e quem não pensou nisso nos últimos meses nas dimensões da MBI.....	74

## **Índice de Figuras**

Figura 1.01 – Tradução pelo autor de Bakker & Demerouti (2016) .....	17
Figura 1.02 – Quadro 9 - Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde 2018.....	27

## Abreviaturas e siglas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP.
APTO	Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais
<i>ICD-11</i>	<i>International Classification of Diseases – versão 11</i>
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MBI-HSS	<i>Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TO	Terapia Ocupacional/Terapeuta Ocupacional
TSDT	Técnicos Superiores das áreas de Diagnóstico e Terapêutica
WHO	<i>World Health Organization</i>



## Introdução

Este trabalho de investigação pretende avaliar a existência da *Síndrome de Burnout* nos terapeutas ocupacionais portugueses e qual poderá ser o impacto na vida organizacional nos locais onde eles desempenham funções.

O conceito primordial de *burnout* defende que contacto social entre o profissional e o utente dá origem a uma ligação emocional entre eles, e na tentativa de não construir sentimentos e de lidar com a exaustão, os profissionais recorrem à despersonalização do utente (Maslach & Jackson, 1981, p. 99).

Como é característico das profissões de ajuda, os profissionais da área da saúde mantêm um elevado nível de contato social com os pacientes ou destinatários dos serviços e com os colegas de trabalho. Para os profissionais que apresentam níveis altos de ansiedade e de apego, o contato social durante o tratamento e no contexto de trabalho, pode implicar o gasto de energias superior ao habitual, o que levará à exaustão (Leiter, Day, & Price, 2017, p. 28).

*Burnout* tem sido associado a várias formas de alteração na vida laboral, como o absentismo, a intenção de deixar o cargo e a real saída do local de trabalho.

Em Portugal, “o sector da saúde pública é dos sectores económicos que apresenta as maiores taxas de absentismo laboral”, e as estatísticas oficiais mostram como sendo as doenças não profissionais a causa mais relevante desse absentismo, conforme relatórios do Departamento de Estudos, Prospecção e Planeamento, do Ministério da Segurança Social e do Trabalho (Agapito & Cardoso De Sousa, 2010, p. 134).

Em março de 2019, a Ministra da Saúde, Marta Temido, informou que tinha mandado realizar um estudo sobre o absentismo e o seu impacto económico nas instituições do Sistema Nacional de Saúde, visto que em 2017 os profissionais de saúde totalizaram quase 3,8 milhões de dias em falta, sendo que 46,3% eram devidas a doença.

A ministra acrescentou ainda que as faltas ao trabalho no Ministério da Saúde em 2017 correspondiam a uma taxa de absentismo de 11%, muito superior à média de 4% nos outros organismos da Administração Pública (Público, 2019).

Estando a profissão de Terapeuta Ocupacional englobada nas profissões de saúde, julga-se que realizar um estudo que possa trazer mais informação sobre os impactos de uma síndrome tão específica, numa área tão sensível como a saúde, representa uma enorme mais-valia para compreender o impacto do *burnout* nestes profissionais e para uma adequada gestão dos mesmos no seu local de trabalho.

Este trabalho tem como Questão de Investigação: Quais as implicações de fatores sociodemográficos e profissionais no *Síndrome de Burnout* revelado em terapeutas ocupacionais portugueses; e qual o impacto deste no respetivo absentismo e desejo de mudança (de profissão ou de organização)?

Esta investigação pretende desenvolver e orientar os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar a amostra que se pretende estudar de acordo com as variáveis sociodemográficas e indicadores da situação profissional.
2. Avaliar o *burnout* nas suas dimensões (i) exaustão emocional, (ii) despersonalização e (iii) realização pessoal baixa.
3. Comparar os níveis de *burnout* relativamente ao sexo, idade, estado civil, família.
4. Comparar os níveis de *burnout* relativamente ao local de trabalho, tipo de vínculo laboral, número de anos na profissão, número de anos na organização, número de horas de trabalho, tempo decorrido desde as férias, contexto laboral no período de confinamento.
5. Avaliar a relação entre o *burnout* e o absentismo ao trabalho.
6. Avaliar a relação entre o *burnout* e o desejo de mudança (de profissão ou de organização).

O tipo de estudo segue a metodologia do tipo quantitativo, exploratório e descritivo simples, recorrendo a aplicação de questionário *Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey* em português, garantindo assim a fiabilidade do estudo. O restante questionário de caracterização dos respondentes foi criado pelo investigador.

Os questionários de autopreenchimento foram respondidos digitalmente através da plataforma *surveymonkey*. A recolha de dados foi realizada entre os dias 5 e 19 de julho de 2020. Para o tratamento de a tratamento de dados usou-se o software *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 26.0.

Esta dissertação está estruturada segundo as Normas de Apresentação das dissertações e das teses da Universidade Aberta, estando dividida em cinco partes: Introdução; Revisão de Literatura; Considerações metodológicas; Apresentação de Resultados, Síntese e Conclusão.

## **Capítulo 1 - Revisão de literatura**

## 1.1. *Síndrome de Burnout* - Definição e enquadramento histórico

A *Síndrome de Burn-out* (ou *burnout*) foi descrito pela primeira vez em 1974, pelo psiquiatra norte-americano Herbert Freudenberger, como sendo um estado de fadiga ou frustração que é produzida pela dedicação a uma causa, maneira de vida ou relação que não produz o reforço esperado (Freudenberger, 1974, p. 160). Para o mesmo autor, “é dar de si mesmo num nível psicológico. Isto é o mesmo que dizer que o oposto do *burnout* é a autorrealização” (União, 2014, p. 24).

Em maio de 2019 a OMS incluiu o *burnout* na 11ª revisão da *International Classification of Diseases (ICD-11)* como um fenómeno ocupacional (World Health Organization, 2019).

O *burnout* é descrito no capítulo 'Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com os serviços de saúde', que inclui razões pelas quais as pessoas entram em contato com os serviços de saúde, mas que não são classificadas como doenças ou condições de saúde (World Health Organization, 2019).

*Burnout* é definido no ICD-11 da seguinte maneira:

“*Burn-out* é uma síndrome conceituada como resultante de estresse no local de trabalho que não foi gerido com sucesso. Sendo caracterizada por três dimensões:

- Sentimentos de esgotamento ou exaustão de energia;
- Distância mental aumentada do trabalho de alguém, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho de alguém; e
- Eficácia profissional reduzida”.

O *burnout* refere-se especificamente a fenómenos no contexto ocupacional e não deve ser aplicado para descrever experiências em outras áreas da vida (World Health Organization, 2019).

O *burnout* “é classificado como uma síndrome de exaustão emocional e cinismo que ocorre frequentemente entre indivíduos que trabalham de alguma forma com pessoas” (Maslach & Jackson, 1981, p. 99). Para os mesmos autores, o “aspecto-chave da *Síndrome de Burnout* é o aumento dos sentimentos de exaustão emocional. À medida que seus recursos emocionais são esgotados, os trabalhadores sentem que não são mais capazes de se entregar a um nível psicológico” (Maslach & Jackson, *ibidem*).

Ressalvam ainda que “o desenvolvimento de atitudes e sentimentos negativos e cínicos sobre os clientes” (Maslach & Jackson, 1981, *ibidem*) é outro aspeto da síndrome. Tais

reações negativas para com os clientes podem estar ligadas à experiência de exaustão emocional, ou seja, esses dois aspetos do *burnout* parecem estar relacionados (Maslach e Jackson, *ibidem*).

No mesmo artigo, Maslach & Jackson, referem que o *burnout* “parece ser um fator na rotatividade de trabalho, absentismo e baixa moral” (Maslach & Jackson, 1981, p. 100). Além disso, o *burnout* parece estar “correlacionado com vários índices auto reportados de sofrimento pessoal, incluindo exaustão física, insônia, aumento do uso de álcool e drogas e problemas conjugais e familiares” (Maslach & Jackson, *ibidem*).

O *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e o conceito de Cristina Maslach tornaram-se praticamente inquestionáveis (Millan, 2013, p. 5).

“São, (...) estas as três dimensões *major* do *burnout*:

- A exaustão emocional ocorre quando o indivíduo percebe não possuir mais condições de despendar a energia que o seu trabalho requer;
- A despersonalização é considerada uma dimensão típica da *Síndrome de Burnout* e um elemento que permite distingui-la do *distress*. Originalmente apresenta-se como uma defesa inconsciente da carga emocional que decorre do contacto direto com o outro. Desencadeiam-se atitudes insensíveis em relação às pessoas nas funções que desempenha, ou seja, o indivíduo em sofrimento cria uma barreira para não permitir o impacto nocivo dos problemas e sofrimentos alheios. O profissional em *burnout* acaba por usar o cinismo, a rigidez ou até mesmo o ignorar do sentimento/necessidade da outra pessoa;
- A reduzida realização profissional é um estado misto de sensação de insatisfação que o profissional passa a ter com ele próprio e com a execução das suas tarefas, derivando daí sentimentos de incompetência, baixa autoestima e recriminações pessoais” (Frasquilho, 2005, pp. 91-92).

A exaustão emocional representa as dimensões básicas de *stress* individual do *burnout* e refere-se aos sentimentos de esgotamento dos recursos emocionais e físicos do indivíduo. A componente de cinismo (ou despersonalização) representa a dimensão do contexto interpessoal. A baixa realização representa a dimensão de autoavaliação do *burnout* e refere-se a sentimentos de incompetência e falta de produtividade no trabalho. (Aronsson *et al.*, 2017, p. 2).

Até chegar ao esgotamento emocional, o indivíduo passa por diferentes fases: fase de entusiasmo e altas expectativas, de idealização; fase de estagnação; fase da frustração, onde questiona, inclusive, a utilidade de trabalho, destacando todas as dificuldades e os

aspectos negativos, e onde surgem os problemas emocionais; no final alcança um estado de apatia ou aversão a trabalho (Caballero *et al.*, 2001, p. 314).

Os resultados de *burnout* incluem baixa satisfação no trabalho, diminuição da saúde mental e diminuição da qualidade dos cuidados (Dewa, Loong, Bonato, Thanh e Jacobs, 2014, p. 2).

Desde os anos 70 do século passado este campo de pesquisa cresceu extremamente e de acordo com um artigo 2014 na revista *Burnout Research*, “há mais de 1000 artigos de revistas sobre diferentes aspectos do *burnout* publicados todos os anos” (Maslach & Leiter, 2014, p. 1).

**Tabela 1.01 - Principais contribuições conceituais sobre o *burnout***

<b>Autores</b>	<b>Definição</b>
Freudenberguer (1974)	Um sentimento de exaustão, decepção e perda de interesse resultante de sobrecarga devido a demandas de energia, recursos pessoais ou força espiritual do empregado
Edelwich e Brodsky (1980)	Perda progressiva de idealismo, energia e razões nas profissões de ajuda, em consequência das condições de trabalho.
Cherniss (1980)	Processo transaccional de estresse e tensão no trabalho
Maslach e Jackson (1981)	Síndrome de Exaustão Emocional, Despersonalização e Baixa Realização Pessoal cuja manifestação ocorre entre indivíduos que trabalham com pessoas
Brill (1984)	<i>“Estado disfuncional e disfórico relacionado ao trabalho, onde o sujeito não sofre de outra alteração psicopatológica maior que (a) que desenvolveu no seu trabalho para obter desempenho e níveis afetivos apropriados ao mesmo contexto de trabalho; (b) não recuperará níveis anteriores sem ajuda externa ou uma nova provisão ambiental”</i> (p.12)
Pinos e Aronson (1988)	Um estado caracterizado por exaustão física, emocional e mental como resultado da exposição a experiências estressantes
Schaufeli e Buunk (1996)	Um processo multidimensional caracterizado por comportamento negativo dentro da organização, prejudicando não apenas o indivíduo que a sofre, mas também esta.
Schaufeli e Enzmann (1998)	<i>“Estado mental persistente, negativo e relacionado ao trabalho em indivíduos ‘normais’ que se caracteriza principalmente pela exaustão, acompanhada de desconforto, uma sensação incompetência e motivação reduzidas e desenvolvimento de atitudes disfuncionais no trabalho”</i> p. 36)
Gil-Monte e Peiró (1999)	Resposta crónica ao trabalho em que o indivíduo desenvolve aspectos associados ao fracasso profissional, exaustão emocional e atitudes negativas em relação a terceiros.

---

Shirom (2003) Uma reação afetiva ao estresse prolongado cujo espectro central é identificado com perda progressiva de energia.

---

Tradução pelo autor de Carballeira, 2017, p. 22

---

## 1.2. Modelos Teóricos do *Burnout*

No estudo do *burnout*, desde o seu início (Freudenberger, 1974) foram sendo desenvolvidas várias correntes teóricas de investigação do fenómeno com o propósito de descrever as suas causas e compreender seu processo de desenvolvimento (Manzano-García & Ayala-Calvo, 2013, p. 803).

O surgimento de modelos teóricos do *burnout* visava explicar os fatores envolvidos no seu desenvolvimento, bem como a importância de integrá-los em quadros teóricos mais amplos (García García & Herrer Remunzgo, 2010, p. 87).

Os autores Gil Monte & Peiró Silla (1999) apresentam uma categorização dos modelos etiológicos em quatro linhas de pesquisa: Teoria Sociocognitiva do Eu, Teoria do Intercâmbio Social, Teoria Organizacional e Teoria Estrutural. Posteriormente Gil-Monte e Neveu (2013, citados por Carballeira, 2017, p. 33) incluem uma categoria teórica adicional, representado pela Teoria das Demandas - Recursos Laborais. (Tabela 1.02).

**Tabela 1.02 - Modelos explicativos do *burnout***

Teorias	Modelos
	Modelo de Competência de Harrison (1983)
Teoria Sociocognitiva do Eu	Modelo de Pines (1993)
	Modelo de Cherniss (1993)
	Modelo de Autocontrolo de Thompson, Page e Cooper (1993) Teoria do Intercâmbio
Teoria do intercâmbio social	Modelo de Comparação Social de Buunk e Schaufeli (1993)
	Modelo de Conservação de Recursos de Hobfoll e Freedy (1993)
Teoria Organizacional	Modelo de Golembiewski, Munzenrider e Carter (1983)
	Modelo Leiter e Maslach (1988)
	Modelo de Cox, Kuk e Leiter (1993)

Modelo de Winnubst (1993)	
Teoria Estrutural	Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995)
Teoria Demandas- Recurso Laborais	Modelo Demandas-Recursos Laborais (Demerouti <i>et al.</i> , 2001)
Tradução e adaptação pelo autor de Carballeira, 2017. p. 33	

Das diferentes teorias que, seguidamente, iremos apresentar, um elemento comum, são as pessoas confrontadas com o seu trabalho, mas a ligação pessoa-trabalho será percebida com diferentes variáveis (competição, efetividade percebida, motivação, despersonalização, autoeficácia percebida, autoconsciência, emoção, habilidades, recursos, culpa, etc.).

Um outro aspecto comum a todas as teorias é que elas concebem a *Síndrome de Burnout* como resultado de um *stress* crónico no trabalho que se perpetuará com o tempo e causará consequências indesejáveis (Manzano-García & Ayala-Calvo, 2013, p. 803).

### 1.2.1 Teoria Sociocognitiva do Eu

Os modelos incluídos na Teoria Sociocognitiva do Eu têm como principal característica atribuir às variáveis auto (autoeficácia, autoconfiança, autoconceito) um papel fulcral na elaboração de proposições.

Esses modelos consideram que as cognições individuais influenciam a forma como percebem a realidade e, simultaneamente, essas cognições são modificadas devido aos efeitos derivados das ações tomadas, assim como pelo acumular de experiências observadas nos outros (Carballeira, 2017, p. 34).

Os modelos da Teoria Sociocognitiva do Eu demonstram que o grau de segurança que o sujeito mostra nas suas próprias capacidades tem influência direta no nível de esforço necessário para alcançar seus objetivos. Este tipo de atitude será acompanhado reações emocionais associadas à depressão ou *stress* (Gil Monte & Peiró Silla, 1999, p. 263; Manzano-García & Ayala-Calvo, 2013, p. 800).

Dentro da Teoria Sociocognitiva do Eu existem quatro modelos teóricos, que são o Modelo de Competência de Harrison (1983), o Modelo de Pines (1993), o Modelo de Cherniss (1993) e o Modelo de Thompson, Page e Cooper (1993).

### **1.2.1.1. Modelo de Competência de Harrison**

A competência e a efetividade percebida são os principais fatores que justificam o desenvolvimento de *burnout* nas profissões da área da saúde. Defende que os profissionais que realizam o seu trabalho em contato com clientes de instituições de saúde têm um alto grau de motivação para ajudar os outros, bem como altos sentimentos de altruísmo.

Em contrapartida, no seu ambiente de trabalho existem inúmeros elementos que possibilitam ou dificultam a eficácia do trabalhador (sobrecarga de trabalho, tomada de decisão, ambiguidade de função, disponibilidade de recursos, entre outros) (Carballeira, 2017, p. 34).

Se os fatores de ajuda prevalecerem (objetivos realísticos do trabalho, formação profissional, disponibilidade de recursos), aliados à alta motivação, os resultados serão positivos. Apresenta a motivação como um fator que predeterminará a eficácia do funcionário na consecução dos objetivos de trabalho. Ou seja, quanto maior a motivação melhor será a eficiência do trabalho e nos sentimentos relacionados à competência social. Pelo contrário, quando os sujeitos encontram um ambiente onde predominam os fatores de barreira (*stress*, sobrecarga de trabalho, falta de recursos), os sentimentos de eficácia diminuem à medida que não conseguem atingir expectativas iniciais, e se essa situação for mantida ao longo do tempo levará ao *burnout* (Carballeira, *ibidem*).

### **1.2.1.2. Modelo Pines**

Pessoas com fortes incentivos são incorporadas no local de trabalho, com objetivos e expectativas altas, que podem ser de natureza universal, derivada da profissão ou de natureza pessoal. Todos estes aspetos combinados fazem com que o funcionário aspire a fazer seu trabalho e a dar sentido à sua vida.

Num ambiente em que as qualidades positivas são maximizadas, os profissionais motivados poderão atingir seus objetivos e atender plenamente às suas expectativas (Carballeira, 2017, p. 35).

No entanto, se os funcionários motivados e identificados com o trabalho não conseguem atingir seus objetivos, ficam frustrados e sentem que não são capazes de dar sentido à sua vida. Esse processo de decepção, em que o sujeito não se pode adaptar, é um poderoso gatilho para o *burnout*.

### **1.2.1.3. Modelo de Cherniss**

As características do ambiente de trabalho interagem com os próprios aspectos do sujeito e com fatores extralaborais, como suporte social ou demandas externas. Então a resposta a uma combinação negativa de todos esses elementos favorece o desenvolvimento de *burnout*.

Através deste modelo, é possível estabelecer uma relação causal entre a incapacidade para expressar sentimentos de competição ou sucesso pessoal e *burnout*. E é devido a isso que Cherniss (1993) introduz o conceito de autoeficácia no paradigma, uma variável vinculada ao compromisso e motivação.

Dessa forma, os trabalhadores com fortes sentimentos de autoeficácia percebidos experimentam menos *stress* em cenários desafiadores. Se os trabalhadores lidam positivamente com desafios, as situações serão menos *stressantes*.

O modelo demonstra que a conquista independente e bem-sucedida de metas aumenta a autoeficácia, enquanto o fracasso em atingir essas metas provoca uma baixa autoeficácia e, finalmente, surge o *burnout* (Carballeira, *ibidem*).

### **1.2.1.4. Modelo de Autocontrole de Thompson, Page e Cooper**

Este modelo apresenta o surgimento do *burnout* associado a quatro fatores: as discrepâncias entre as demandas da tarefa e os recursos do trabalhador; o nível de autoconsciência do funcionário; as expectativas de sucesso; os seus sentimentos de autoconfiança (Manzano-García & Ayala-Calvo, 2013, p. 804).

A variável que adquire relevância especial é a autoconsciência, que localizada nos traços de personalidade é entendida como a capacidade de um funcionário controlar seus níveis de *stress* durante a execução de uma atividade. Os indivíduos que mostram uma tendência exagerada à autoconsciência terão níveis mais altos de *stress* (Carballeira, 2017, p. 36).

Em contrapartida, a discrepância entre as demandas e os recursos do profissional intensifica o grau de autoconsciência, o que pode levar a uma perda de confiança nas suas capacidades, que levará a sentimentos de baixa satisfação.

Se as expectativas de sucesso e autoconfiança do empregado não atingirem as metas estabelecidas, o profissional manifestará sentimentos de frustração. Segundo Gil-Monte e Peiró (1997 citados por Carballeira, 2017, p. 36) os indivíduos tendem a resolver estes desafios através da despersonalização.

Contudo, a predisposição para adotar atitudes otimistas e positivas contribui para aumentar a confiança dos funcionários e torna possível enfrentar os fatores de barreira, facilitando o desaparecimento do *burnout* (Carballeira, *ibidem*).

## **1.2.2 Teoria do Intercâmbio Social**

*Burnout* é explicado pela percepção de falta de equidade que os indivíduos exibem nas profissões da saúde. As interações interpessoais que são estabelecidas nesses contextos de trabalho levam a relações de troca que, em última análise, se tornam um processo de comparação social.

Conseqüentemente, se os indivíduos perceberem que contribuem consecutivamente para a organização numa proporção maior do que recebem, acabam desenvolvendo sentimentos de *burnout* (Gil Monte & Peiró Silla, 1999, p. 263; Manzano-García & Ayala-Calvo, 2013, p. 804; Ruyz & Ríos, 2004, p. 145).

Dentro da Teoria do Intercâmbio Social foram desenvolvidos dois modelos teóricos, o Modelo de Comparação Social de Buunk e Schaufeli (1993) e o Modelo de Conservação de Recursos de Hobfoll e Freedy (1993).

### **1.2.2.1. Modelo de Comparação Social de Buunk e Schaufeli**

Os autores encontraram, no campo da enfermagem, relações existentes entre os processos de troca social com os pacientes e os processos de afiliação e comparação social com os pares. Na primeira situação, os profissionais identificam três variáveis relevantes do *stress* relacionadas ao *burnout*, como a incerteza, a percepção de equidade e a falta de controle.

A incerteza está associada à falta de clareza sobre os sentimentos e pensamentos sobre como agir. A percepção de equidade refere-se ao equilíbrio percebido entre o que os funcionários contribuem e o que recebem no decorrer de seus relacionamentos. Finalmente, a falta de controle refere-se à possibilidade ou capacidade do indivíduo de controlar os resultados de suas ações de trabalho (Carballeira, 2017, p. 37).

A percepção de equidade e as expectativas de recompensa nem sempre são concretizadas, uma vez que a interação estabelecida entre ambas as partes nem sempre é a esperada.

Relativamente aos mecanismos e processos de afiliação e comparação social com colegas, Buunk e Schaufeli (1993, citados por Carballeira, 2017, p. 37) sugerem que o suporte social teria um papel contraproducente em situações *stressantes*, pois esse tipo de relacionamento ameaça a autoestima dos indivíduos. Assim sendo, os indivíduos evitam a presença dos seus colegas com medo de serem classificados como incompetentes.

#### **1.2.2.2. Modelo de Conservação de Recursos de Hobfoll e Freedy**

A motivação específica é a base para o modelo da Conservação de Recursos, que defende que os indivíduos se esforçam para obter e manter aquilo que valorizam - sendo essas coisas denominadas "recursos". Quando as circunstâncias no trabalho ou o fora deste ameaçam a manutenção ou obtenção de recursos, o *stress* ocorre.

Assim, o *stress* psicológico ocorre durante uma destas três condições: quando os recursos são ameaçados; quando os recursos são perdidos; e quando os indivíduos investem recursos e não colhem o nível esperado de retorno.

Ao considerar o conceito de *burnout*, deve-se também afirmar que a exaustão física ou a sobrecarga de trabalho provavelmente farão as pessoas sentirem-se inseguras com as suas capacidades para o sucesso desse processo motivacional. O que faz com que a perda de recursos seja acentuada durante períodos de sobrecarga física ou psicológica.

A sobrecarga diminui o tempo disponível para considerar uma gama completa de opções e mobilizar recursos; e porque a complexidade dos problemas pode estar além dos recursos intelectuais e organizacionais, essa situação é vista como um terreno fértil e ameaçador para que ocorram perdas (Hobfoll & Freedy, 1993, p. 117).

#### **1.2.3. Teoria Organizacional**

O ambiente organizacional é essencial para a compreensão do *burnout*, pois é definido como um fenómeno psicológico negativo relacionado ao trabalho (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993, p. 131).

A Teoria Organizacional tem por base modelos que dão enfoque aos *stressores* do trabalho e às estratégias para enfrentar o *burnout*. E definem as variáveis envolvidas no surgimento do *burnout* como sendo o suporte percebido, estrutura, clima e cultura

organizacional, juntamente com as habilidades do indivíduo para desafiar situações stressantes.

Os modelos desenvolvidos na Teoria Organizacional são o modelo de Golembiewski, Munzenrider e Carter (1983), o modelo de Cox, Kuk e Leiter (1993) e o modelo de Winnubst (1993).

### **1.2.3.1. Modelo Golembiewski, Munzenrider e Carter**

Segundo Golembiewski, Munzenrider, & Carter (1983, p. 468) o *stress* é desencadeado em consequência da pobreza de papéis e da sobrecarga de trabalho, e por esse motivo os indivíduos demonstram sentimentos de perda de autonomia e controlo, que por sua vez desencadeiam a diminuição de sua própria imagem, a irritabilidade e a fadiga. Como consequência imediata o funcionário desenvolve estratégias para distanciar-se da situação *stressante* de trabalho.

Se o funcionário mantiver a empatia sem se envolver nos problemas dos clientes, esse distanciamento pode ser de natureza construtiva. Se, pelo contrário, o indivíduo demonstrar indiferença emocional e cinismo, o distanciamento será contraproducente.

No caso de o distanciamento refletir atitudes despersonalizadas, o *burnout* será revelado. A persistência dessa situação resultará em sentimentos de despersonalização que corresponderiam aos primeiros episódios de *burnout* (Golembiewski *et al.*, 1983, p. 469). Consequentemente o sujeito revelará baixa realização pessoal no local de trabalho e, no futuro, exaustão emocional. A repercussão para a organização é significativa, pois afeta a satisfação, o envolvimento no trabalho e o desempenho, com impacto negativo na produtividade (Carballeira, 2017, p. 48).

### **1.2.3.2. Modelo de Leiter e Maslach**

Este modelo propõe a existência de uma relação causal entre as três dimensões da síndrome, da qual resulta o seguinte processo:

- A exaustão emocional surge como resposta individual às demandas do trabalho e ao *stress* crónico que provocam.
- A exaustão emocional pode fazer com que trabalhadores se refugiem num distanciamento psicológico. No caso das profissões nas quais existe um estreito relacionamento com os outros, o distanciamento dirige-se preponderantemente às pessoas

a quem se destina o trabalho. No caso das profissões que prescindem do contato direto frequente com o cliente, esse distanciamento dirige-se ao próprio trabalho (Maslach *et al.*, 2001, p. 403).

Os autores admitem que no caso das profissões de contato um certo distanciamento é necessário no sentido de moderar a compaixão sentida em relação ao cliente e permitir que o trabalho seja desenvolvido de forma mais efetiva.

No entanto, quando este distanciamento se torna exagerado, compondo um quadro de desinteresse em relação ao cliente, através de respostas ríspidas e intolerantes, pode ocorrer a instalação da segunda dimensão de *burnout*, a Despersonalização e o Cinismo (Maslach *et al.*, *ibidem*).

Por fim, os sentimentos de despersonalização e cinismo comprometem o desempenho do trabalhador e fazem com que haja uma percepção diminuída de autoeficácia e comprometimento, fechando-se assim o circuito causal de desenvolvimento da síndrome. Os autores consideraram exaustão emocional como sendo o elemento central e mais importante na caracterização da síndrome, acrescentando que em geral as pesquisas sobre *burnout* têm estabelecido, de forma bastante sólida, a relação sequencial de exaustão para despersonalização/cinismo (Leite, 2007, p. 34).

Na revisão do modelo feita pelos seus autores, a questão da interação entre o trabalhador e o contexto de trabalho é aprofundada. Assim, analisam a dinâmica de aproximação e distanciamento entre o trabalhador e fatores que consideram relevantes da realidade do trabalho, a saber: carga, controle, recompensa, relacionamento com a comunidade, percepção de justiça e valores.

O *burnout* estaria então relacionado ao confronto entre o exigido e o que o trabalhador consegue dar. O *burnout* surge devido ao desequilíbrio crônico entre as exigências do trabalho e capacidade de resposta do trabalhador (Maslach *et al.*, *ibidem*).

Por outro lado os autores afirmam que o apoio social no trabalho tem sido considerado moderador da relação entre *stressores* no trabalho e reações ao *stress* dos trabalhadores (Leiter & Maslach, 1988, p. 299).

### **1.2.3.3. Modelo de Cox, Kuk e Leiter**

Defende que o *burnout* surge como consequência de um episódio particular dentro do processo de *stress* laboral, e quando as estratégias de enfrentamento a esse *stress*, utilizadas pelo trabalhador, são ineficazes (Leite, 2007, p. 35).

Os autores consideram a exaustão emocional como a dimensão central da síndrome, que está empiricamente relacionada com o “sentir-se gasto” (cansado, confuso e debilitado emocionalmente) e o “sentir-se pressionado” (ameaçado, tenso, ansioso), sendo uma resposta geral que engloba variáveis emocionais e de bem-estar.

A despersonalização é tida como uma estratégia de enfrentamento que surge diante do sentimento de exaustão emocional, enquanto o sentimento de baixa realização profissional é resultado de uma avaliação cognitiva do sujeito sobre sua própria experiência em relação ao *stress* laboral, estando relacionada com o significado do trabalho e as expectativas profissionais frustradas.

Apresentam a realização profissional como tendo uma ação moderadora sobre os efeitos que os sentimentos de exaustão emocional exercem na despersonalização (Cox *et al.*, 1993, p. 182).

A saúde organizacional é apresentada pelos autores como forma de ajuste, de coerência e de integração dos sistemas psicossociais da organização, que se expressam pelas suas políticas, estrutura e procedimentos. O constructo *saúde organizacional*, ou mais especificamente, a forma como os trabalhadores a percebem, seria uma variável antecedente aos níveis de *stress* percebidos, afetando, portanto, a intensidade de resposta a esse *stress* (Cox *et al.*, 1993, p. 186).

#### **1.2.3.4. Modelo Winnubst**

As principais variáveis antecedentes de *burnout* propostas por esse modelo estão relacionadas com a estrutura, a cultura e o clima organizacional e, ainda, o suporte social no trabalho.

Segundo o autor, a estrutura organizacional é o elemento central na formação do ambiente de trabalho. Afirmam que as estruturas organizacionais burocráticas e mecânicas propiciam a realização de trabalhos mais rotineiros do que criativos, a formalidade, o perfeccionismo, a monotonia e a conformidade com as normas. Já as estruturas centradas na profissionalização propiciam maior competitividade, conflito interpessoal e disfunções de papel, embora também reforcem a criatividade e a autonomia (Winnubst, 1993, p. 153).

O autor propõe que toda estrutura organizacional terá um sistema de suporte social que se ajusta ao tipo de estrutura. O sistema de suporte social manifesta interdependência com o clima organizacional, de modo que podemos esperar uma melhoria, otimizando o clima

organizacional. Consequentemente a estrutura e o suporte cultural e social são mantidos por critérios éticos, como consequência dos valores mantidos na organização (Winnubst, 1993, p. 160).

A análise desses critérios éticos permite-nos prever em que medida as organizações estimulam o surgimento do *burnout*. Assim o suporte social torna-se um fator primordial na prevenção dos níveis de *burnout*, (Carballeira, 2017, p. 49).

#### **1.2.4. Teoria Estrutural**

A Teoria Estrutural explica que *burnout* tem características relacionadas com antecedentes pessoais, interpessoais e organizacionais. Estes modelos transacionais indicam que o *stress* surge do desequilíbrio entre as demandas do emprego e a capacidade de resposta do indivíduo (Carballeira, *ibidem*).

##### **1.2.4.1. Modelo Gil-Monte, Peiró, & Valcárcel**

Este modelo surge de ampla revisão sobre modelos explicativos de *burnout*, feita pelos autores, que entendem que uma única perspectiva é insuficiente para explicar de maneira satisfatória a etiologia da síndrome, e como tal propõem a integração de variáveis oriundas dos referenciais teóricos da Teoria Organizacional, da Teoria Sociocognitiva e das Teorias da Troca Social (Leite, 2007, p.46).

Analisa o *burnout* através de uma série de variáveis de natureza diferente, como estratégias organizacionais, pessoais e de enfrentamento. Assim, o *burnout* é tido como uma resposta ao *stress* que resulta da má gestão das estratégias de enfrentamento. A reação dos sujeitos a situações ameaçadoras é abordada como uma variável mediadora entre o *stress* percebido e as consequências para a organização e para o indivíduo (problemas de saúde, baixa satisfação no trabalho) (Carballeira, 2017, p. 50).

Em 2005, o autor Gil-Monte (citado por Leite, 2007, p. 47) acrescenta que o processo de *burnout* tem início com o desenvolvimento concomitante de baixa realização profissional e de exaustão emocional, sendo estes dois fatores preditores de despersonalização.

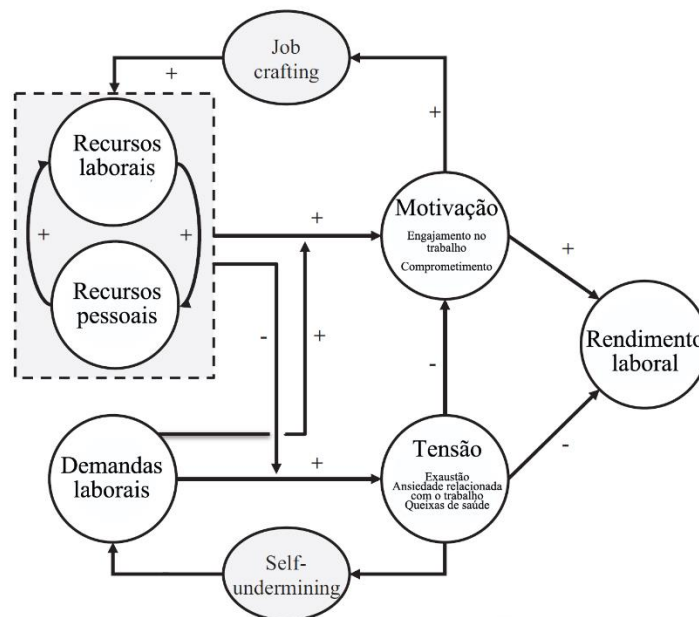
Segundo esse modelo, não existe qualquer ligação entre exaustão emocional e baixa realização profissional.

## 1.2.5. Teoria Demandas-Recursos Laborais

### 1.2.5.1. Modelo de Demandas-Recursos Laborais (Demerouti, Nachreiner, Bakker e Schaufeli)

O modelo de Demandas-Recursos Laborais é uma estrutura teórica que tenta integrar duas tradições de pesquisa bastante independentes: a pesquisa de *stress* e a pesquisa da motivação (Demerouti & Bakker, 2011, p. 1).

De acordo o modelo de Demandas-Recursos Laborais, as demandas de trabalho são iniciadoras de um processo de comprometimento da saúde e os recursos do trabalho são precursores de um processo motivacional. O modelo especifica, ainda, como as demandas e os recursos interagem e predizem importantes resultados organizacionais.



Bakker, Demerouti (2016)

Figura 1.01 – Tradução pelo autor de Bakker & Demerouti (2016, p. 3)

Bakker & Demerouti (2016, pp. 2-3) estipularam sete proposições referentes ao Modelo de Demandas - Recursos Laborais, a seguir enunciadas.

Proposição 1 – Todos os tipos de características do trabalho podem ser classificados em uma de duas categorias: demandas e recursos laborais.

Proposição 2 - As demandas e os recursos do emprego instigam dois processos muito diferentes, a saber, um processo de comprometimento da saúde e um processo motivacional.

Proposição 3 - Funcionários que têm muitos recursos disponíveis podem lidar melhor com suas demandas.

Proposição 4 - Os recursos do emprego influenciam particularmente a motivação quando as demandas de trabalho forem altas.

Proposição 5 - Recursos pessoais como otimismo e a autoeficácia pode desempenhar um papel semelhante aos recursos do trabalho. Recursos pessoais referem-se às crenças que as pessoas têm sobre quanto controle elas têm sobre o seu ambiente. Indivíduos com alto otimismo e autoeficácia acreditam que coisas boas lhes acontecerão e que são capazes de lidar com eventos imprevistos.

Proposição 6 - A motivação tem um efeito positivo no rendimento laboral, enquanto a tensão no trabalho tem um impacto negativo no rendimento laboral. A motivação ajuda a orientar para objetivos e a focar nas tarefas de trabalho. Além disso, os trabalhadores envolvidos têm toda a energia e entusiasmo para ter um bom rendimento. Por outro lado, trabalhadores com altos níveis de exaustão ou queixas de saúde não possuem recursos energéticos para atingir suas metas de trabalho.

Proposição 7 - Funcionários motivados pelo seu trabalho provavelmente utilizarão comportamentos de *job crafting*, o que fará elevar o nível dos recursos pessoal e laborais e aumentar os níveis de motivação.

### **1.3. Antecedentes da *Síndrome de Burnout***

A investigação relativa aos antecedentes do *burnout* constatou que as variáveis situacionais estão extremamente relacionadas como preditor da *Síndrome de Burnout*, quando comparadas às variáveis individuais. Tanto a demanda de trabalho como a falta de recursos essenciais são fatores extremamente cruciais em termos de antecedentes do *burnout* (Maslach & Goldberg, 1998, p. 65).

### **1.3.1. Fatores individuais que têm influência sobre o *burnout***

#### **1.3.1.1. Variáveis pessoais**

A maioria das pesquisas que analisaram as causas de *burnout* centraram-se nas condições e no ambiente de trabalho, com o foco principal nos *stressores* de papéis, nomeadamente, na ambiguidade de papéis, na sobrecarga e no conflito de papéis (Cordes & Dougherty, 1993, p. 628).

Apesar de diversos estudos indicarem que esses *stressores* estão intimamente associados à experiência de *burnout* (Cordes & Dougherty, 1993, p. 625), permanecia a questão do porquê alguns indivíduos relataram estar exaustos, ansiosos e percebendo poucas realizações, enquanto outros que trabalhavam em ambientes semelhantes relataram menos ou nenhum desses sintomas (Zellars, Perrewé, & Hochwarter, 2000, p. 1571).

*Burnout* como sendo devido a questões individuais bem como do meio ambiente foi algo proposto por Savicki & Cooley (1983). Por seu turno, Kahill (1988, p. 289) afirma que as relações interpessoais problemáticas com clientes, amigos e familiares parecem estar associadas ao *burnout*, embora o número de investigações seja muito pequeno para permitir que consequências específicas sejam inferidas com confiança.

O *burnout* é maior entre pessoas que têm um *locus* de controlo externo (atribuir eventos e realizações a pessoas poderosas ou ao acaso), em vez de um *locus* de controlo interno (atribuições à capacidade e ao esforço próprios) (Maslach *et al.*, 2001, p. 410).

A associação entre vários traços de personalidade, nomeadamente os traços de personalidade do Modelo de Cinco Fatores (Neuroticismo, Extroversão, Agradabilidade, Consciência e Abertura) e a predisposição ao *burnout* foram analisados por Swider & Zimmerman (2010).

O neuroticismo inclui traços de ansiedade, hostilidade, depressão, autoconsciência e vulnerabilidade. Indivíduos neuróticos são emocionalmente instáveis e propensos ao sofrimento psicológicos (Maslach *et al.*, 2001, p. 411).

O neuroticismo reflete diferenças individuais na ansiedade, depressão, raiva, vergonha, emocionalidade, preocupação e insegurança. No geral, essa dimensão da personalidade é fator de desgaste no trabalho, na direção oposta à extroversão, prazer e consciência (Kim, Shin, & Umbreit, 2007, p. 425).

Num estudo realizado a enfermeiros foi evidenciado a relação do neuroticismo com a Exaustão, Cinismo e Eficácia Profissional (Allen & Mellor, 2002).

A extroversão é caracterizada pelos indivíduos serem mais propensos a experimentar emoções positivas, como alegria, entusiasmo e otimismo; e essas emoções positivas devem tornar os extrovertidos esperançosos em relação ao desempenho futuro no trabalho, levando a níveis mais baixos de exaustão emocional. Da mesma forma, o aumento da probabilidade de emoções positivas deve influenciar não apenas as suas avaliações de trabalhos futuros, mas também as suas avaliações atuais (Swider & Zimmerman, 2010, p. 489).

A agradabilidade apresenta sentimentos com a simpatia, gentileza, carinho, compaixão (Bui *et al.*, 2011, p. 463), e espera-se que funcionários agradáveis se comportem de maneiras que evoquem respostas favoráveis aos seus ambientes sociais. Logo, é expectável se que essas interações sociais positivas tornem os trabalhadores menos suscetíveis ao *burnout*.

A consciência descreve indivíduos organizados, minuciosos, metódicos (Bui *et al.*, 2011, p. 463). A persistência e a autodisciplina do indivíduo fará com que resolva problemas que surjam (Bakker, Zee, Lewig, & Dollard, 2006, p. 36).

A consciência tem sido relatada como a disposição mais importante na relação com o desempenho no trabalho (Kim *et al.*, 2007, p. 425).

A consciência está significativamente associada à realização pessoal e à eficácia profissional (Deary *et al.*, 1996, p. 15).

A abertura à experiência representa indivíduos com interesses amplos, curiosos, imaginativos, perspicazes, recetivos e não convencionais. (Bui *et al.*, 2011, p. 462; Zellars *et al.*, 2000, p. 1579). São indivíduos imaginativos, com sensibilidade à arte e à beleza e têm uma vida emocional rica e complexa; são intelectualmente curiosos, comportamentalmente flexíveis e não-dogmáticos nas suas atitudes e valores (Costa & Mccrae, 1992, p. 7).

Os indivíduos com uma maior abertura, são menos prováveis de despersonalizar os seus clientes devido à sua tendência para simpatizar com o outro (Zellars *et al.*, 2000, p. 1589).

### **1.3.1.2. Variáveis demográficas**

Os dados demográficos foram já estudado por diversas vezes, mas os resultados mostraram-se pouco consistentes (Carballeira, 2017, p. 72).

De todas as variáveis demográficas estudadas, a idade é a que se relaciona de forma mais consistente com o *burnout*. Entre os funcionários mais jovens, o nível de *burnout* é maior

do que entre aqueles com mais de 30 ou 40 anos. Idade é confundida com experiência de trabalho, e então o esgotamento parece ser um risco maior no início da carreira (Maslach *et al.*, 2001, p. 409).

No entanto, outros estudos afirmam o contrário. Ahola *et al.* (2006, p. 13) relataram um maior nível de *burnout* entre funcionários mais velhos, sendo o cinismo menor no intervalo de idade de 36 a 41 anos, e sendo superior nas idades anteriores e posteriores.

No estudo de Losa Iglesias, Vallejo, & Fuentes, (2010, p. 34) a análise indicou associações significativas entre a idade e a exaustão emocional. Os resultados indicam que os enfermeiros com 30 anos ou menos pontuaram significativamente mais baixo na subescala de exaustão emocional do que os enfermeiros com mais de 30 anos.

No estudo de Attafar, Asl, & Shahin ( 2011, p. 275) sobre um grupo de bibliotecários iranianos, verificou-se que os valores de realização pessoal são maiores a partir dos cinquenta anos.

Mas também existem estudos que não encontraram nenhuma relação entre a idade e o *burnout* (Bui *et al.*, 2011, p. 464). Este mesmo estudo não conclui que o género tenha impacto no *burnout*.

### 1.3.1.3. Variáveis organizacionais

Um ambiente laboral hostil provoca reações negativas que, por períodos prolongados, levam ao desenvolvimento de *burnout* (Maslach & Jackson, 1984, p. 148) .

Apesar de ser uma tarefa complicada desenvolver uma classificação satisfatória dos aspectos organizacionais, devido à diversidade de *stressores* que estão ligados ao ambiente de trabalho, Carballeira (2017) criou a tabela seguinte.

**Tabela 1.03 - Classificação dos *stressores* laborais**

<b>Autores</b>	<b>Categorias</b>	<b><i>Stressores</i> laborais</b>
Cordes e Dougherty (1993)	Características laborais	Relacionamento dos funcionários com os clientes
	Características da função	Sobrecarga de papéis, conflito e ambiguidade.
	Características organizacionais	Contexto de trabalho, recompensas e punições
Gil-Monte y Peiro (1997)	Ambiente físico de trabalho e conteúdo do cargo	<i>Stressores</i> físicos, sobrecarga de trabalho, turnos de trabalho, oportunidades de desenvolvimento de habilidades

	Desempenho de papéis, relacionamento interpessoal e desenvolvimento de carreira	Ambiguidade de papéis, conflito de papéis, relacionamentos interpessoais ou oportunidades de promoção relações
	Novas tecnologias e outros aspetos organizacionais	Grau de participação do sujeito na tomada de decisão, falta de apoio social percebido
	Variáveis extra-organizacionais	Relações trabalho-família
Maslach <i>et al.</i> (2001)	Características organizacionais	Aspetos sociais, económicos e culturais
	Características ocupacionais	Profissões
	Características do trabalho	Processos laborais: Conflito de funções Recursos de mão de obra: controle, informação, <i>feedback</i>
Gil-Monte <i>et al.</i> (2005)	Ambiente social da organização	Condições sociodemográficas; mudanças nos regulamentos, condições tecnológicas ou conceção de trabalho
	Sistema físico-tecnológico da organização	Configuração da estrutura organizacional, regras, características da tarefa e tecnologia da organização
	Sistema sócio interpessoal da organização	Disfunção nas funções de trabalho, conflitos interpessoais e falta de apoio social
Chen & Kao (2012)	Características do trabalho	Características do trabalho, características da função e demandas do trabalho
	Características das organizações	Sistemas, contexto e recursos

Tradução e adaptação pelo autor de Carballeira, 2017, p. 75

Cordes & Dougherty (1993, p. 632) afirmam que os fatores de risco relacionados com o contexto de trabalho podem ser identificados com o cargo, a função e a organização. Os fatores de risco relativos ao trabalho referem-se ao relacionamento que os colaboradores mantêm com clientes em qualquer setor profissional.

Maslach *et al.*, (2001, p. 403) apresentam que a divisão mais apropriada dos fatores de *stress* no trabalho é encontrada nas características do trabalho, nas perspectivas ocupacional e organizacional.

Gil-Monte & Peiró, (1998, p. 120) distinguem duas perspectivas, a clínica e a psicossocial, e definem que a etiologia da síndrome teria como causas principais os aspectos individuais. A segunda perspectiva entende a *Síndrome de Burnout* como um processo que se desenvolve na interação de características do ambiente de trabalho e características pessoais.

Para Chen & Kao (2012, p. 869) as tarefas de trabalho não estão alheadas às propriedades da organização, uma vez que o seu desenvolvimento está enquadrado na alocação de recursos, numa hierarquia e em regras de funcionamento.

Os mesmos autores defendem que a demanda do trabalho poderá levar ao *burnout*, que por sua vez poderá levar a problemas de saúde. Já os recursos de trabalho, poderão levar ao isolamento do colega, que por sua vez poderá levar a alteração do desempenho no trabalho (Chen & Kao, 2012, p. 871).

#### **1.4. Impacto do *burnout* no trabalho**

*Burnout* tem sido associado a várias formas de alteração no emprego, como o absentismo, a intenção de deixar o cargo e a real saída do local de trabalho. Há relatos de que os educadores estão sujeitos a altos níveis de *stress* durante sua carreira, algo que pode influenciar a sua saúde física e mental (Borg; Farber; Gugliemi & Tatro, citados em Kroupis *et al.*, 2017, p. 6).

Um número crescente de empresas começa a prestar atenção, não só à saúde física de seus funcionários, mas também à sua saúde psicológica. O *stress* ocupacional existe em todas as ocupações, mas o *stress* ocupacional excessivo tem sido considerado como "tóxico" do ambiente do trabalho, e muitas vezes é associado com aspetos psicológicos e de saúde física (Wang *et al.*, 2017, p. 1).

A relação entre satisfação no trabalho e *burnout* tem sido de grande interesse para muitos pesquisadores. Os resultados revelaram relações negativas moderadas a altas (Bhana & Haffeejee; Dolan,; Koeske, Kirk, Koeske, & Rauktis, citados em Kroupis *et al.*, 2017, p. 6).

Outro resultado interessante é que o salário é um recurso e um motivador importante no trabalho. O salário é selecionado como um moderador porque é um recurso de trabalho

valioso que pode reforçar a confiança de alguém para lidar com o *stress*, com as características desfavoráveis de trabalho, e reduzir os níveis de *burnout* experimentados pelos trabalhadores.

É provável que os funcionários bem remunerados façam esforços adicionais, tenham uma atitude positiva para superar uma situação laboral miserável e tenham maiores recursos, como a alta autoestima, mais persistência, confiança e esforço na realização de uma tarefa.

Como tal, eles são suscetíveis de usar estilos de enfrentamento ativos, procurando proactivamente recursos que podem usar para lidar com uma situação *stressante* e reduzir o desgaste (Salami & Ajitoni, 2016, p. 377).

#### **1.4.1. O *burnout* nos profissionais da área de saúde**

O trabalho na área da saúde é particularmente social, os profissionais trabalham em equipas o que exige interação permanente entre os colegas de trabalho, supervisores, profissionais e técnicos de outras áreas de especialidade ou grupos de trabalho. Grande parte do trabalho nos cuidados de saúde refere-se, direta ou indiretamente, à assistência ao utente, onde a interação com ele e com seus familiares se torna imprescindível.

O resultado deste intenso e necessário contato com o utente e com os seus entes queridos pode ser o distanciamento psicológico, que representa uma característica fundamental do *burnout* e tem um papel importante no trabalho do profissional de saúde (Santos, 2015, p. 30).

É de lembrar que o conceito primordial de *burnout* defende que a relação emocional dá origem a uma ligação entre o profissional e o utente, e na tentativa de não construir sentimentos e de lidar com a exaustão, os profissionais recorrem à despersonalização do utente (Maslach & Jackson, 1981, p. 139).

Como meio de autodefesa contra sentimentos perturbadores, os profissionais da área da saúde podem diminuir a sua compaixão para com os pacientes, recorrendo ao distanciamento psicológico; tendo como objetivo evitar envolver-se demasiado e manter uma distância objetiva.

Numa situação que o doente tenha uma condição que seja transtornante de se ver ou difícil de lidar, torna-se mais fácil para o profissional prestar os cuidados necessários, se pensar

no paciente como um determinado caso ou sintoma em vez de o encarar como um ser humano em sofrimento.

No entanto, muitas vezes o equilíbrio desvia-se em direção a uma percepção negativa e despersonalizada dos utentes; e uma visão depreciativa dos utentes é suscetível de ser acompanhada por um declínio na qualidade do cuidado prestado pelos profissionais (Santos, 2015, p. 31).

Consequentemente, esses profissionais colocam em causa a própria aptidão para trabalhar e construir uma carreira na área da saúde, e sentem que as suas realizações pessoais estão aquém das suas expectativas (Santos, 2015, p. 29).

Nas profissões ligadas ao setor da saúde a tomada de decisão representa uma posição decisiva e sem retorno, pois optar por um determinado procedimento de tratamento errado pode prejudicar o estado de saúde do utente e no limite provocar a sua morte. Mas não é só o utente que é afetado. Isso pode afetar a saúde dos profissionais, e colocam-nos sob pressão e desafios constantes no exercício das suas funções (Gomes *et al.*, 2009, p. 307). Estimativas recentes da prevalência de *burnout* em médicos dos Estados Unidos da América provêm da pesquisa nacional, em 2014, onde mais de metade dos médicos que responderam ao questionário - 54,4% - relataram pelo menos um sintoma de *burnout*, um aumento de 8,9 pontos percentuais desde a pesquisa nacional anterior, em 2011 (Britt *et al.*, 2017, p. 29).

No trabalho de Macía-Rodríguez *et al.* (2020, p. 6) mostra-se que um terço dos inquiridos demonstra uma elevada prevalência de *burnout*, demonstrando que esta síndrome é um problema em crescimento entre os profissionais de saúde.

A instituição hospitalar tem uma estrutura organizacional complexa quanto aos seus profissionais, papéis, hierarquia, divisão do trabalho, objetivos, estrutura orgânica e as normas que regulem a sua atividade.

A instituição hospitalar é semelhante a uma empresa, mas a sua prática profissional está voltada unicamente para a eficácia da prestação de cuidados aos utentes, o que implica muitas vezes a desvalorização das condições de trabalho indispensáveis para a saúde e o bem-estar dos profissionais que se encontram quase permanentemente expostos a situações que requerem elevado envolvimento emocional (Santos, 2015, p. 33).

O *burnout* nos profissionais de saúde tem chamado à atenção da comunidade científica, devido às suas consequências, nomeadamente o sofrimento dos profissionais, a qualidade dos cuidados prestados, e os custos que impõe às organizações e sistemas de saúde (Jesus

et al., 2014, p. 48); sendo reforçada a noção de que os profissionais de saúde são dos mais expostos ao *burnout* (Nascimento, 2016).

#### **1.4.2. Absentismo laboral**

O absentismo laboral, grosso modo, corresponde à não comparência do funcionário no seu local de trabalho. No entanto, existem diferentes formas de definir o absentismo laboral, conforme os autores.

A ausência por doença, ou mais concretamente, a “ausência de trabalho atribuída à incapacidade, é agora um problema cada vez mais importante, visto em termos económicos, sociais ou estritamente médicos” (Taylor, 1974, p. 35).

O absentismo laboral pode então definir-se como um fenómeno de etiologia multifatorial, caracterizado por ausências não previstas ao trabalho, que têm reflexos diretos ou indiretos nos custos das empresas; sendo que, no sector da saúde, este fenómeno tem repercussões negativas na qualidade dos serviços prestados aos utentes (Agapito & Cardoso De Sousa, 2010, p. 134).

O absentismo laboral é considerado um problema social, administrativo e financeiro para as organizações, tanto nos países em vias de desenvolvimento como nos países desenvolvidos.

O combate ao absentismo laboral passa pela sua prevenção, sendo necessário um conhecimento aprofundado das suas causas e relações. Este fenómeno não pode ser completamente eliminado, mas pode ser reduzido (Nkombo, 2018, p. 32).

O relatório do *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* realizado por Edwards & Greasley (2010), apresenta dados de 2007 do Ministério do Trabalho de Solidariedade Social, onde Portugal apresentava uma taxa de absentismo de 6,8%, na qual era contabilizada a licença de maternidade e de paternidade. Sem a contabilização dessas licenças a taxa de absentismo laboral ficaria pelos 6%.

Segundo o mesmo relatório, Espanha, em 2008, apresentava uma taxa de absentismo laboral de 5,4 %. Os autores tentam estimar o custo do absentismo laboral por país, mas em diversos países, incluindo Portugal, não existem dados para conseguir estimar esses custos. No entanto, em Espanha o estudo aponta um custo anual de 1,21% do Produto Interno Bruto, acrescentando que nos cinco anos anteriores houve um aumento de 66% no custo relativo ao absentismo laboral.

Ainda em Espanha, Jesús Almodóvar-Carretón *et al.* (2017) apresentam que a licença médica por doenças comuns continua a crescer e ultrapassou 4,5 milhões de casos em 2016, 15% a mais do que em 2015; o que, segundo a *Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo*, significa que 880.000 trabalhadores não se apresentaram ao trabalho, um único dia, durante um ano. Essas perdas representaram um custo total de 72.500 milhões de euros, somando os custos da Solidariedade Social, das empresas e o custo de oportunidade, que representaram 6% em termos de PIB (Jesús Almodóvar-Carretón *et al.*, 2017, p. 227).

Centrando-nos em Portugal, concretamente no absentismo laboral na Saúde, pelos dados do Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2018) ficamos a saber que, em 2018, os profissionais do Serviço Nacional de Saúde estiveram ausentes do seu local de trabalho 3 970 984 dias.

Motivo de ausência	Dias de ausência	
	Valor	(%)
Doença	1 854 254	46,70%
Proteção na parentalidade	1 250 899	31,50%
Greve	175 589	4,40%
Por acidente em serviço ou doença profissional	168 954	4,30%
Assistência a familiares	40 238	1,00%
Trabalhador-estudante	38 898	1,00%
Falecimento de familiar	30 549	0,80%
Casamento	24 447	0,60%
Injustificadas	20 189	0,50%
Por conta do período de férias	17 777	0,40%
Com perda do vencimento	1 763	0,00%
Cumprimento de pena disciplinar	964	0,00%
Outras	346 466	8,70%
<b>Total</b>	<b>3 970 985</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Dados provenientes do RHV

Figura 1.02 – Quadro 9 - Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde 2018, p. 67

Os principais motivos para o absentismo, em 2018, no Sistema Nacional de Saúde, foram a doença (com 46,7 %) e a parentalidade (com 31,5%).

O Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde de 2018 apresenta ainda valores do absentismo laboral consoante o grupo profissional.

**Tabela 1.04 – Absentismo laboral no SNS por Grupo Profissional**

	<b>Número de profissionais</b>	<b>Total de dias de ausência</b>	<b>Dias de ausência per capita</b>
<b>Médicos</b>	29291	779641	26,62
<b>Enfermeiros</b>	44932	1380722	30,73
<b>Técnico Superior de Saúde</b>	1777	43104	24,26
<b>Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica</b>	8568	237021	27,66
<b>Assistentes Técnicos</b>	16580	384782	23,21
<b>Assistentes Operacionais</b>	26740	991202	37,07
<b>Técnicos Superiores</b>	4386	93316	21,28
<b>Informáticos</b>	620	8943	14,42
<b>Outros</b>	2507	52281	20,85

Elaborado pelo autor com base nos dados do Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (2018)

Perante os números do absentismo dos Técnicos Superiores das áreas de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT), onde se integra a profissão de Terapeuta Ocupacional, é mais que justificada a análise do *burnout* nestes profissionais, de forma a indagar se o elevado absentismo dos TSDT está relacionado com a existência de *burnout* entre os profissionais.

### **1.5. Profissão de Terapeuta Ocupacional**

A profissão de Terapeuta Ocupacional está englobada nas profissões das áreas de diagnóstico e terapêutica regulamentadas pelo Decreto-Lei n.º 320/99, de 11 de agosto, compreendendo a realização das atividades constantes do anexo ao Decreto-Lei n.º 261/93, de 24 de julho, tendo como matriz a utilização de técnicas de base científica com fins de promoção da saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, ou de reabilitação.

As profissões desenvolvem-se em complementaridade funcional com outros grupos profissionais da saúde, com igual dignidade e autonomia técnica de exercício profissional.

Cabe à Administração Central do Sistema de Saúde, IP emitir as cédulas aos profissionais que exerçam as atividades já regulamentadas.

As competências dos terapeutas ocupacionais são claras e estão documentadas no seu histórico legislativo, que conta com sucessivos diplomas, nomeadamente a Portaria n.º 256 - A/86, de 28 de maio, o Decreto-Lei n.º 261/93, de 24 de julho, o Decreto-Lei n.º

320/99, de 11 de agosto e o Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de dezembro. Neste último decreto podemos verificar as competências do terapeuta ocupacional descritas como:

Terapeuta Ocupacional - avaliação, tratamento e habilitação de indivíduos com disfunção física, mental, de desenvolvimento, social ou outras, utilizando técnicas terapêuticas integradas em atividades selecionadas consoante o objetivo pretendido e enquadradas na relação terapeuta/utente; prevenção da incapacidade através de estratégias adequadas com vista a proporcionar ao indivíduo o máximo de desempenho e autonomia nas suas funções pessoais, sociais e profissionais e, se necessário, o estudo e desenvolvimento das respetivas ajudas técnicas, em ordem a contribuir para uma melhoria da qualidade de vida

(Decreto-Lei 564/99, de 21 de Dezembro, 1999)

Segundo a Organização Mundial de Saúde:

O terapeuta ocupacional capacita para a ocupação de forma a promover a saúde, bem-estar e qualidade de vida.

Com este objetivo atua, em parceria com pessoas e organizações, para otimizar a atividade e participação, tal como definido pela Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

(OMS, 2004)

A Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais aprovou em Assembleia Geral de 19 de janeiro de 2016 o documento *Perfil do Terapeuta Ocupacional*, que define o âmbito de atuação do Terapeuta Ocupacional:

Promove a capacidade de indivíduos, grupos, organizações e da comunidade, de escolher, organizar e desempenhar, de forma satisfatória, ocupações que considerem significativas”

(APTO, 2016)

A Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais, no mesmo documento, esclarece ainda o significado de *ocupação* como sendo “tudo aquilo que a pessoa realiza com o intuito de cuidar de si própria (autocuidados), desfrutar da vida (lazer) ou contribuir para o desenvolvimento da sua comunidade (produtividade)”.

Estas ocupações podem ser tão elementares como alimentar-se ou vestir-se ou tão complexas como conduzir um automóvel ou desempenhar uma atividade laboral (APTO, 2016).

O Terapeuta Ocupacional “avalia e intervém com a pessoa, nas suas ocupações e ambiente, de modo a desenvolver competências, restaurar funções, prevenir disfunções e/ou compensar funções perdidas. Para tal constrói e implementa programas, recorrendo

a abordagens e técnicas específicas bem como à utilização de produtos de apoio” (APTO, 2016). Analisa quais as exigências da mesma a nível físico, cognitivo, afetivo e/ou social. Intervém adaptando e graduando a ocupação, através de procedimentos e equipamentos específicos, de forma a adequá-la às necessidades da pessoa, facilitando o seu envolvimento ocupacional.” (APTO, 2016).

## **Capítulo 2 - Considerações metodológicas**

## **2.1. Questão de investigação**

Quais as implicações de fatores sociodemográficos e profissionais no *Síndrome de Burnout* revelado em terapeutas ocupacionais portuguesas; e qual o impacto deste no respetivo absentismo e desejo de mudança (de profissão ou de organização)?

## **2.2. Objetivo geral e objetivos específicos**

O objetivo geral deste estudo consiste em avaliar a existência de Síndrome de *Burnout* em terapeutas ocupacionais portuguesas, a sua dependência de fatores sociodemográficos e profissionais, e as implicações do mesmo no respetivo absentismo e desejo de mudança (de profissão ou de organização).

Esta investigação pretende desenvolver e orientar os seguintes objetivos específicos:

7. Caracterizar a amostra que se pretende estudar de acordo com as variáveis sociodemográficas e indicadores da situação profissional.
8. Avaliar o *burnout* nas suas dimensões (i) exaustão emocional, (ii) despersonalização e (iii) realização pessoal baixa.
9. Comparar os níveis de *burnout* relativamente ao sexo, idade, estado civil, família.
10. Comparar os níveis de *burnout* relativamente ao local de trabalho, tipo de vínculo laboral, número de anos na profissão, número de anos na organização, número de horas de trabalho, tempo decorrido desde as férias, contexto laboral no período de confinamento.
11. Avaliar a relação entre o *burnout* e o absentismo ao trabalho.
12. Avaliar a relação entre o *burnout* e o desejo de mudança (de profissão ou de organização).

## **2.3. Desenho da pesquisa**

### **2.3.1. Tipo de Estudo**

O tipo de estudo segue a metodologia do tipo (i) quantitativo, tendo, no entanto, dados qualitativos que serão traduzíveis para receberem um tratamento quantitativo, (ii)

exploratório por incidir sobre um problema pouco tratado, e (iii) descritivo por descrever as características de uma população. Baseia-se na análise dos resultados de questionários. O questionário *Maslach Burnout Inventory* utilizado neste estudo foi a versão *Human Service Survey* (HSS); tendo sido adquirida à MindGarden.com o questionário *Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey* (Anexo I) em português, garantindo assim a fiabilidade do estudo. O restante questionário de caracterização foi criado pelo investigador.

Este estudo apresentará um corte transversal, visto que os dados serão recolhidos uma única vez no tempo num só momento pois analisam um fenómeno nesse tempo determinado (Saunders *et al.*, 2016, p. 200).

### **2.3.2. Variáveis**

#### **Variáveis independentes (face ao *burnout*):**

##### **1. Caracterização sociodemográfica**

- Sexo
- Idade
- Estado civil
- Filhos

##### **2. Caracterização profissional**

- Local de trabalho
- Tipo de vínculo laboral
- Número de anos na profissão
- Número de anos na organização
- Número de horas de trabalho
- Tempo decorrido desde as férias
- Contexto laboral no período de confinamento

#### **Variáveis dependentes (face ao *burnout*):**

- Faltas
- Desejo de mudar de profissão ou de organização

### 2.3.3. População e respondentes

A população deste estudo é constituída pelos terapeutas ocupacionais que desempenham funções em Portugal. Os terapeutas ocupacionais para exercerem em Portugal têm de ser detentores de cédula profissional emitida pela ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

A 8 de Fevereiro de 2020 foi contactada via email a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, a solicitar o número de terapeutas ocupacionais com cédula profissional emitida por aquele organismo.

A ACSS, a 10 de fevereiro de 2020, enviou as indicações de como formular o pedido de dados para investigação. O mesmo foi realizado pelo investigador, mas nunca recebeu resposta da sua solicitação (Anexo II).

Não tendo resposta da ACSS, a 28 de maio de 2020 o investigador questionou a presidente da Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais (APTO) se tinha conhecimento do número de terapeutas ocupacionais inscritos na ACSS. Segundo a presidente da APTO os últimos dados que tinha eram de 1832 inscritos.

Tendo esse valor como referência, arredondámos os valores para cima (1900), o que estabelecia para um estudo com 95% de grau de confiança e 5% de margem de erro, a resposta de 320 terapeutas ocupacionais. Tendo sido adquiridos 325 questionários *Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey* à MindGarden.com.

Foram alcançadas 345 respostas ao questionário realizado, tendo sido necessário ao investigador adquirir mais 25 questionários.

Em 1 de agosto de 2020, o investigador voltou a contactar a ACSS no sentido de tentar obter os dados solicitados anteriormente, tendo a 3 de agosto de 2020 recebido um email a informar que iria ser contactado “tão breve quanto possível” (Anexo III).

Em outubro de 2020 o investigador continuava sem resposta da ACSS, e voltou a solicitar os dados à Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais. A APTO mantinha como dados oficiais 1832, estimando que actualmente existam 1962 terapeutas ocupacionais inscritos na ACSS (Anexo IV). Mesmo com o valor de 1962 terapeutas ocupacionais inscritos na ACSS mantemos o nosso estudo com 95% de grau de confiança e 5% de margem de erro.

#### 2.3.4. Colheita e Tratamento de Dados

Este trabalho baseia-se (i) na recolha de dados primários (informação recolhida pelo questionário *Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey*), que irá avaliar a presença ou não de *burnout* no avaliado; e (ii) no questionário Avaliação Sociodemográfica e Profissional, que irá recolher a informação necessária para avaliar a relação de variáveis sociodemográficas e profissionais com o *burnout* e o impacto deste no absentismo e no desejo de mudança (de profissão ou de organização).

Todos os questionários foram aplicados *online* através do seu autopreenchimento. A utilização de questionários *online* de autopreenchimento foi a opção mais adequada ao estudo em questão, devidos às limitações no tempo e geográficas, por ser um estudo de âmbito nacional e o investigador residir na Região Autónoma dos Açores.

Os questionários foram introduzidos e disponibilizados *online* através da plataforma *Survey Monkey*, de forma a ser mais fácil atingir o maior número de respostas possível de forma rápida e a baixo custo. Sendo também mais fácil realizar o tratamento estatístico das respostas obtidas.

Para chegar ao maior número de respostas possível foi contactada a Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais (APTO), solicitando o envio do *link* e *email* de apresentação a todos os Terapeutas Ocupacionais sócios da APTO, bem como a disponibilização do mesmo através do *facebook* da APTO, e *mailing list* da Terapia Ocupacional Portugal, de forma a abranger os Terapeutas Ocupacionais não sócios da Associação representante da profissão em Portugal.

A recolha de dados foi realizada entre os dias 5 e 19 de julho de 2020, após este período foi realizada a análise estatística da mesma, e analisadas as respostas à Questão de Investigação e às hipóteses colocadas.

Para fazer o tratamento de dados usou-se o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 26.0. Iniciou-se o tratamento de dados efetuando estatística descritiva para fazer a caracterização dos respondentes, usando uma análise de frequências para as variáveis qualitativas (nominais e ordinais).

Nas variáveis quantitativas (ex: dias de faltas dadas nos últimos meses), calculou-se a média, desvio padrão, mínimo e máximo e criaram-se categorias (1-3 dias, 4-6 dias, 7-9 dias, 10-12 dias e mais de 12 dias) tendo-se recorrido também a uma análise de frequências. Ao nível da estatística inferencial recorreu-se aos seguintes testes:

- *t de Student para amostras independentes*: recorreu-se a este teste paramétrico sempre que se pretendeu comparar dois grupos (ex comparação por género, ter vs não ter filhos, faltou vs não faltou) nas dimensões da MBI que têm escala quantitativa. Foi possível usar este teste paramétrico dado haver normalidade (averiguada com o teste de Shapiro) ou desvios pouco severos à mesma ( $SK < 3$  e  $Ku < 7$ ). Segundo Kline (1998) se os testes de normalidade não revelarem a existência de uma distribuição normal deverão observar-se os valores de Skewness e Kurtose, e se estes valores forem  $SK < 3$  e  $Ku < 7$  podem ser considerados desvios pouco severos à normalidade e recorrer-se a testes paramétricos.

- **ANOVA ONE WAY**: recorreu-se este teste paramétrico sempre que se pretendeu comparar 3 ou mais grupos (ex: faixas etárias, tempo de exercício profissional, tipo de vínculo, etc.) nas dimensões da MBI. Foi possível usar este teste paramétrico dado haver normalidade (averiguada com o teste de Shapiro) ou desvios pouco severos à mesma ( $SK < 3$  e  $Ku < 7$ ) e homogeneidade de variâncias (averiguada com o teste de Levéne).

A probabilidade de erro usada no estudo foi de 5%, ou seja, sempre que se obteve um valor de significância inferior a 0,05 considerou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas.

#### **2.4. Caracterização dos respondentes**

O universo dos respondentes é constituído por 345 terapeutas ocupacionais, na sua maioria do sexo feminino (92,75% - 320 respostas) e com idade compreendida entre os 21 e os 35 anos (58,84%), sendo a faixa predominante a dos 26-30 anos (27,83% - 96 respostas).

Os estados civis mais referidos são o solteiro (51,88% - 179 respostas) e o casado (41,45% - 143 respostas). A maioria não tem filhos (61,45% - 203 respostas).

Os respondentes são provenientes de diferentes zonas de Portugal continental (Norte, Centro e Sul) e ilhas; com predominância, por esta ordem, dos distritos de Lisboa e do Porto.

Tabela 2.01 – Caracterização dos respondentes relativamente ao sexo, idade, estado civil, existência de filhos e distrito de residência

		%	Freq.
Sexo	Feminino	92,75%	320
	Masculino	7,25%	25
Idade	21 a 25	15,94%	55
	26 a 30	27,83%	96
	31 a 35	15,07%	52
	36 a 40	10,72%	37
	41 a 45	13,62%	47
	46 a 50	8,70%	30
	51 a 55	3,77%	13
	56 a 60	2,90%	10
	61 a 65	1,45%	5
Estado Civil	Casado(a)/União de facto	41,45%	143
	Solteiro(a)	51,88%	179
	Viúvo(a)	0,29%	1
	Divorciado(a)	6,38%	22
Tem filhos?	Sim	38,55%	133
	Não	61,45%	212
Distrito Residência	Açores	3,77%	13
	Aveiro	4,35%	15
	Beja	2,32%	8
	Braga	4,06%	14
	Bragança	0,58%	2
	Castelo Branco	1,16%	4
	Coimbra	2,32%	8
	Évora	2,90%	10
	Faro	5,80%	20
	Guarda	0,58%	2
	Leiria	6,38%	22
	Lisboa	32,46%	112
	Madeira	0,87%	3
	Portalegre	1,16%	4
	Porto	16,52%	57
	Santarém	5,22%	18
	Setúbal	4,06%	14
	Viana do Castelo	1,45%	5
	Vila Real	0,29%	1
Viseu	3,77%	13	

Tabela 2.02 – Caracterização dos respondentes relativamente às habilitações académicas, instituição onde se formou, local de trabalho, carga horária semanal e vínculo profissional

		%	Freq.
Habilitações académicas	Bacharelato	3,48%	12
	Licenciatura	76,81%	265
	Pós-Graduação	4,35%	15
	Mestrado	13,91%	48
	Doutoramento	1,45%	5
Instituição onde se formou em Terapia Ocupacional	Escola Superior de Saúde do Alcoitão	49,9%	172
	Instituto Politécnico do Porto	26,1%	90
	Instituto Politécnico de Leiria	12,8%	44
	Instituto Politécnico de Beja	8,4%	29
	Escola Superior de Saúde Vale do Sousa	2,0%	7
	CESPU Gandra		
	ISAVE	,6%	2
Espanha	,3%	1	
Local de trabalho (O principal, caso desempenhe funções noutro(s) locais)	Hospital público	16,23%	56
	Hospital privado	3,77%	13
	Centro de Saúde	4,06%	14
	IPSS/Misericórdias	42,61%	147
	CRI - Centro de Recursos para a Inclusão	5,22%	18
	Clínica privada	12,17%	42
	Outro	15,94%	55
Carga horária semanal de trabalho (O principal, caso desempenhe funções noutro(s) locais)	Menos de 35 horas	9,6%	33
	35 horas	68,1%	235
	40 horas	19,4%	67
	Número de horas semanal variável	2,9%	10
Vínculo profissional	Contrato de Trabalho em Funções Públicas/ Contrato por Tempo Indeterminado	26,67%	92
	Contrato Individual de Trabalho sem termo	44,06%	152
	Contrato a termo certo	15,36%	53
	Prestação de serviços	9,28%	32
	Outro (especifique)	4,64%	16

A maioria dos respondentes tem uma licenciatura (76,81% - 265 respostas), havendo 19,71% (68 respostas) com habilitação superior à licenciatura.

As instituições de formação predominantes são a Escola Superior de Saúde de Alcoitão (49,9% - 172 respostas) e o Instituto Politécnico do Porto (26,1% - 90 respostas).

Os locais de trabalho mais referidos são, por esta ordem, as IPSS/ Misericórdias (42,61% - 147 respostas), seguidas dos hospitais públicos (16,23%-56 respostas) e das clínicas privadas (12,17% - 42 respostas).

A maioria dos respondentes trabalha 35 horas por semana (68,1% - 235 respostas), havendo 19,4% (67 respostas) que trabalham 40 horas.

A maior percentagem (44,06% - 152 respostas) tem contrato individual de trabalho sem termo; sendo que 26,67% (92 respostas) tem contrato de trabalho em funções públicas/contrato por tempo indeterminado; e havendo 24,64% (85 respostas) com vínculos precários (9,28% em prestação de serviços e 15,36% com contrato a termo).

Tabela 2.03 – Caracterização dos respondentes relativamente ao tempo de exercício profissional, e tempo de serviço na organização

		%	Freq.
Tempo de exercício em Terapia Ocupacional (anos)	0 a 5 anos	40,29%	139
	6 a 10 anos	14,78%	51
	11 a 15 anos	11,30%	39
	16 a 20 anos	13,04%	45
	21 a 25 anos	11,01%	38
	26 a 30 anos	3,77%	13
	31 a 35 anos	3,48%	12
	36 a 40 anos	1,74%	6
	41 a 45 anos	0,58%	2
Tempo de serviço na organização (anos)	0 a 5 anos	53,62%	185
	6 a 10 anos	11,30%	39
	11 a 15 anos	13,04%	45
	16 a 20 anos	9,57%	33
	21 a 25 anos	6,96%	24
	26 a 30 anos	2,90%	10
	31 a 35 anos	2,03%	7
	36 a 40 anos	0,58%	2

A maioria dos respondentes trabalha como TO há menos de 11 anos (55,07% - 190 sujeitos), havendo uma grande percentagem que trabalha como TO há menos de 6 anos (40,29% - 139 respostas).

Relativamente ao tempo de organização, a maioria trabalha há menos de 6 anos na organização (53,62% - 185 respostas).

Tabela 2.04 – Caracterização dos respondentes relativamente ao exercício de funções numa atividade secundária e há quanto tempo teve férias

		%	Freq.
Exerce funções noutra local?	Sim	33,33%	115
	Não	66,67%	230
Onde?	Clínica privada	48,69%	56
	Domicílios	24,35%	28
	Hospital público	0,87%	1
	IPSS/Misericórdias	9,56%	11
	Outro	16,53%	19
Carga Horária Atividade Secundária	1-5 horas	47,0%	54
	6-10 horas	27,0%	31
	10-15 horas	10,4%	12
	16-20 horas	13,9%	16
	21-30 horas	,9%	1
Quando fez férias pela última vez? (meses)	Atualmente de férias	3,8%	13
	Menos de 6 meses	36,2%	125
	6-12 meses	57,7%	199
	Mais de 12 meses	2,3%	8

A maioria dos respondentes não exerce atividade noutra local (66,67% - 230 sujeitos). Dos 115 respondentes que trabalham noutra local, uma grande percentagem (48,69% - 56 respostas) trabalha numa clínica privada ou faz domicílios (24,35% - 28 respostas); tendo uma carga horária nessa atividade de 1 a 5 horas (47% - 54 respostas) ou de 6 a 10 horas (27% - 31 respostas).

A maioria dos respondentes gozou férias entre 6 a 12 meses (57,7% - 199 respostas); havendo uma grande percentagem (36,2% - 125 respostas) que gozou férias há menos de 6 meses.

Tabela 2.05 – Percentagem de respondentes que pensaram mudar de profissão ou de organização no último mês ou nos últimos seis meses

		%	Freq.
No último mês pensou alguma vez em mudar de profissão?	Não	68,7%	237
	Sim	31,3%	108
No último mês pensou alguma vez em mudar de organização?	Não	44,1%	152
	Sim	55,9%	193
Nos últimos seis meses pensou alguma vez em mudar de profissão?	Não	62,0%	214
	Sim	38%	131
Nos últimos seis meses pensou alguma vez em mudar de organização?	Não	36,2%	125
	Sim	63,8%	220

A maioria dos respondentes não pensou mudar de profissão no último mês (68,7% - 237 respostas) ou nos últimos seis meses (62% - 214 respostas). Contudo, a maioria pensou em mudar de organização: no último mês, 55,9% (193 respostas); nos últimos 6 meses, 63,8% (220 respostas).

Tabela 2.06 – Caracterização dos respondentes relativamente às faltas no último mês

		%	Freq.
No último mês faltou alguma vez ao trabalho? (dias)	Não	87,8%	303
	Sim	12,2%	42
Se sim quantos dias?	1 a 3 dias	45,2%	19
	4 a 6 dias	11,9%	5
	7 a 9 dias	0%	0
	10 a 12 dias	4,8%	2
	mais de 12 dias	38,1%	16
		Min =1 Média =12,38	Max=30 Dp =12,71
Se no último mês faltou ao trabalho, qual o motivo?	Saúde pessoal	42,85%	18
	Confinamento devido ao Coronavírus SARS-CoV-2	19,04%	8
	Assistência a familiares	11,90%	5
	Outro	11,90%	5
	Falecimento de familiar	4,76%	2
	Licença de maternidade/ parentalidade	4,76%	2
	Acidente de trabalho	2,39%	1
	Cumprimentos de obrigações legais	2,39%	1

A esmagadora maioria dos respondentes não faltou no último mês (87,8% - 303 respostas). Dos 42 respondentes que faltaram, uma grande percentagem faltou entre 1 a 3 dias (45,2% - 19 respostas); tendo 38,1% (16 respostas) faltado mais de 12 dias.

Os motivos mais referidos para as faltas foram a saúde pessoal (42,85% - 18 respostas), o confinamento devido ao coronavírus (19,04% - 8 respostas) e a assistência à família (11,90% - 5 respostas).

Tabela 2.07 – Caracterização dos respondentes relativamente às faltas nos últimos três meses

		%	Freq.
Nos últimos 3 meses faltou alguma vez ao trabalho? (dias)	Não	83,8%	289
	Sim	16,2%	56
Se sim quantos dias?	1 a 3 dias	26,8%	15
	4 a 6 dias	12,5%	7
	7 a 9 dias	0%	0
	10 a 12 dias	3,6%	2
	mais de 12 dias	57,1%	32
		Min =1 Média =33,07	Max=90 Dp =35,39
	Saúde pessoal	32,14%	18

Se nos últimos 3 meses faltou ao trabalho, qual o motivo?	Confinamento devido ao Coronavírus SARS-CoV-2	30,36%	17
	Assistência a familiares	8,94%	5
	Licença de maternidade/parentalidade	5,37%	3
	Acidente	1,78%	1
	Acidente de trabalho	1,78%	1
	Cumprimentos de obrigações legais	1,78%	1
	Falecimento de familiar	1,78%	1
	Outro (especifique)	16,07%	9

A esmagadora maioria dos respondentes não faltou nos últimos três meses (83,8% - 289 respostas). Dos 56 respondentes que faltaram, a maioria faltou mais de 12 dias (57,1% - 32 respostas).

Os motivos mais referidos para as faltas foram a saúde pessoal (32,14% - 18 respostas), o confinamento devido ao coronavírus (30,36% - 17 respostas) e a assistência à família (8,94% - 5 respostas).

Tabela 2.08 – Caracterização dos respondentes relativamente às faltas nos últimos seis meses

		%	Freq.
Nos últimos 6 meses faltou alguma vez ao trabalho? (dias)	Não	72,5%	250
	Sim	27,5%	95
Se sim quantos dias?	1 a 3 dias	40,0%	38
	4 a 6 dias	14,74%	14
	7 a 9 dias	3,16%	3
	10 a 12 dias	2,10%	2
	Mais de 12 dias	37,89%	36
	Não Responde	2,10%	2
		Min =1 Média =26,72	Max=180 Dp =44,65
Se nos últimos 6 meses faltou ao trabalho, qual o motivo?	Saúde pessoal	44,21%	42
	Confinamento devido ao Coronavírus SARS-CoV-2	20,0%	19
	Assistência a familiares	14,74%	14
	Cumprimentos de obrigações legais	3,16%	3
	Falecimento de familiar	3,16%	3
	Licença de maternidade/parentalidade	2,10%	2
	Acidente de trabalho	1,05%	1
	Outro (especifique)	10,53%	10
	Não responde	1,05%	1

A maioria dos respondentes não faltou nos últimos 6 meses (72,5% - 250 respostas). Dos 95 respondentes que faltaram, uma grande percentagem faltou entre 1 a 3 dias (40% - 38 respostas), e 37,89% (36 respostas) faltaram mais de 12 dias.

Os motivos mais referidos para as faltas foram a saúde pessoal (44,21% - 42 respostas), o confinamento devido ao coronavírus (20% - 19 respostas) e a assistência à família (14,74% - 14 respostas).

Tabela 2.09 – Contexto laboral durante o período de confinamento devido ao coronavírus SARS-CoV-2

		%	Freq
Durante o período de confinamento devido ao coronavírus SARS-CoV-	Realizou teletrabalho	31,6	109
	Continuou a exercer as suas funções no seu local de trabalho	28,1	97
	Realizou turnos em espelho	11,6	40
	Esteve em <i>lay-off</i>	7,5	26
	Esteve de assistência aos filhos	5,5	19
	Esteve de reserva de contingência	2,9	10
	Esteve em isolamento devido a COVID-19 positivo	,9	3
	Esteve em quarentena por suspeita de COVID-19 positivo	,6	2
	Outro (especifique)	11,3	39

Os contextos laborais mais referidos no período de confinamento foram, por esta ordem, o teletrabalho (31,6% - 109 respostas), o exercício de funções no local de trabalho (28,1% - 97 respostas), e os turnos em espelho (11,6% - 40 respostas). Houve 7,5% de respondentes (26 respostas) que referiram ter estado em *lay-off*.

## **Capítulo 3 - Apresentação dos Resultados**

### 3.1. Nível de *burnout* (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal Baixa)

Foi-se avaliar os resultados do *burnout* nos respondentes por via da escala MBI.

No manual da escala é referido que “as três pontuações das dimensões da escala MBI-HSS devem ser calculadas e interpretadas separadamente. Não se devendo somar as 3 dimensões para formar uma única pontuação de *burnout*”.

Na interpretação basta usar a pontuação do *score* médio e considerar onde ela cai ao longo da escala de resposta de 7 pontos. Por exemplo, uma pontuação de 3,5 na dimensão exaustão emocional seria interpretada como indicando que o entrevistado se sentiu emocionalmente exausto várias vezes por mês, em média, mas não todas as semanas; uma pontuação de 5,5 indica que o entrevistado se sentiu emocionalmente exausto várias vezes por semana, em média, mas não todos os dias.

Usou-se assim o valor de corte de 3,5 (meio da escala), considerando valores iguais ou acima de 3,5 como indicadores de piores resultados nas dimensões exaustão e despersonalização, e abaixo de 3,5 como um mau resultado a nível da realização pessoal

Tabela 3.01 – Estatística Descritiva (Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo)  
Dimensões da MBI

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Exaustão Emocional	345	,00	6,00	2,48	1,27
Despersonalização	345	,00	5,60	,63	,81
Realização Pessoal	345	1,13	6,00	4,44	,81

(Score médio oscila entre 0 e 6, sendo 3,5 o meio da escala)

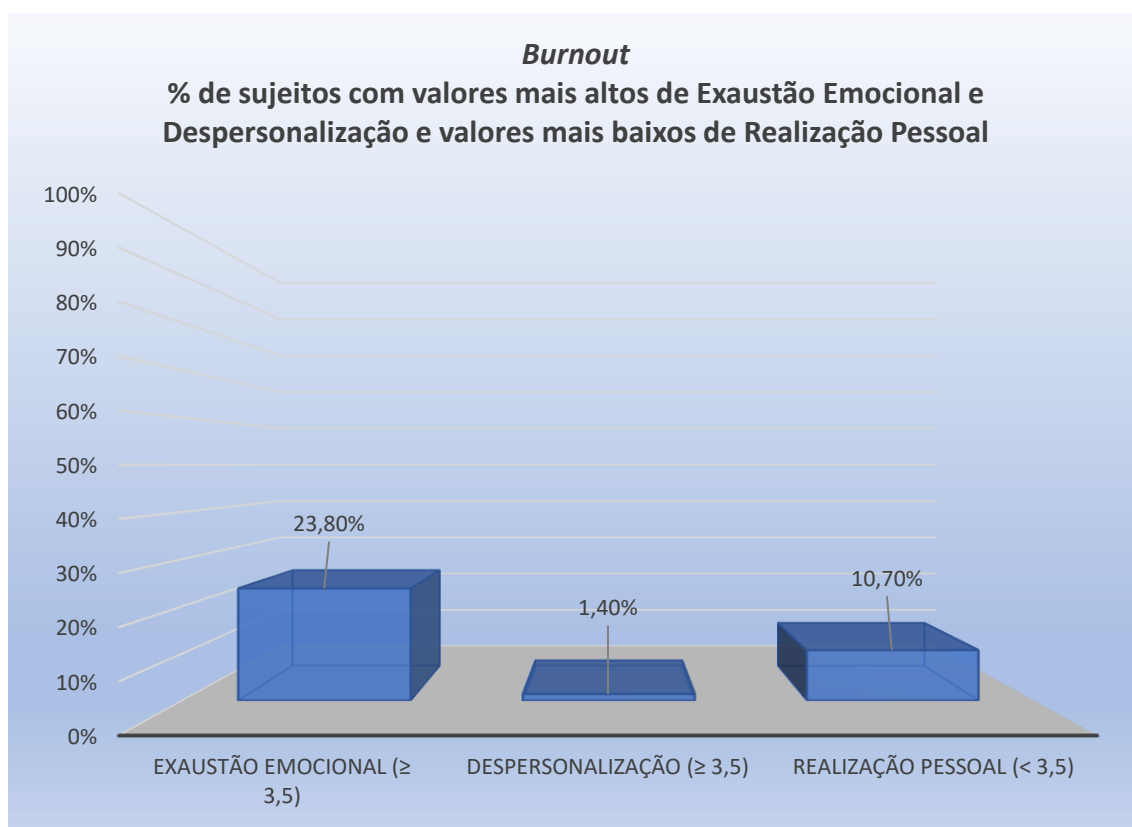
Calculou-se a Média, o Desvio Padrão, o Mínimo e o Máximo para as três dimensões da escala MBI, tendo-se constatado que a média mais alta foi a da realização pessoal (avaliada pela positiva), com valor de 4,4 (claramente acima do meio da escala), o que indica que, em média, os respondentes se sentem realizados.

A média da dimensão *exaustão emocional* está abaixo do meio da escala (média = 2,48), o que indica que, em média, não há um índice elevado de exaustão.

A média mais baixa de todas (média = 0,63) é a de despersonalização, revelando que problemas a este nível são residuais.

Usando o valor de corte de 3,5 foi-se verificar a percentagem de respondentes por dimensão da MBI que revelaram piores resultados em termos de *burnout*.

**Gráfico 3.01**



A dimensão *exaustão emocional* foi a que revelou piores resultados, havendo 23,08% dos respondentes que revelaram *burnout* a este nível (valores iguais ou acima de 3,5).

Ao nível da realização pessoal, 10,70% de respondentes revelaram uma realização pessoal baixa (abaixo de 3,5).

Ao nível da despersonalização, apenas 1,40% dos respondentes revelaram problemas a este nível (Gráfico 3.01).

De seguida, usando uma vez mais o ponto de corte de 3,5, foi-se fazer um cruzamento de frequências entre as três dimensões, permitindo este procedimento avaliar quantos respondentes têm *burnout* nas três dimensões, em duas, em apenas uma ou em nenhuma.

Tabela 3.02 – Cruzamento de frequências entre as três dimensões da MBI

Realização Pessoal			Despersonalização	
			Baixa (<3,5)	Alta (=>3,5)
Baixa (<3,5)	Exaustão emocional	Baixa (< 3,5)	6,38% (22)	0,58% (2)
		Alta (=> 3,5)	3,48% (12)	0,28% (1)
Alta (=>3,5)	Exaustão emocional	Baixa (< 3,5)	69,28% (239)	0% (0)
		Alta (=> 3,5)	19,42% (67)	0,58% (2)

A maioria dos respondentes (69,28%-239 respostas) não revela *burnout* em nenhuma das três dimensões da escala (campo sombreado a verde na tabela) revelando alta realização pessoal ( $\geq 3,5$ ) e baixa despersonalização (<3,5) e baixa exaustão emocional (<3,5).

Constata-se, contudo, que 30,72% dos respondentes apresentam valores indicadores de *burnout* numa ou mais dimensões:

O pior quadro em termos de \ nesta amostra (campo sombreado a vermelho na tabela) apenas se constata num sujeito (0,29%) que revela *burnout* em todas as dimensões: revelando uma exaustão emocional e despersonalização alta ( $\geq 3,5$ ) e realização baixa (< 3,5).

Com *burnout* em duas dimensões (campos sombreados a laranja) temos 4,64% dos respondentes: 3,48% revelam uma realização pessoal baixa (<3,5), uma exaustão emocional alta ( $\geq 3,5$ ), embora não tenham valores altos de despersonalização ( $\geq 3,5$ ); dois respondentes (0,58%) revelam exaustão e despersonalização alta ( $\geq 3,5$ ), embora tenham valores de realização pessoal altos ( $\geq 3,5$ ). Há ainda dois respondentes (0,58%) com exaustão emocional baixa (<3,5) mas com realização pessoal baixa (<3,5) e despersonalização alta ( $\geq 3,5$ ).

Com *burnout* em apenas uma dimensão da escala temos 25,8% dos respondentes (campo sombreado a amarelo na tabela): 19,42% revelam uma realização pessoal alta ( $\geq 3,5$ ) e baixa despersonalização (<3,5), mas revelam-se exaustos ( $\geq 3,5$ ). Existe 6,38% (22 respostas) que embora não revelem despersonalização e exaustão emocional altas, não se sentem realizados.

### 3.2. Impacto dos fatores sociodemográficos e profissionais no *burnout*

#### Sexo vs *burnout*

No sentido de averiguar a existência de diferenças significativas entre sexo feminino e masculino nos *scores* médios das dimensões do MBI recorreu-se ao teste paramétrico t de Student para amostras independentes.

Foi possível usar este teste paramétrico dado não haver desvios severos à normalidade.

Tabela 3.03: t de Student para amostras independentes: comparação sexo feminino e masculino nos *scores* médios das dimensões da MBI

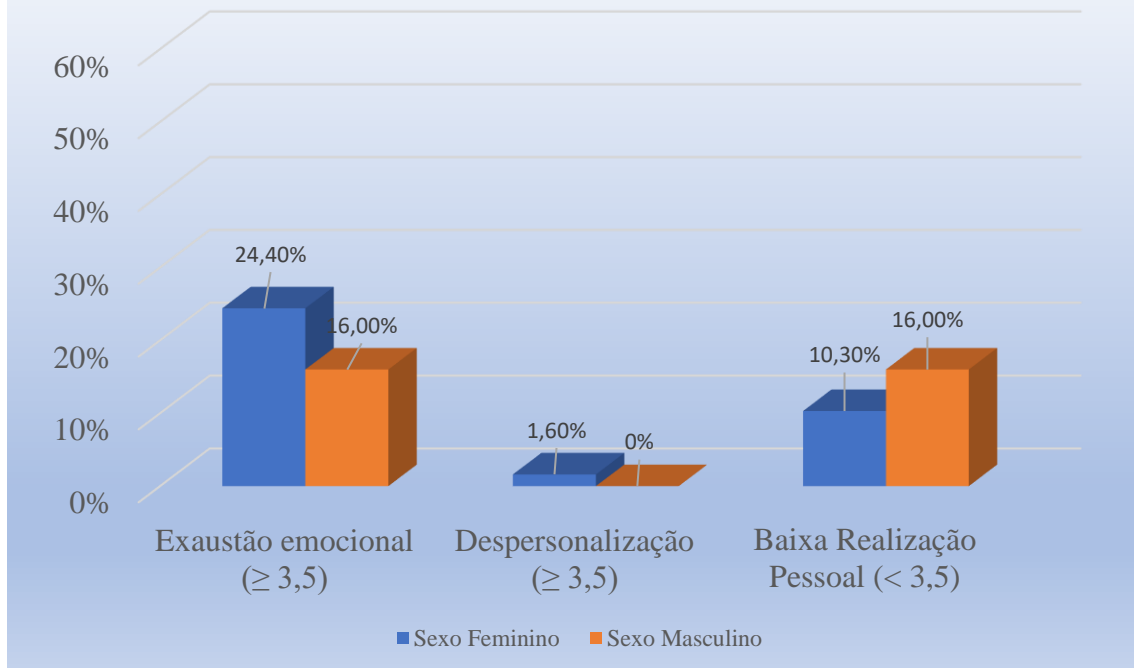
	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	t de Student Amostras Independentes
Exaustão Emocional	Feminino	320	2,48	1,28	t = 0,046
	Masculino	25	2,47	1,21	p=0,963
Despersonalização	Feminino	320	,61	,81	t = -1,313
	Masculino	25	,83	,82	p=0,190
Realização pessoal	Feminino	320	4,47	,81	t=0,511
	Masculino	25	4,36	,81	p=0,609

O teste t de Student não revelou a existência de diferenças significativas entre sexo masculino e feminino nos *scores* médios das dimensões da MBI.

Foi-se de seguida averiguar a percentagem de respondentes com *burnout* em cada dimensão para os sexos feminino e masculino (Gráfico 3.02).

**Gráfico 3.02**

**Sexo vs burnout**



No sexo feminino 24,40% revela exaustão emocional, enquanto no sexo masculino essa percentagem é mais baixa (16%).

Ao nível da despersonalização há 1,60% no sexo feminino enquanto no sexo masculino nenhum sujeito revela problemas a este nível.

No sexo masculino há, contudo, uma maior percentagem com baixa realização pessoal (16%), enquanto no sexo feminino a percentagem é de 10,30%.

**Idade vs burnout**

No sentido de averiguar a existência de diferenças significativas entre as diferentes faixas etárias nos *scores* médios das dimensões do MBI recorreu-se ao teste paramétrico Anova One Way.

Foi possível usar este teste paramétrico dado não haver desvios severos à normalidade e haver homogeneidade de variâncias

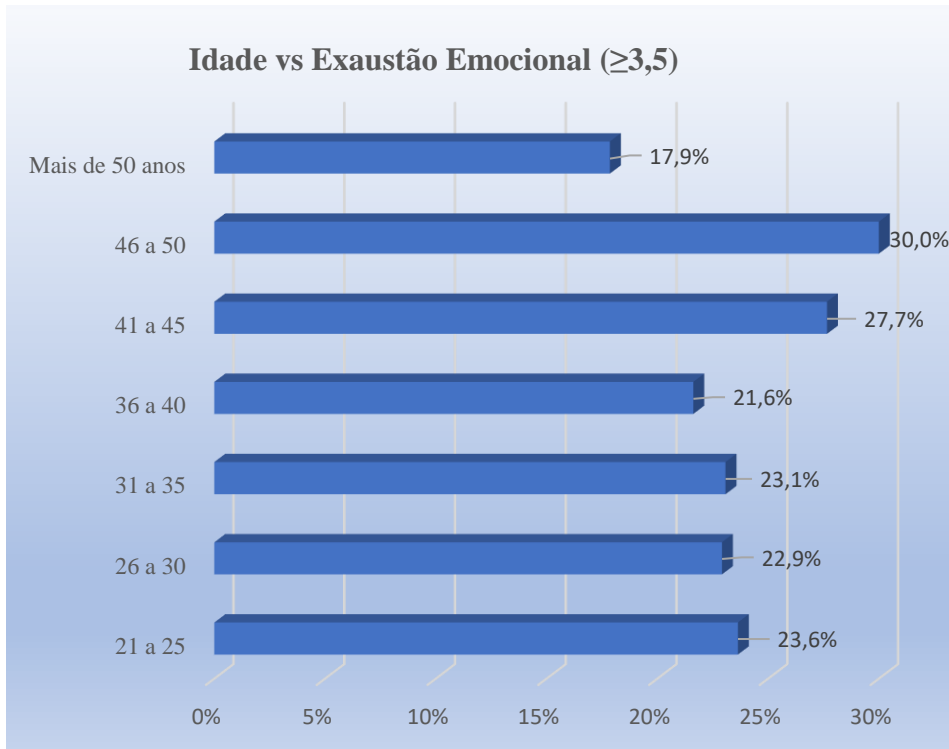
Tabela 3.04 -ANOVA ONE WAY: comparação entre as faixas etárias nos *scores* médios das dimensões da MBI

		N	Média	Desvio Padrão	ANOVA ONE WAY
Exaustão Emocional	21 a 25	55	2,30	1,32	F = 0,735 p=0,622
	26 a 30	96	2,57	1,16	
	31 a 35	52	2,49	1,30	
	36 a 40	37	2,23	1,22	
	41 a 45	47	2,59	1,33	
	46 a 50	30	2,70	1,44	
	Mais de 50 anos	28	2,39	1,29	
Despersonalização	21 a 25	55	,68	,72	F = 0,178 p=0,983
	26 a 30	96	,65	,86	
	31 a 35	52	,57	,89	
	36 a 40	37	,68	,73	
	41 a 45	47	,58	,92	
	46 a 50	30	,59	,70	
	Mais de 50 anos	28	,56	,61	
Realização pessoal	21 a 25	55	4,21	,85	F = 1,576 p=0,153
	26 a 30	96	4,38	,79	
	31 a 35	52	4,47	,75	
	36 a 40	37	4,57	,85	
	41 a 45	47	4,63	,70	
	46 a 50	30	4,39	,74	
	Mais de 50 anos	28	4,56	,92	

O teste Anova One Way não revelou a existência de diferenças significativas entre as faixas etárias nos *scores* médios das dimensões da MBI.

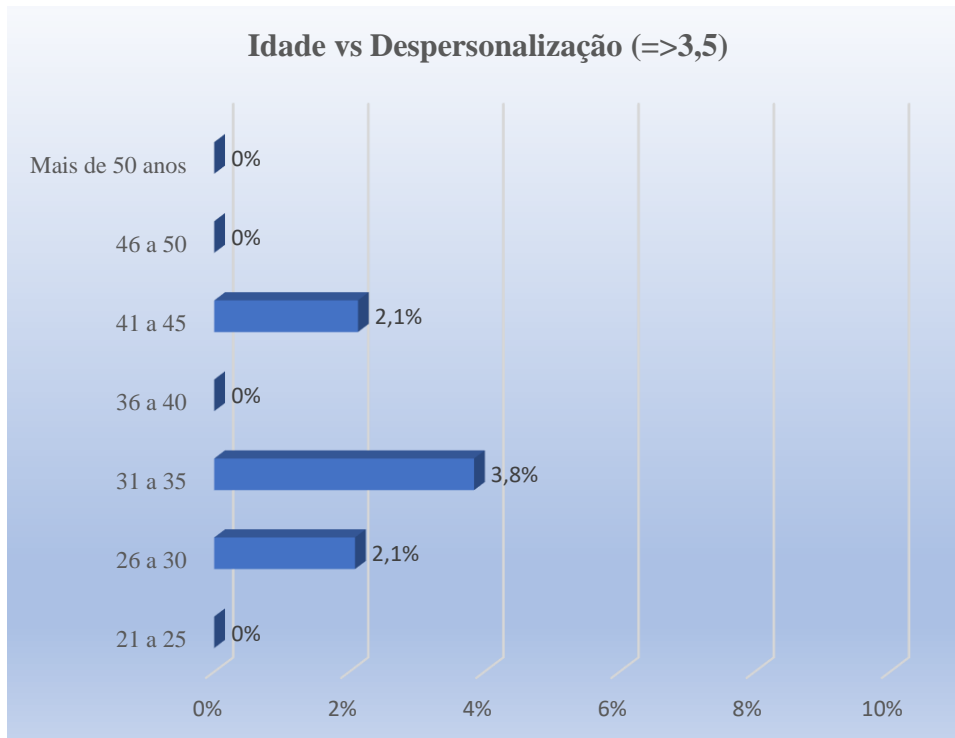
Foi-se de seguida averiguar a percentagem de respondentes com *burnout* em cada dimensão para cada faixa etária (Gráficos 3.03, 3.04 e 3.05).

**Gráfico 3.03**



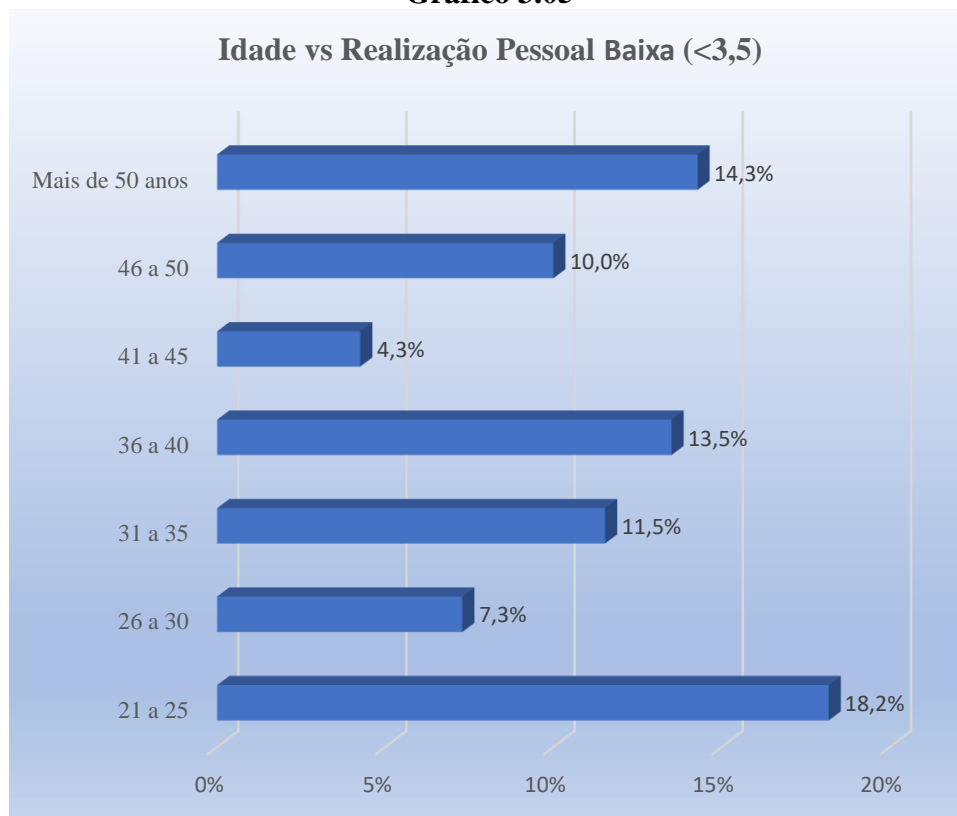
Nas faixas etárias dos 41-45 anos e dos 46-50 foi onde se verificou uma maior percentagem de respondentes com exaustão emocional (27,7% e 30% respetivamente).

**Gráfico 3.04**



Relativamente à despersonalização, constata-se que na faixa etária dos 31-35 anos é onde a percentagem é mais elevada (3,8%). Nas faixas etárias dos 26-30 anos e dos 41 e aos 45 anos há 2,1% de respondentes com despersonalização. Nas restantes faixas não se verifica a existência de despersonalização.

**Gráfico 3.05**



Ao nível da baixa realização pessoal, onde a percentagem é mais alta é na faixa etária dos 21-25 anos (18,2%), e onde a percentagem é mais baixa é na faixa etária dos 41-45 anos (4,3%).

#### **Estado civil vs *burnout***

No sentido de averiguar a existência de diferenças significativas entre os diferentes estados civis nos *scores* médios das dimensões do MBI recorreu-se ao teste paramétrico Anova One Way.

Foi possível usar este teste paramétrico dado não haver desvios severos à normalidade e haver homogeneidade de variâncias

Tabela 3.05 -ANOVA ONE WAY: comparação entre os estados civis nos *scores* médios das dimensões da MBI

		N	Média	Desvio Padrão	ANOVA ONE WAY
Exaustão Emocional	Casado(a)/União de facto	143	2,36	1,26	F= 1,340
	Divorciado(a)	22	2,72	1,37	p=0,263
	Solteiro(a)	179	2,55	1,28	
Despersonalização	Casado(a)/União de facto	143	,62	,83	F= 0,193
	Divorciado(a)	22	,54	,59	p=0,824
	Solteiro(a)	179	,64	,82	
Realização pessoal	Casado(a)/União de facto	143	4,50	,79	F= 1,134
	Divorciado(a)	22	4,54	,69	p=0,323
	Solteiro(a)	179	4,38	,83	

O teste Anova One Way não revelou a existência de diferenças significativas entre os diferentes estados civis nos *scores* médios das dimensões da MBI.

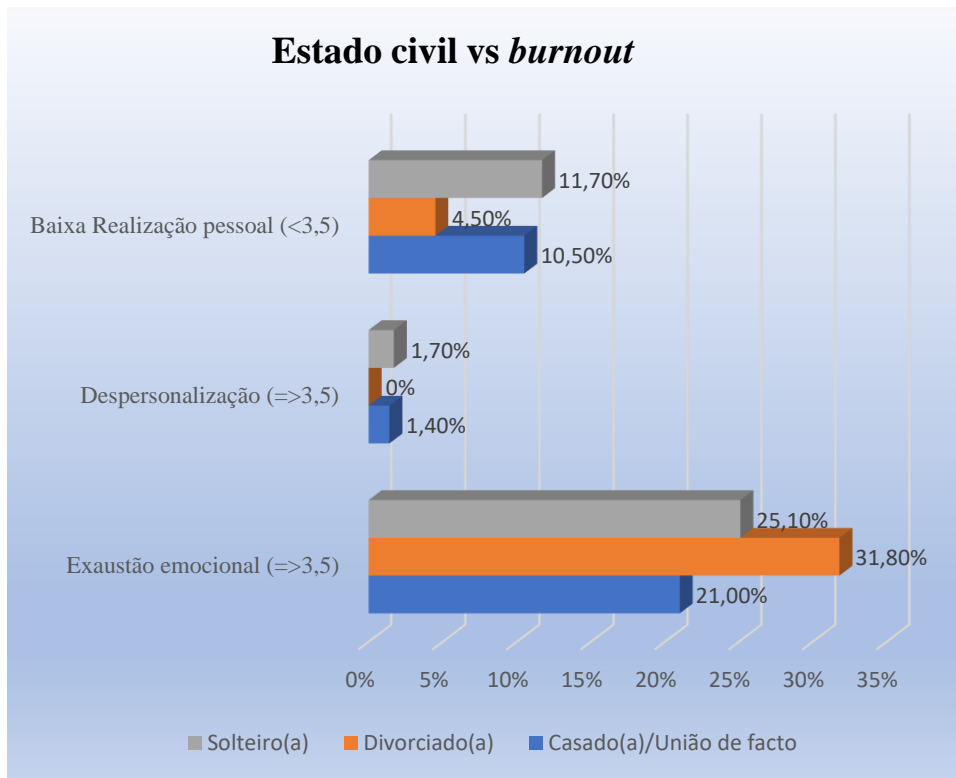
Foi-se de seguida averiguar a percentagem de respondentes com *burnout* em cada dimensão para cada estado civil (Gráfico 3.06).

Observando o gráfico 3.06 constata-se que há uma maior percentagem de exaustão emocional no grupo dos divorciados (31,80%), sendo essa percentagem mais baixa nos solteiros e casados (25,10% e 21,0% respetivamente).

No que respeita à realização pessoal baixa, as percentagens mais altas foram nos solteiros e nos casados (11,70% 10,50% respetivamente), sendo mais baixa nos divorciados (4,5%).

Ao nível da despersonalização há uma percentagem reduzida nos solteiros (1,70%) e nos casados (1,40%), não havendo qualquer caso no grupo dos divorciados.

**Gráfico 3.06**



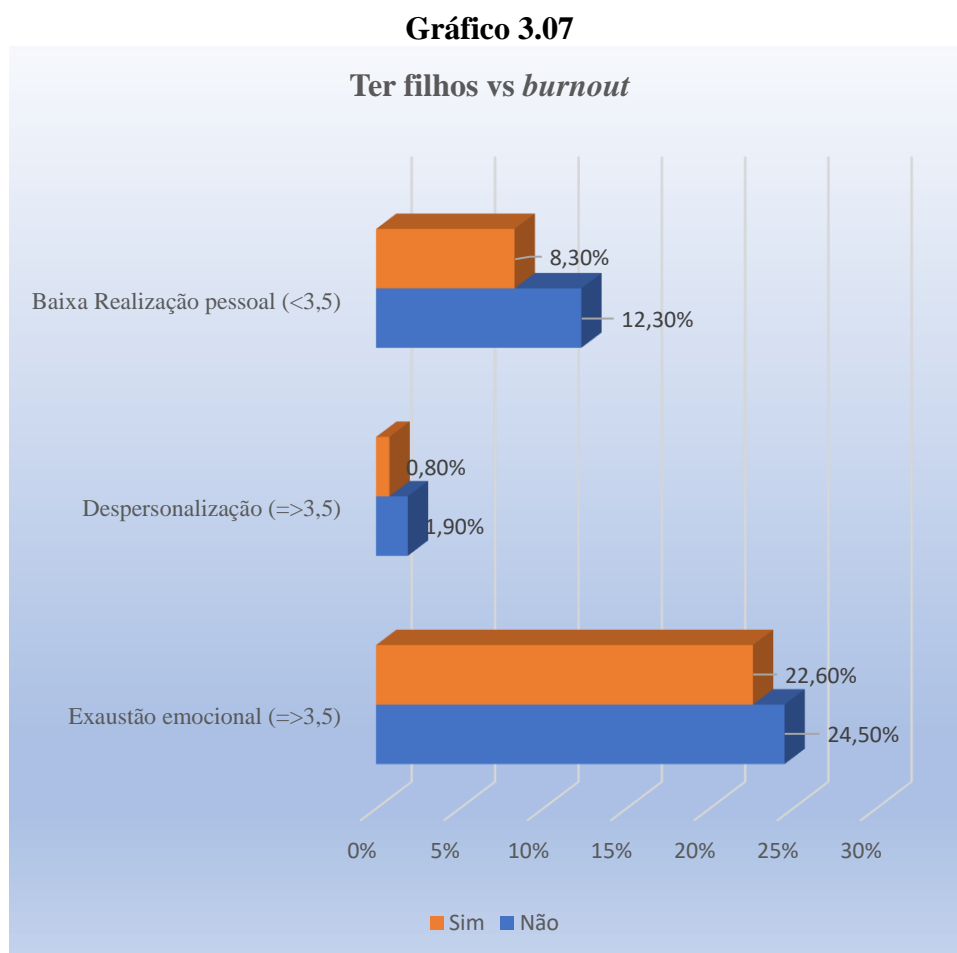
**Ter filhos vs *burnout***

Tabela 3.06: t de Student para amostras independentes: comparação sexo quem tem filhos e quem não tem filhos nos *scores* médios das dimensões da MBI

	Tem filhos	N	Média	Desvio Padrão	t de Student amostras independentes
Exaustão Emocional	Não	212	2,50	1,24	t =0,351
	Sim	133	2,45	1,34	p=0,726
Despersonalização	Não	212	,66	,85	t =1,068
	Sim	133	,57	,74	p=0,286
Realização pessoal	Não	212	4,38	,83	t =-1,606
	Sim	133	4,53	,75	p=0,109

O teste t de Student não revelou a existência de diferenças significativas entre quem tem e quem não tem filhos nos *scores* médios das dimensões da MBI.

Foi-se de seguida averiguar a percentagem de respondentes com *burnout* em cada dimensão nos dois grupos (Gráfico 3.07).



No grupo que não tem filhos há uma percentagem mais elevada de respondentes com realização pessoal baixa (12,30%) comparativamente com os que têm filhos (8,30%).

Na exaustão emocional as percentagens entre os dois grupos estão mais próximas (22,6% em quem tem filhos e 24,50% em quem não tem filhos).

Na despersonalização as percentagens também estão próximas (1,90% em quem não tem filhos e 0,80% em quem tem filhos).

### Local de trabalho vs *burnout*

No sentido de averiguar a existência de diferenças significativas entre os diferentes locais de trabalho nos *scores* médios das dimensões do MBI recorreu-se ao teste paramétrico Anova One Way.

Foi possível usar este teste paramétrico dado não haver desvios severos à normalidade e haver homogeneidade de variâncias

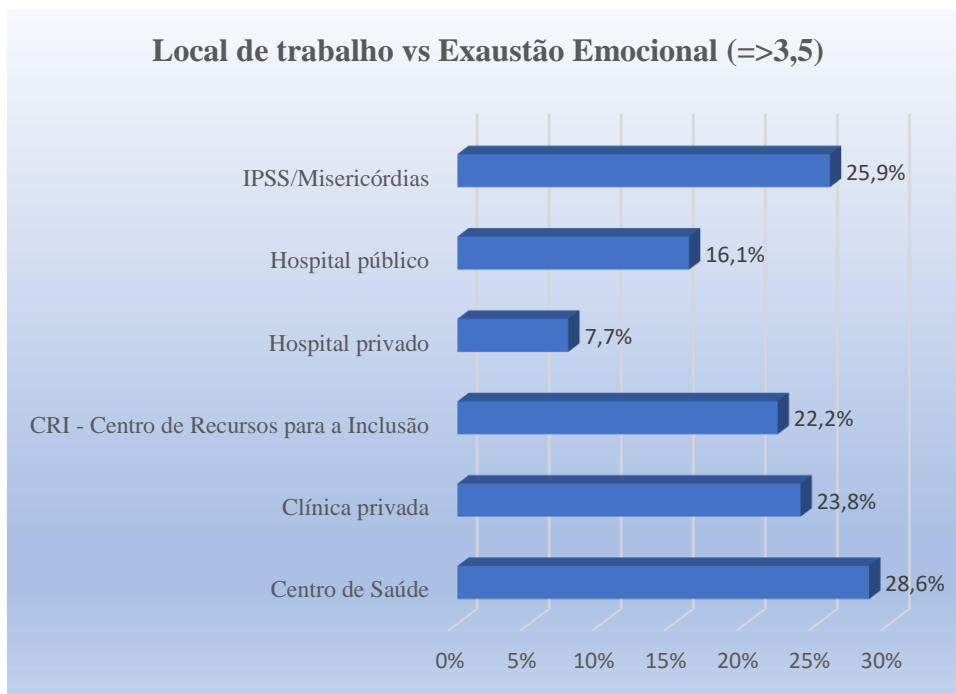
Tabela 3.07 -ANOVA ONE WAY: comparação entre os locais de trabalho nos *scores* médios das dimensões da MBI

		N	Média	Desvio Padrão	ANOVA ONE WAY
Exaustão Emocional	Centro de Saúde	14	2,79	1,41	F =1,765 p= 0,120
	Clínica privada	42	2,43	1,36	
	CRI - Centro de Recursos para a Inclusão	18	2,40	1,18	
	Hospital privado	13	2,09	1,45	
	Hospital público	56	2,11	1,29	
	IPSS/Misericórdias	147	2,63	1,24	
Despersonalização	Centro de Saúde	14	,80	,99	F =1,214 p= 0,303
	Clínica privada	42	,68	,97	
	CRI - Centro de Recursos para a Inclusão	18	,56	,73	
	Hospital privado	13	1,14	1,28	
	Hospital público	56	,55	,61	
	IPSS/Misericórdias	147	,63	,82	
Realização pessoal	Centro de Saúde	14	4,47	,71	F =1,310 p= 0,260
	Clínica privada	42	4,30	,99	
	CRI - Centro de Recursos para a Inclusão	18	4,11	1,08	
	Hospital privado	13	4,47	,66	
	Hospital público	56	4,60	,77	
	IPSS/Misericórdias	147	4,44	,73	

O teste ANOVA One Way não revelou a existência de diferenças significativas entre os grupos que trabalham em diferentes locais de trabalho nos *scores* médios das dimensões da MBI.

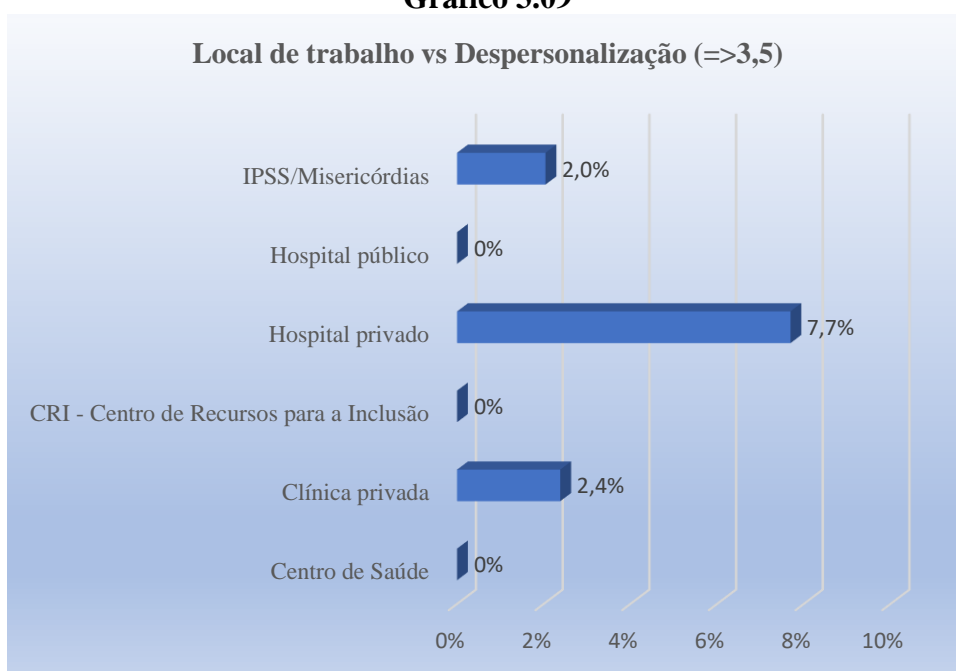
Usando o valor de corte de 3,5, foi-se verificar a percentagem de *burnout* em cada um dos grupos para cada uma das dimensões (Gráficos 3.08, 3.09 e 3.10).

**Gráfico 3.08**



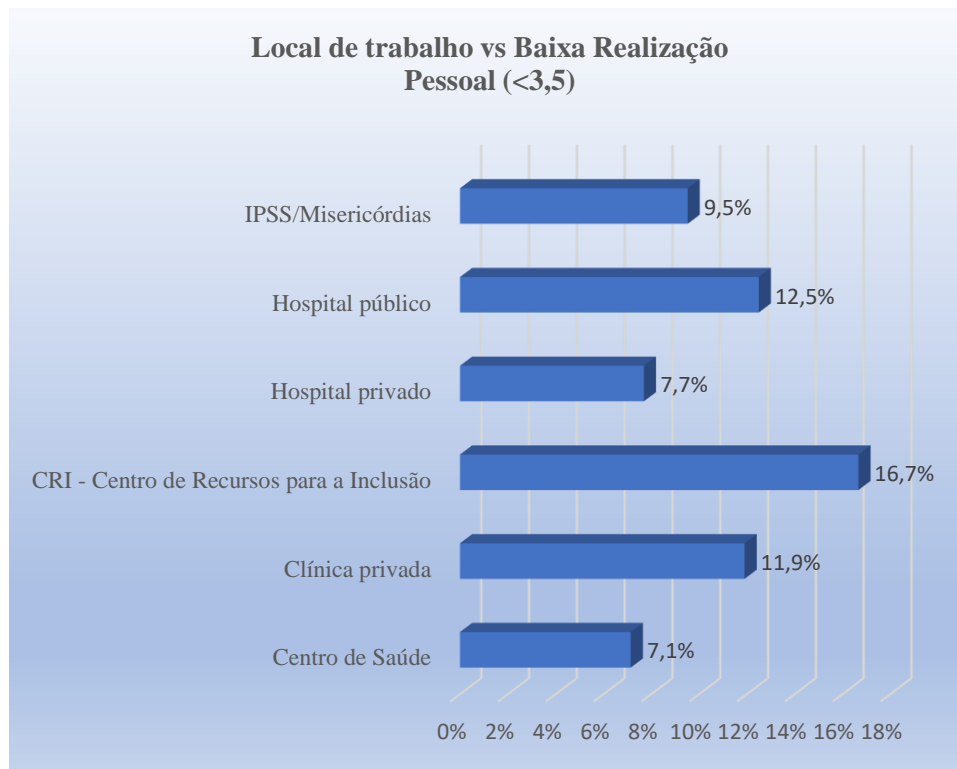
O grupo onde se verifica uma maior percentagem de exaustão emocional é no grupo que trabalha no centro de saúde (28,6%), seguido das IPSS/Misericórdias (25,9%). Onde a percentagem de exaustão foi mais baixa foi no hospital privado (7,7%) (Gráfico 3.08).

**Gráfico 3.09**



No grupo que trabalha no hospital privado é onde a percentagem de despersonalização é mais elevada (7,7%). Nos grupos da IPSS/misericórdias (2%) e clínicas privadas (2,4%) também se verificou a existência de despersonalização embora com percentagens mais baixas. Nos restantes grupos não se verificou a existência de despersonalização (Gráfico 3.09).

**Gráfico 3.10**



Os grupos onde houve percentagens menores de baixa realização pessoal foi no centro de saúde (7,1%), Hospital privado (7,7%) e IPSS/Misericórdias (9,5%), sendo mais elevada no CRI-Centro de recursos e inclusão (16,7%) (Gráfico 3.10).

### **Vínculo laboral vs *burnout***

No sentido de averiguar a existência de diferenças significativas entre os diferentes tipos de vínculo laboral nos *scores* médios das dimensões do MBI recorreu-se ao teste paramétrico Anova One Way.

Foi possível usar este teste paramétrico dado não haver desvios severos à normalidade e haver homogeneidade de variâncias

Tabela 3.08 -ANOVA ONE WAY: comparação entre os diferentes vínculos laborais nos *scores* médios das dimensões da MBI

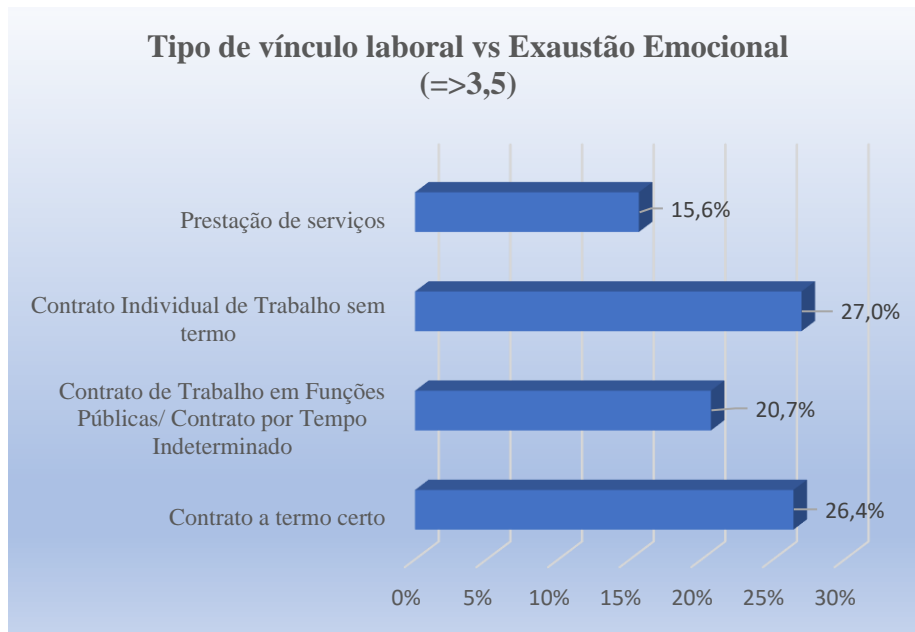
		N	Média	Desvio Padrão	Anova One Way
Exaustão Emocional	Contrato a termo certo	53	2,54	1,23	F =1,769 p= 0,153
	Contrato de Trabalho em Funções Públicas/ Contrato por Tempo Indeterminado	92	2,47	1,27	
	Contrato Individual de Trabalho sem termo	152	2,60	1,26	
	Prestação de serviços	32	2,05	1,24	
Despersonalização	Contrato a termo certo	53	,67	,81	F =0,138 p= 0,937
	Contrato de Trabalho em Funções Públicas/ Contrato por Tempo Indeterminado	92	,60	,63	
	Contrato Individual de Trabalho sem termo	152	,63	,85	
	Prestação de serviços	32	,68	,75	
Realização pessoal	Contrato a termo certo	53	4,31	,84	F = 2,710 p = 0,045*
	Contrato de Trabalho em Funções Públicas/ Contrato por Tempo Indeterminado	92	4,47	,72	
	Contrato Individual de Trabalho sem termo	152	4,55*	,79	
	Prestação de serviços	32	4,17*	,96	

(\* significativo para  $p \leq 0,05$ )

O teste Anova One Way revelou a existência de uma diferença significativa na dimensão realização pessoal, tendo o teste *post hoc* revelado diferenças para  $p \leq 0,05$  entre o grupo com contrato individual de trabalho sem termo (média = 4,55) e o grupo com contrato de prestação de serviços (média = 4,17), revelando este último menos realização pessoal. Nas outras dimensões não houve diferenças significativas nos *scores* médios entre os grupos com diferentes vínculos laborais.

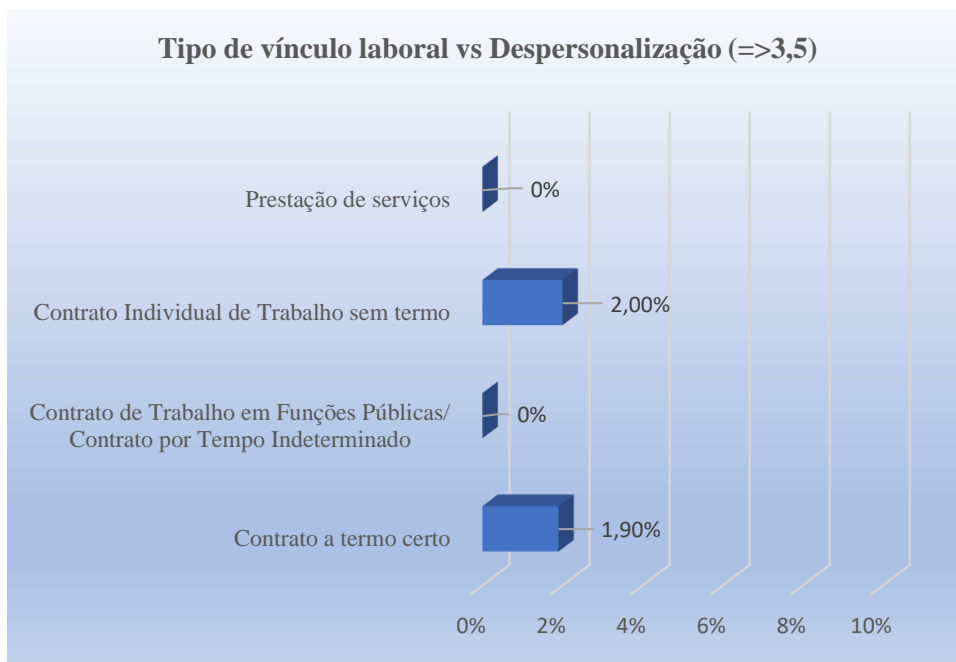
Usando o valor de corte de 3,5 foi-se verificar a percentagem de *burnout* em cada dimensão para cada um dos grupos (Gráficos 3.11, 3.12 e 3.13).

**Gráfico 3.11**



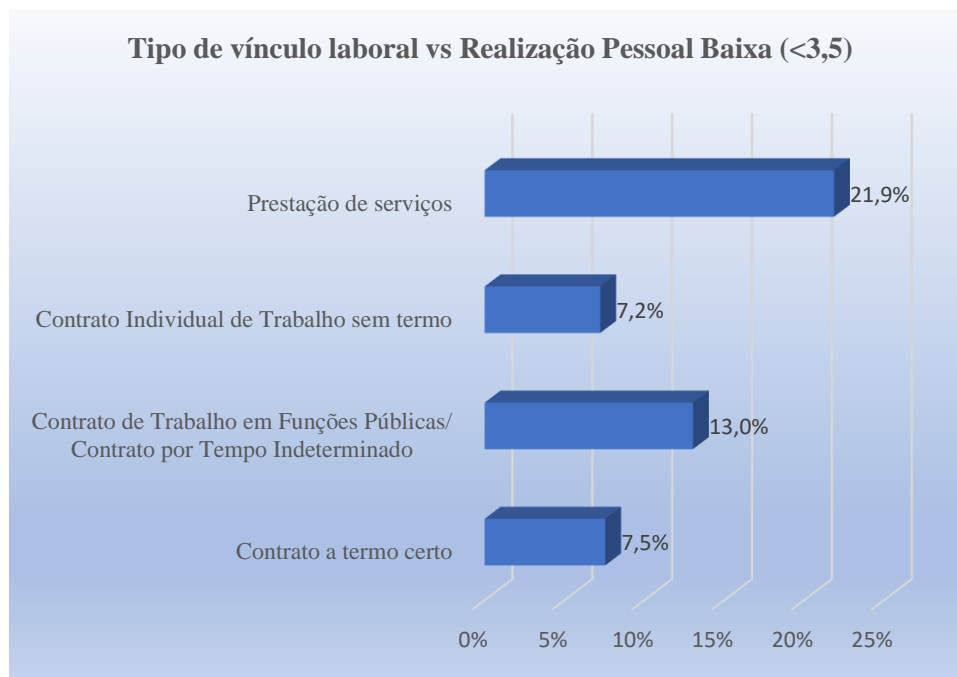
Nos grupos com contrato individual de trabalho sem termo e no grupo com contrato a termo certo é onde as percentagens de exaustão emocional são mais elevadas (27,07% e 26,04% respetivamente), sendo mais baixa no grupo com contrato de prestação de serviços (15,6%) (Gráfico 3.11).

**Gráfico 3.12**



Apenas em dois grupos se verificou a existência de despersonalização, embora as percentagens sejam baixas: contrato individual sem termo (2%) e contrato a termo certo (1,90%) (Gráfico 3.12).

**Gráfico 3.13**



No grupo do contrato de prestação de serviços é onde a percentagem de baixa realização pessoal é mais elevada (21,9%). No grupo com contrato individual de trabalho sem termo é onde a percentagem de baixa realização pessoal é menor (7,2%) (Gráfico 3.13).

### **Tempo de exercício profissional vs *burnout***

No sentido de averiguar a existência de diferenças significativas entre os diferentes tempos de exercício profissional nos *scores* médios das dimensões do MBI recorreu-se ao teste paramétrico Anova One Way.

Foi possível usar este teste paramétrico dado não haver desvios severos à normalidade e haver homogeneidade de variâncias

Tabela 3.09 -ANOVA ONE WAY: comparação entre os diferentes tempos de exercício profissional nos *scores* médios das dimensões da MBI

		N	Média	Desvio Padrão	ANOVA ONE WAY
Exaustão Emocional	0 a 5 anos	139	2,41	1,21	F = 0,817 p= 0,538
	6-10 anos	51	2,67	1,29	
	11-15 anos	39	2,23	1,29	
	16-20 anos	45	2,49	1,38	
	21-25 anos	38	2,69	1,37	
	Mais de 25 anos	33	2,54	1,27	
Despersonalização	0 a 5 anos	139	,68	,85	F = 0,572 p= 0,722
	6-10 anos	51	,58	,74	
	11-15 anos	39	,56	,78	
	16-20 anos	45	,72	1,01	
	21-25 anos	38	,47	,65	
	Mais de 25 anos	33	,62	,64	
Realização pessoal	0 a 5 anos	139	4,27*	,86	F = 2,929 p= 0,013*
	6-10 anos	51	4,52	,77	
	11-15 anos	39	4,60	,65	
	16-20 anos	45	4,49	,78	
	21-25 anos	38	4,74	,64	
	Mais de 25 anos	33	4,43	,88	

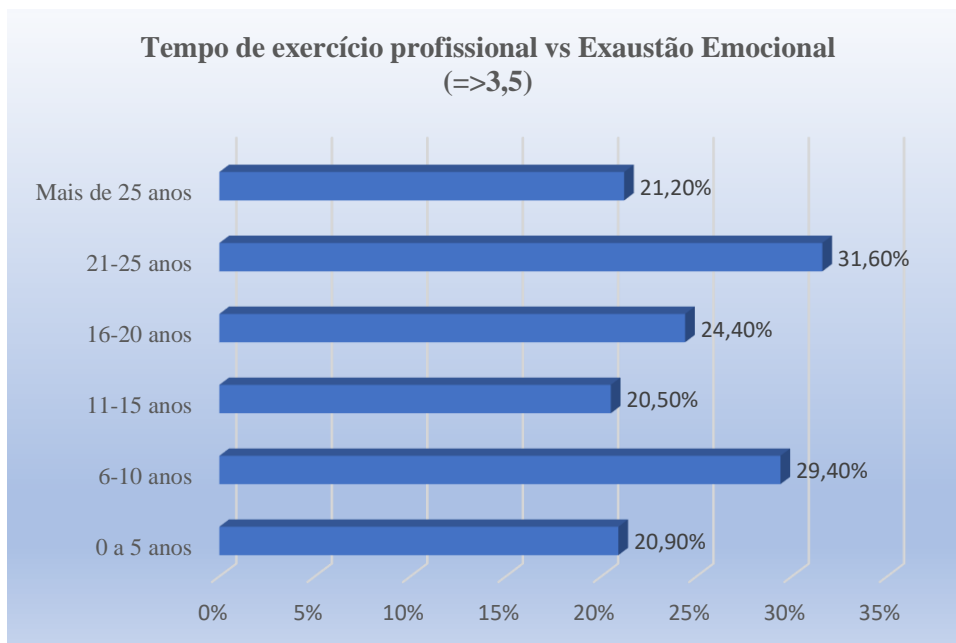
(\* significativo para  $p \leq 0,05$ )

O teste Anova One Way demonstrou a existência de diferenças significativas na dimensão realização pessoal, tendo o teste post hoc revelado que o grupo com tempo de exercício profissional de 0-5 anos é o que revela uma média significativamente mais baixa, para  $p \leq 0,05$ , de realização pessoal (média = 4,27) comparativamente com os outros grupos (médias entre 4,49 e 4,74), só não diferindo do grupo com mais de 25 anos de exercício profissional (média = 4,43).

Nas restantes dimensões não houve diferenças estatisticamente significativas.

Usando o valor de corte de 3,5, foi-se verificar a percentagem de *burnout* para cada grupo em cada uma das dimensões da MBI (Gráficos 3.14, 3.15 e 3.16).

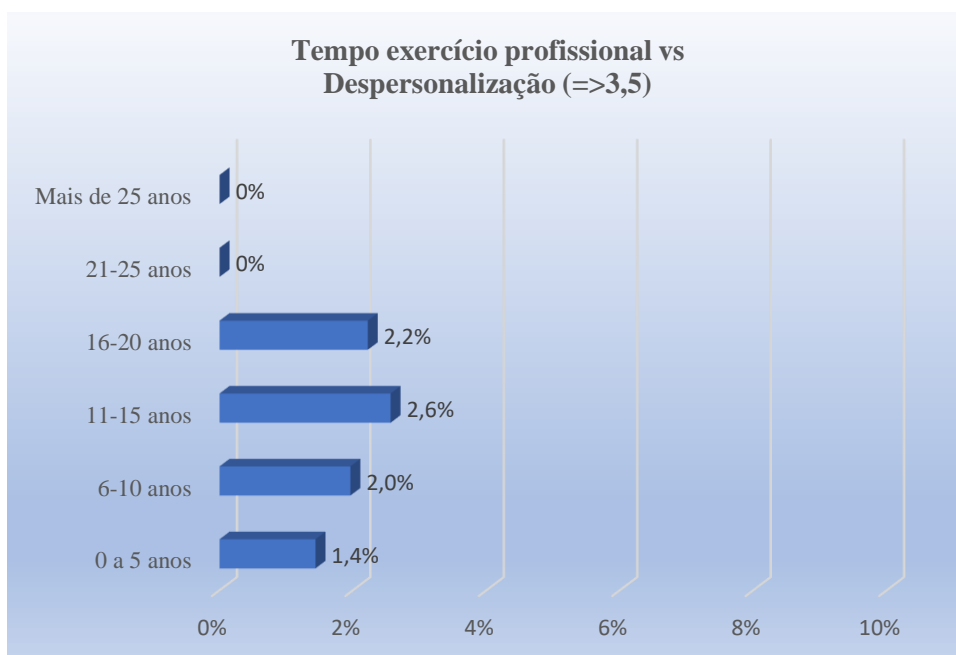
**Gráfico 3.14**



Nos grupos que trabalham há 21-25 anos e há 6-10 anos foi onde se verificou uma percentagem mais elevada de exaustão emocional (31,6% e 29,4% respetivamente).

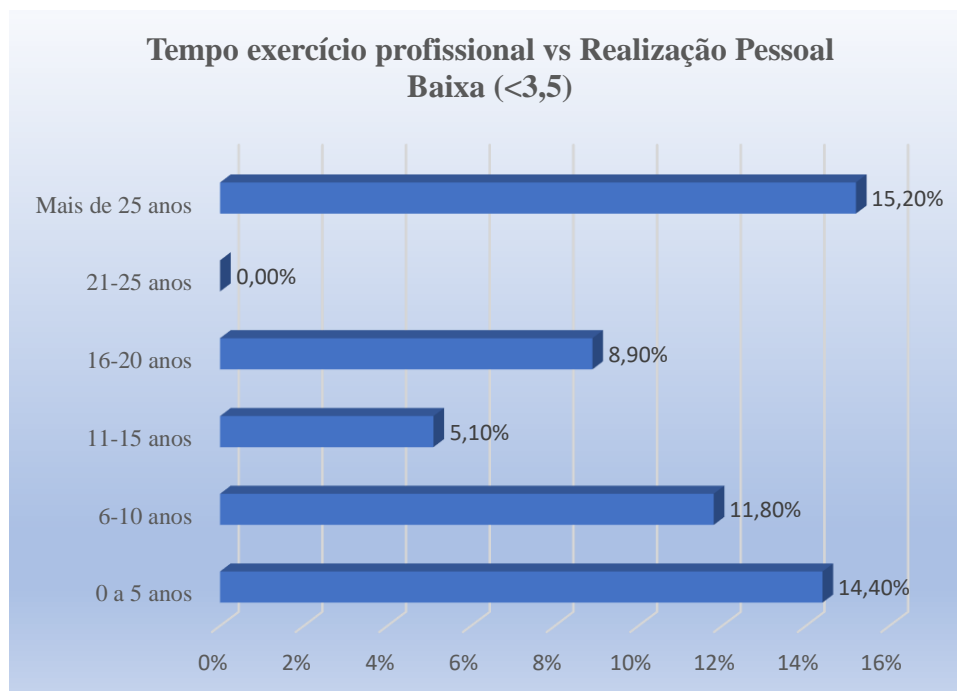
O grupo em que a percentagem foi mais baixa foi o que trabalha há 0-5 anos (20,90%) (Gráfico 3.14).

**Gráfico 3.15**



Nos grupos com mais de 20 anos de exercício profissional não existe despersonalização, enquanto que nos grupos com menos tempo de exercício profissional a percentagem de despersonalização oscila entre 1,4% (0-5 anos) e os 2,6% (11-15 anos) (Gráfico 3.15).

**Gráfico 3.16**



Nos grupos com 0-5 anos e mais de 25 anos de exercício profissional foi onde se verificou uma maior percentagem de baixa realização pessoal (14,40% e 15,20% respetivamente). No grupo com 21-25 de exercício profissional anos ninguém revelou baixa realização pessoal (Gráfico 3.16).

### **Tempo na organização vs *burnout***

No sentido de averiguar a existência de diferenças significativas entre os diferentes tempos de organização nos *scores* médios das dimensões do MBI recorreu-se ao teste paramétrico Anova One Way.

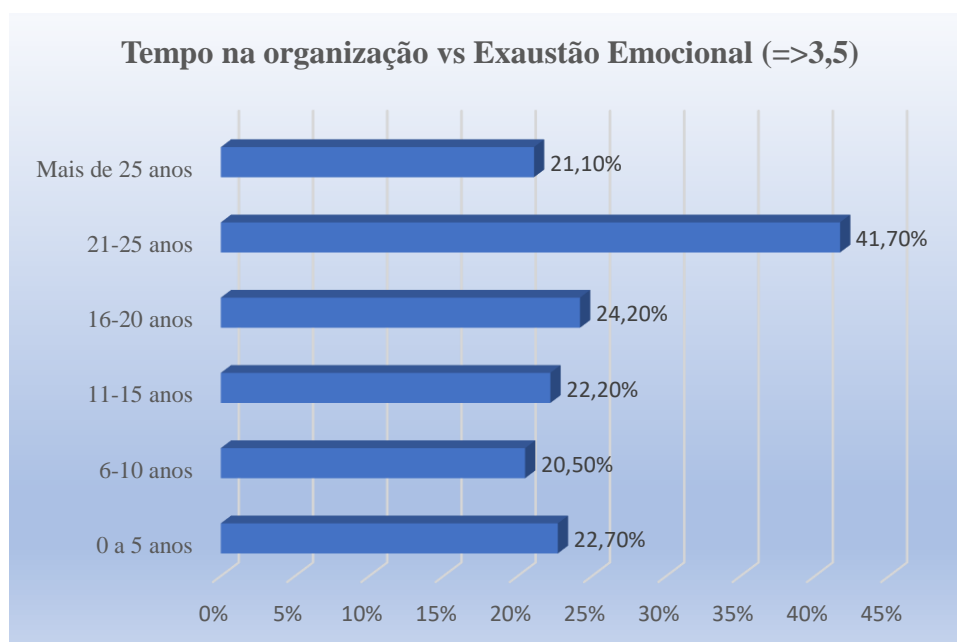
Foi possível usar este teste paramérico dado não haver desvios severos à normalidade e haver homogeneidade de variâncias

Tabela 3.10 -ANOVA ONE WAY: comparação entre os diferentes tempos na organização nos *scores* médios das dimensões da MBI

		N	Média	Desvio Padrão	ANOVA ONE WAY
Exaustão Emocional	0 a 5 anos	185	2,45	1,25	F=1,029 p = 0,401
	6-10 anos	39	2,45	1,32	
	11-15 anos	45	2,39	1,32	
	16-20 anos	33	2,47	1,20	
	21-25 anos	24	3,04	1,43	
	Mais de 25 anos	19	2,37	1,25	
Despersonalização	0 a 5 anos	185	,66	,85	F=0,344 p = 0,886
	6-10 anos	39	,52	,85	
	11-15 anos	45	,65	,89	
	16-20 anos	33	,53	,52	
	21-25 anos	24	,59	,76	
	Mais de 25 anos	19	,69	,68	
Realização Pessoal	0 a 5 anos	185	4,34	,85	F = 1,761 p= 0,120
	6-10 anos	39	4,54	,66	
	11-15 anos	45	4,66	,73	
	16-20 anos	33	4,47	,74	
	21-25 anos	24	4,66	,73	
	Mais de 25 anos	19	4,34	,91	

A Anova One Way não revelou a existência de diferenças significativas entre os grupos com diferentes tempos de organização nos *scores* médios das 3 dimensões da escala MBI. Uma vez mais foi-se usar o valor de corte para se determinar a percentagem de *burnout* em cada dimensão. (Gráficos 3.17, 3.18 e 3.19)

**Gráfico 3.17**



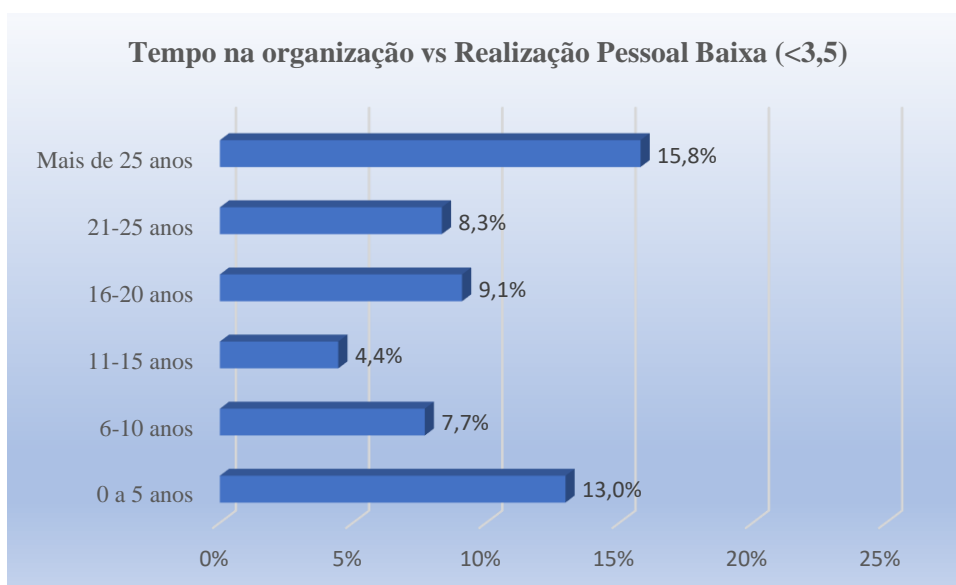
O grupo que tem entre 21-25 anos de tempo de organização é onde há uma percentagem mais alta de exaustão emocional (41,70%). Nos restantes grupos as percentagens são mais baixas, oscilando entre 20,50% e 24,20% (Gráfico 3.17).

**Gráfico 3.18**



Nos grupos com mais de 15 anos de organização não existe despersonalização. Nos restantes grupos a despersonalização é baixa, oscilando entre 1,6% (0-5 anos) e 2,6% (6-10 anos) (Gráfico 3.18).

**Gráfico 3.19**



O grupo em que há menos problemas relativos a baixa realização profissional é o que trabalha entre 11-15 anos (4,4%), havendo uma percentagem mais elevada de baixa realização profissional no grupo que trabalha há mais de 25 anos na organização (15,8%), seguido do grupo com 0-5 anos de organização (13%) (Gráfico 3.19).

### Carga horária vs *burnout*

No sentido de averiguar a existência de diferenças significativas entre grupos com diferentes cargas horárias nos *scores* médios das dimensões do MBI recorreu-se ao teste paramétrico Anova One Way.

Foi possível usar este teste paramétrico dado não haver desvios severos à normalidade e haver homogeneidade de variâncias

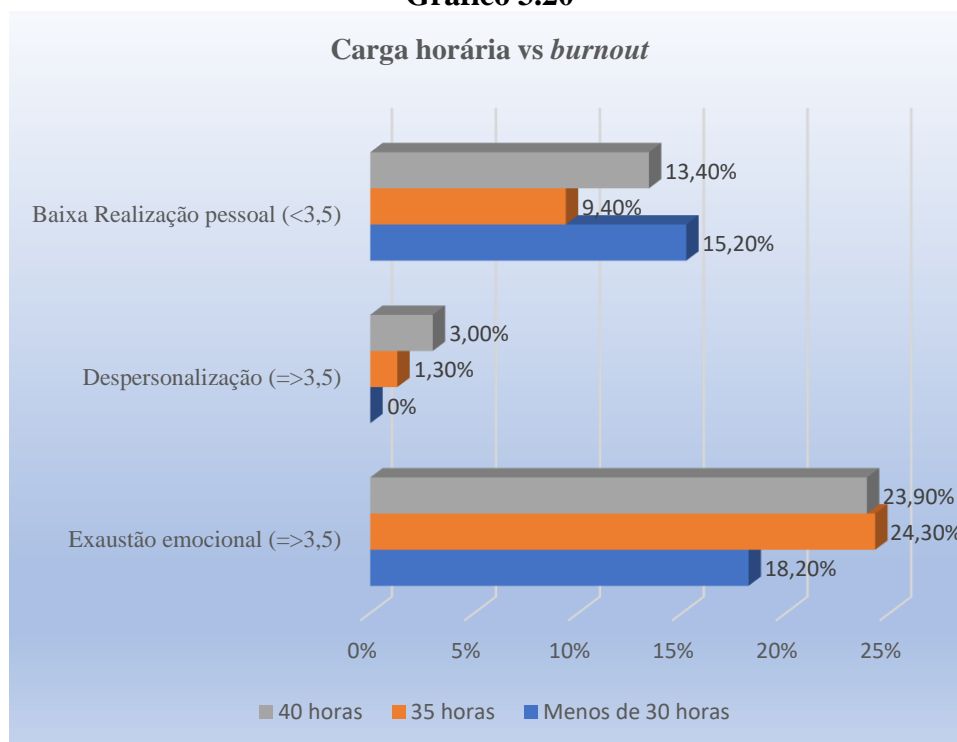
Tabela 3.11 -ANOVA ONE WAY: comparação entre os grupos com diferentes cargas horárias nos *scores* médios das dimensões da MBI

		N	Média	Desvio Padrão	Anova One Way
Exaustão Emocional	Menos de 30 horas	33	2,27	1,22	F = 0,562
	35 horas	235	2,51	1,29	p=0,571
	40 horas	67	2,54	1,25	
Despersonalização	Menos de 30 horas	33	,60	,71	F = 2,082
	35 horas	235	,57	,77	p= 0,126
	40 horas	67	,80	,98	
Realização pessoal	Menos de 30 horas	33	4,25	,91	F = 2,658
	35 horas	235	4,50	,77	p= 0,07
	40 horas	67	4,30	,86	

Embora a ANOVA ONE way não tenha revelado a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos com diferentes cargas horárias nas 3 dimensões, na dimensão realização pessoal baixa há um resultado no limiar da significância, havendo a tendência para o grupo que trabalha 35 horas ter um melhor resultado do que os outros dois grupos.

Foi-se verificar a percentagem de *burnout* em cada dimensão para cada grupo usando uma vez mais o valor de corte de 3,5 (Gráfico 3.20)

**Gráfico 3.20**



No grupo que trabalha menos de 30 horas é onde existem menos exaustão emocional (18,20%), comparativamente com os outros dois grupos (40 horas – 23,90%; 35 horas- 24,30%).

No grupo que trabalha 35 horas é onde existe uma percentagem menor de realização pessoal baixa (9,40%) comparativamente com os outros dois grupos em que a percentagem oscila entre 13,40% (40 horas) e menos de 30 horas (15,20%).

Quanto à despersonalização no grupo que trabalha menos de 30 horas não existe despersonalização, sendo de 3% no grupo que trabalha 40 horas e 1,3% no grupo que trabalha 35 horas (Gráfico 3.20).

### **Há quanto tempo teve férias vs burnout**

Recorreu-se ao teste paramétrico t de Student no sentido de comparar quem teve férias nos últimos seis meses e quem teve férias há mais de seis meses nas dimensões da MBI. Foi possível usar este teste paramérico dado não haver desvios severos à normalidade.

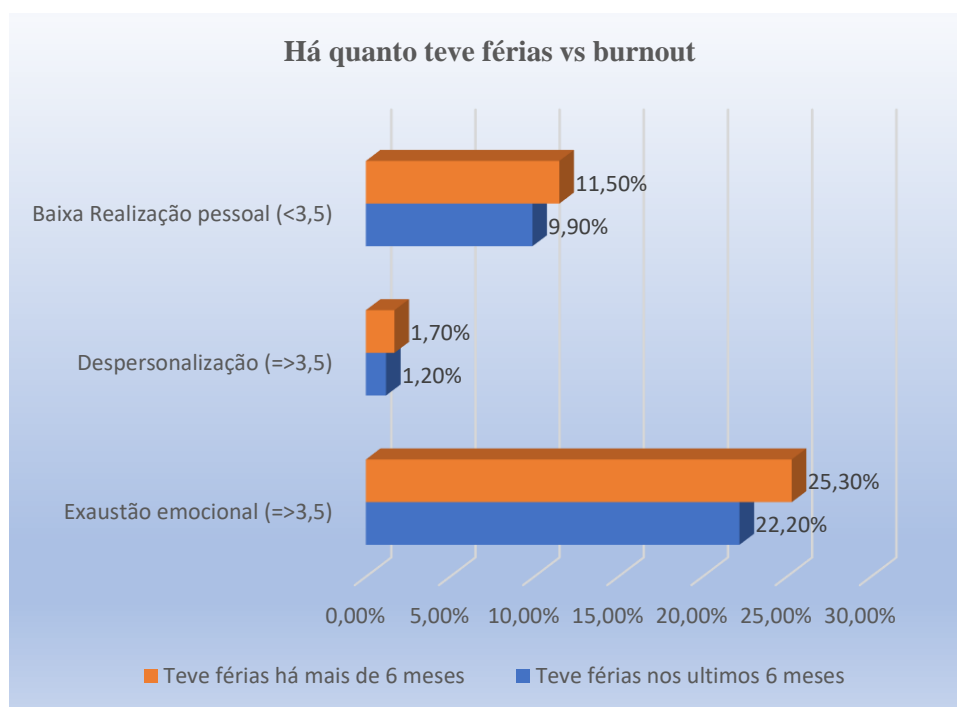
Criaram-se estes dois grupos baseados na mediana desta variável, de destacar que apenas 2,3% (8 respostas) fizeram férias há mais de 12 meses.

Tabela 3.12 – t de Student – Comparação entre quem teve férias nos últimos seis meses e quem teve férias há mais de seis meses nas dimensões da MBI

	férias dicotomizado	N	Média	Desvio Padrão	t de Student
Exaustão Emocional	<= 6 meses	171	2,36	1,32	t = -1,764
	> 6 meses	174	2,60	1,23	p = 0,079
Despersonalização	<= 6 meses	171	,59	,68	t = -0,940
	> 6 meses	174	,67	,92	p = 0,348
Realização Pessoal	<= 6 meses	171	4,47	,83	t = 0,630
	> 6 meses	174	4,41	,78	p = 0,529

O teste t de Student não revelou a existência de diferenças significativas entre os dois grupos em nenhuma das dimensões. Contudo é de referir um resultado no limiar da significância na dimensão exaustão emocional ( $p = 0,079$ ) revelando o grupo que não faz férias há mais de seis meses um resultado mais alto.

**Gráfico 3.21**



No grupo que teve férias há mais de seis meses há uma percentagem ligeiramente superior de respondentes com realização pessoal baixa (11,5%), alta exaustão emocional (25,30%) e alta despersonalização (1,70%); comparativamente com o grupo que teve férias nos últimos seis meses, em que as percentagens foram de 9,90%, 22,20% e 1,20% respetivamente.

### Contexto laboral no período de confinamento vs *burnout*

Foi-se averiguar a existência de diferenças significativas entre três diferentes contextos laborais (os que tinham um maior número de respostas) nas três dimensões da escala da MBI.

Uma vez que havia desvios pouco severos à normalidade e homogeneidade de variâncias foi possível recorrer ao teste paramétrico ANOVA One Way.

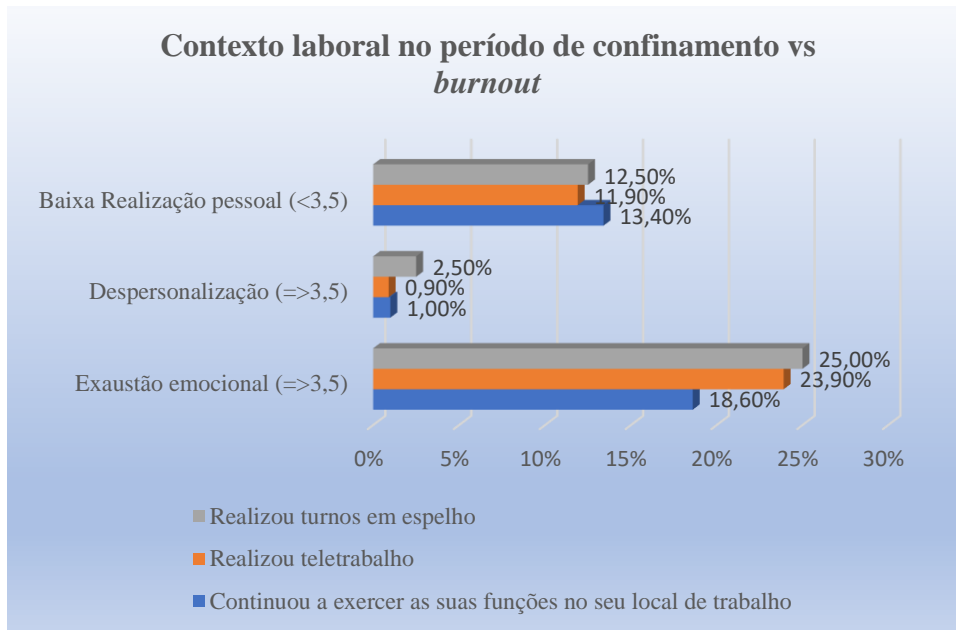
Tabela 3.13 - ANOVA ONE WAY: comparação entre os grupos com diferente contexto laboral nos *scores* médios das dimensões da MBI

		N	Média	Desvio Padrão	ANOVA ONE WAY
Exaustão Emocional	Continuou a exercer as suas funções no seu local de trabalho	97	2,38	1,21	F =0,378 p=0,686
	Realizou teletrabalho	109	2,52	1,24	
	Realizou turnos em espelho	40	2,38	1,34	
Despersonalização	Continuou a exercer as suas funções no seu local de trabalho	97	,66	,81	F =1,133 p=0,324
	Realizou teletrabalho	109	,51	,66	
	Realizou turnos em espelho	40	,60	,72	
Realização pessoal	Continuou a exercer as suas funções no seu local de trabalho	97	4,52	,84	F =0,764 p=0,467
	Realizou teletrabalho	109	4,37	,89	
	Realizou turnos em espelho	40	4,47	,75	

A ANOVA One Way não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os três contextos laborais nas dimensões do *burnout*.

Usou-se, de seguida, o valor de corte 3,5 para verificar as percentagens de *burnout* nestes três contextos e nas três dimensões.

**Gráfico 3.22**



Na dimensão exaustão emocional constata-se que foi no grupo que continuou a exercer funções no seu local de trabalho que houve menos exaustão (18,6%), sendo maior em quem realizou teletrabalho (23,90%) e turnos e espelho (25%).

Nas outras dimensões as percentagens dos vários contextos estão mais próximas.

### 3.3. O impacto do burnout no absentismo e no desejo de mudança (profissional ou de organização)

#### Faltas vs burnout

Recorreu-se ao teste paramétrico t de Student no sentido de comparar quem faltou e quem não faltou nos últimos meses, nos scores médios das dimensões da MBI.

Foi possível usar este teste paramérico dado não haver desvios severos à normalidade.

Tabela 3.14 - t de Student para amostras independentes: comparação entre quem faltou e quem não faltou nos scores médios das dimensões da MBI

	Último mês faltas	N	Média	Desvio Padrão	t de Student
Exaustão Emocional	Não	303	2,46	1,28	t =-0,941
	Sim	42	2,66	1,23	p=0,347
Despersonalização	Não	303	,64	,84	t =0,557
	Sim	42	,56	,56	p=0,578

Realização pessoal	Não	303	4,45	,82	t =0,604
	Sim	42	4,37	,70	p=0,546
Últimos Três Meses					
	Faltas	N	Média	Desvio Padrão	t de Student
Exaustão Emocional	Não	289	2,47	1,29	t =-0,544
	Sim	56	2,57	1,20	p=0,587
Despersonalização	Não	289	,64	,85	t =0,419
	Sim	56	,59	,57	p=0,676
Realização pessoal	Não	289	4,46	,83	t =0,926
	Sim	56	4,35	,67	p=0,355
Últimos Seis Meses					
	Faltas	N	Média	Desvio Padrão	t de Student
Exaustão Emocional	Não	250	2,40	1,26	t =-2,041
	Sim	95	2,71	1,29	p=0,042*
Despersonalização	Não	250	,65	,87	t =0,891
	Sim	95	,56	,64	p=0,374
Realização pessoal	Não	250	4,44	,84	t =-0,112
	Sim	95	4,45	,72	p=0,911

(\* significativo para  $p \leq 0,05$ )

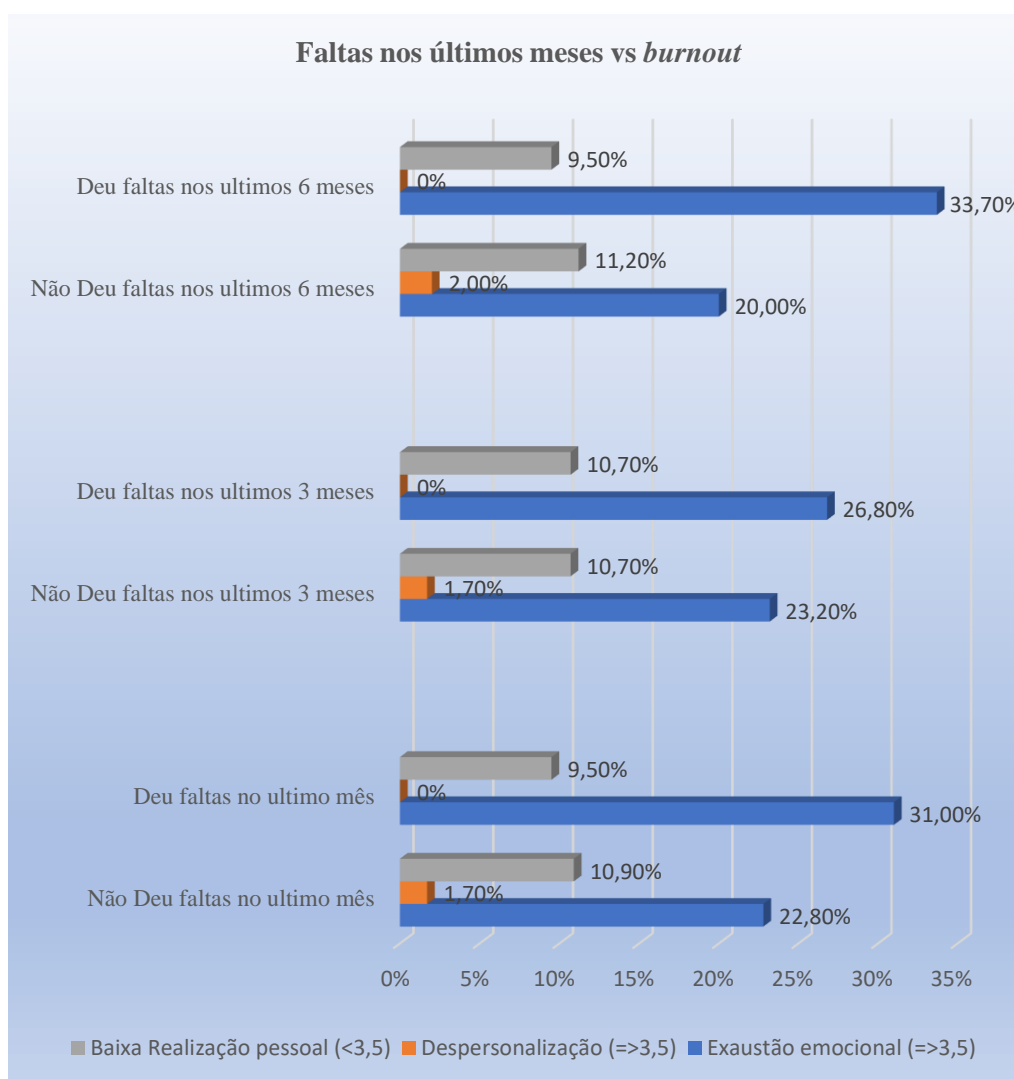
Na dimensão *exaustão emocional* o teste t de Student revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre quem faltou nos últimos seis meses e quem não faltou; revelando quem faltou uma maior exaustão emocional (média = 2,71) do que quem não faltou (média = 2,40).

Não houve diferenças significativas nas outras dimensões.

Relativamente a ter faltado no último mês ou nos últimos três meses, não se verificaram diferenças significativas entre quem faltou e quem não faltou nos scores médios das três dimensões da MBI.

Foi-se uma vez mais verificar a percentagem de *burnout* nas diferentes dimensões, usando o valor de corte de 3,5 (Gráfico 3.22).

**Gráfico 3.23**



Existe uma maior percentagem de exaustão emocional: no grupo que faltou no último mês (31%, sendo que, no grupo que não faltou, a percentagem é de 22,8%; no grupo que faltou nos últimos três meses (26,80% sendo que, no grupo que não faltou, a percentagem é de 23,20%); e no grupo que faltou nos últimos seis meses, sendo neste caso a diferença bastante acentuada entre quem faltou e quem não faltou (33,70% em quem faltou, sendo que, no grupo que não faltou a percentagem de exaustão é de 20%).

Nas outras dimensões as percentagens de *burnout* são idênticas nos dois grupos.

### Pensar mudar de profissão ou de organização vs *burnout*

Recorreu-se ao teste paramétrico t de Student no sentido de comparar quem pensou mudar de profissão ou de organização nos últimos meses e quem não pensou nisso nas dimensões da MBI.

Foi possível usar este teste paramétrico dado não haver desvios severos à normalidade.

Tabela 3.15 – t de Student – Comparação entre quem pensou mudar de profissão ou de organização e quem não pensou nisso nos últimos meses nas dimensões da MBI

		Pensou mudar de profissão no último mês			
		N	Média	Desvio Padrão	t de Student
Exaustão Emocional	Não	237	2,16	1,19	t =-7,570
	Sim	108	3,20	1,17	p=0,000***
Despersonalização	Não	237	,50	,62	t =-3,597
	Sim	108	,90	1,08	p=0,000***
Realização Pessoal	Não	237	4,53	,78	t =3,075
	Sim	108	4,24	,83	p=0,002**
		Pensou mudar de organização no último mês			
		N	Média	Desvio Padrão	t de Student
Exaustão Emocional	Não	152	1,92	1,19	t =-7,882
	Sim	193	2,93	1,17	p=0,000***
Despersonalização	Não	152	,50	,71	t =-2,592
	Sim	193	,72	,87	p=0,01**
Realização pessoal	Não	152	4,65	,79	t =4,431
	Sim	193	4,27	,78	p=0,000***
		Pensou mudar de profissão nos últimos seis meses			
		N	Média	Desvio Padrão	t de Student
Exaustão Emocional	Não	214	2,07	1,14	t =-8,454
	Sim	131	3,16	1,21	p=0,000***
Despersonalização	Não	214	,49	,60	t =-3,690
	Sim	131	,85	1,03	p=0,000***
Realização Pessoal	Não	214	4,50	,79	t =1,666
	Sim	131	4,35	,83	p=0,097
		Pensou mudar de organização nos últimos seis meses			
		N	Média	Desvio Padrão	t de Student
Exaustão Emocional	Não	125	1,77	1,08	t =-8,548
	Sim	220	2,88	1,20	p=0,000***
Despersonalização	Não	125	,54	,72	t =-1,469
	Sim	220	,68	,85	p=0,143
Realização Pessoal	Não	125	4,64	,82	t =3,578
	Sim	220	4,32	,78	p=0,000***

(\*\* significativo para  $p \leq 0,01$ , \*\*\* significativo para  $p \leq 0,001$ )

O teste t de Student revelou a existência de diferenças significativas em todas as dimensões entre quem pensou e quem não pensou mudar de profissão ou de organização no último mês.

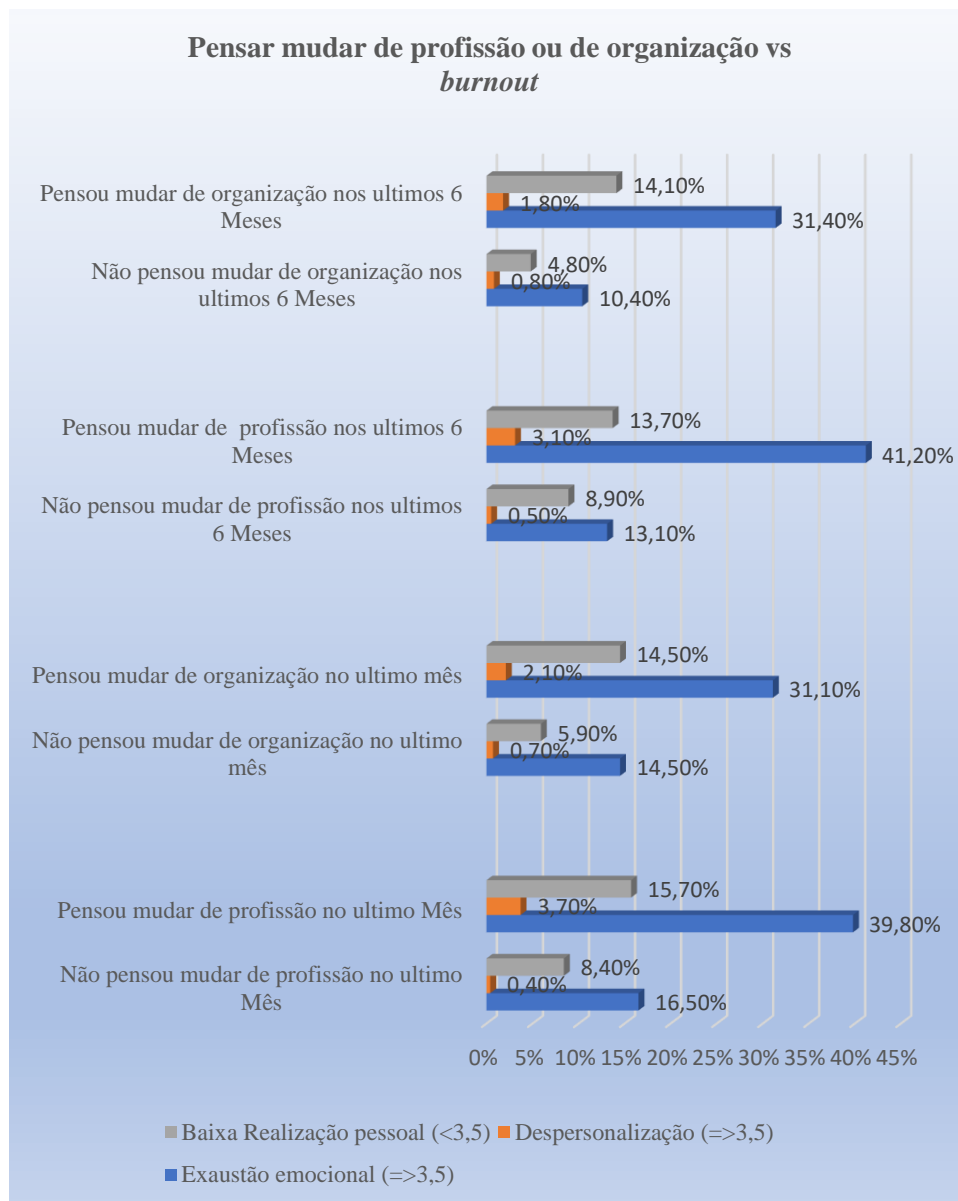
No que respeita aos últimos seis meses, para quem pensou mudar de profissão há diferenças significativas nas dimensões exaustão e despersonalização e uma diferença no limiar da significância na dimensão realização pessoal baixa. Para quem pensou mudar

de organização houve diferenças significativas nas dimensões exaustão emocional e realização pessoal baixa.

Constatam-se médias mais elevadas nas dimensões de exaustão e despersonalização, e médias mais baixas de realização, em quem pensou mudar de profissão ou de organização comparativamente com quem não pensou mudar.

Usou-se uma vez mais o valor de corte para determinar as percentagens de *burnout* em cada grupo para cada dimensão da escala.

**Gráfico 3.24**



As diferenças nas percentagens de *burnout* em quem pensou e quem não pensou mudar de profissão ou de organização no último mês e nos últimos seis meses são muito acentuadas ao nível da exaustão emocional (EM):

- Pensou mudar de profissão no último mês – EM-39,80%/não pensou – EM-16,50%
- Pensou mudar de organização no último mês – EM-31,10%/não pensou – EM-14,50%
- Pensou mudar de profissão nos últimos seis meses – EM-41,20%/não pensou – EM-13,10%
- Pensou mudar de organização nos últimos seis meses – EM-31,40%/não pensou – EM-10,40%

Na dimensão baixa realização pessoal (BRP) também se verificam diferenças entre os dois grupos:

- Pensou mudar de profissão no último mês – BRP-15,70%/não pensou BRP – 8,40%
- Pensou mudar de organização no último mês – BRP-14,50%/não pensou –BRP-5,90%
- Pensou mudar de profissão nos últimos 6 meses – BRP-13,70%/não pensou – BRP- 8,90%
- Pensou mudar de organização no último mês – BRP-14,10%/não pensou –BRP-4,8%

Na dimensão despersonalização as diferenças não foram tão acentuadas entre os dois grupos, dado haver pouca despersonalização na amostra total, contudo há mais despersonalização no grupo que pensou mudar de profissão ou de organização.

## Síntese e conclusão

Este trabalho teve como objetivo avaliar a existência da *Síndrome de Burnout* nos terapeutas ocupacionais que exercem funções em Portugal e quais as implicações do *burnout* em termos de absentismo e de intenção de abandono da profissão ou da organização onde exercem a sua atividade.

A revisão de literatura efetuada aquando do projeto de dissertação e que foi aprofundada no início desta dissertação, permitiu aprofundar os conhecimentos relativos à *Síndrome de Burnout*, e quais as suas implicações nos funcionários e nas organizações. Esta revisão de literatura permitiu ainda estabelecer os critérios metodológicos da investigação e estabelecer os objetivos da investigação.

Esta investigação pretende desenvolver e orientar os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar a amostra que se pretende estudar de acordo com as variáveis sociodemográficas e indicadores da situação profissional.
2. Avaliar o *burnout* nas suas dimensões (i) exaustão emocional, (ii) despersonalização e (iii) realização pessoal baixa.
3. Comparar os níveis de *burnout* relativamente ao sexo, idade, estado civil, família.
4. Comparar os níveis de *burnout* relativamente ao local de trabalho, tipo de vínculo laboral, número de anos na profissão, número de anos na organização, número de horas de trabalho, tempo decorrido desde as férias, contexto laboral no período de confinamento.
5. Avaliar a relação entre o *burnout* e o absentismo ao trabalho.
6. Avaliar a relação entre o *burnout* e o desejo de mudança (de profissão ou de organização).

Para a recolha de dados utilizou-se um questionário de Avaliação Sociodemográfica criado pelo autor e o *Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey*, este último adquirido à empresa detentora dos direitos do questionário.

A aplicação do questionário foi realizada através do autopreenchimento *online* em base de dados específica para o efeito.

Após a recolha dos dados, os mesmos foram tratados utilizando o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 26.0.

Com os dados tratados iniciamos o trabalho de responder à questão formulada e aos objetivos definidos.

## §.1.

Cumprimos o primeiro objetivo: caracterizar a amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas e indicadores da situação profissional.

O universo dos respondentes é constituído por 345 terapeutas ocupacionais, na sua maioria do sexo feminino (92,75% - 320 respostas) e com idade compreendida entre os 21 e os 35 anos (58,84%), sendo a faixa predominante a dos 26-30 anos (27,83% - 96 respostas).

Os estados civis mais referidos são o solteiro (51,88% - 179 respostas) e o casado (41,45% - 143 respostas). A maioria não tem filhos (61,45% - 203 respostas).

Os respondentes são provenientes de diferentes zonas de Portugal continental (Norte, Centro e Sul) e ilhas; com predominância, por esta ordem, dos distritos de Lisboa e do Porto.

A maioria dos respondentes tem uma licenciatura (76,81% - 265 respostas); trabalhando predominantemente em IPSS/Misericórdias (42,61% - 147 respostas), a que se seguem os hospitais públicos (16,23% - 56 respostas).

A maioria dos respondentes trabalha 35 horas por semana (68,1% - 235 respostas), predominando o contrato individual de trabalho sem termo (44,06% - 152 respostas), a que se segue contrato de trabalho em funções públicas/contrato por tempo indeterminado (26,67% - 92 respostas).

A maioria dos respondentes trabalha como TO há menos de 11 anos (55,07% - 190 respostas), havendo uma grande percentagem que trabalha como TO há menos de 6 anos (40,29% - 139 respostas).

A maioria trabalha há menos de 6 anos na organização (53,62% - 185 respostas), e a maioria dos respondentes não exerce atividade noutra local (66,67% - 230 respostas).

Dos 115 respondentes que trabalham noutra local, a maior percentagem trabalha numa clínica privada (48,69% - 56 respostas) ou faz domicílios (24,35% - 28 respostas); tendo uma carga horária nessa atividade de 1 a 5 horas (47% - 54 respostas) ou de 6 a 10 horas (27% - 31 respostas).

A maioria dos respondentes gozou férias entre 6 a 12 meses (57,7% - 199 respostas).

A maioria dos respondentes não pensou mudar de profissão no último mês (68,7% - 237 respostas) ou nos últimos seis meses (62% - 214 respostas). Contudo, a maioria pensou em mudar de organização: no último mês, 55,9% (193 respostas); nos últimos 6 meses, 63,8% (220 respostas).

A esmagadora maioria dos respondentes não faltou ao trabalho: no último mês (87,8% - 303 respostas); nos últimos três meses (83,8% - 289 respostas); nos últimos 6 meses (72,5% - 250 respostas).

Os contextos laborais mais referidos no período de confinamento foram, por esta ordem, o teletrabalho (31,6% - 109 respostas), o exercício de funções no local de trabalho (28,1% - 97 respostas), e os turnos em espelho (11,6% - 40 respostas). Houve 7,5% de respondentes (26 respostas) que referiram ter estado em *lay-off*.

## §.2.

Seguidamente, partimos para cumprir o segundo objetivo específico: avaliar os resultados obtidos na escala MIB.

O manual de aplicação e interpretação da escala MIB define que as três dimensões da escala devem ser calculadas e interpretadas separadamente, e não somadas para obter uma classificação única de *burnout* (erro com que nos deparámos em alguns estudos que consultámos durante a revisão de literatura).

Dos respondentes, 69,28% afirmaram não ter *burnout* em nenhuma das três dimensões. Em contrapartida, 30,72% afirmaram ter *burnout* em uma ou mais dimensões. Apenas um indivíduo afirmou ter *burnout* nas três dimensões avaliadas pela MIB.

Ao avaliarmos as três dimensões constatámos que afirmaram ter *burnout*:

- Na dimensão *exaustão emocional*, 23,08% dos respondentes;
- Na dimensão *despersonalização*, apenas 1,40% dos respondentes;
- Na dimensão *realização pessoal baixa*, 10,7% dos respondentes.

Com *burnout* em duas dimensões detetámos 4,64 % dos respondentes: 3,48% com realização pessoal baixa e exaustão emocional; 0,58% com exaustão emocional e despersonalização; também 0,58% com realização pessoal baixa e despersonalização.

Com *burnout* em apenas uma dimensão detetámos 25,8% dos respondentes: 19,42% afirmaram ter exaustão emocional; 6,38% afirmaram ter uma realização pessoal baixa.

## §.3.

Seguidamente, cumprindo o terceiro objetivo específico, comparámos níveis de *burnout* relativamente ao sexo, idade, estado civil e família.

O estudo não revelou diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino<sup>1</sup> nos *scores* médios das dimensões da MBI, situação que vai ao encontro dos estudos de Dinibutun (2020, p. 88), Albuquerque (2018, p. 102) e Bui *et al.* (2011, p. 464), onde os níveis de *burnout* de homens e mulheres são semelhantes.

Apesar disso, analisando em pormenor, verificámos que o sexo feminino demonstrou um valor mais alto de exaustão emocional e de despersonalização. Já o sexo masculino demonstrou valores mais elevados na realização pessoal baixa.

Estes resultados vão de encontro aos dos trabalhos (i) de Greenglass (1991, p. 570), em que “as mulheres eram mais propensas a se sentirem emocionalmente esgotadas por seu trabalho do que os homens”; e (ii) de Purvanova & Muros (2010, p. 174), que apresenta as mulheres pontuando um pouco mais alto em exaustão emocional em comparação com os homens.

No entanto, no que trata à dimensão *despersonalização*, o resultado do nosso estudo não vai ao encontro do de Purvanova & Muros (2010, p. 178), que obteve um resultado mais elevado de despersonalização nos homens do que nas mulheres.

O nosso estudo não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias<sup>2</sup> nos *scores* médios das dimensões da MBI.

Apesar disso, analisando em pormenor, as faixas etárias dos 41-45 anos e dos 46-50 verificaram uma maior percentagem de respondentes com exaustão emocional (27,7% e 30%, respetivamente).

Relativamente à despersonalização, constatou-se uma percentagem mais elevada na faixa etária dos 31-35 anos (3,8%). Nas faixas etárias dos 26-30 anos e dos 41- 45 anos verificaram-se 2,1% de respondentes com despersonalização. Nas restantes faixas etárias não houve respostas evidenciando despersonalização.

Ao nível da realização pessoal baixa, a percentagem foi mais alta na faixa etária dos 21-25 anos (18,2%), e mais baixa na faixa etária dos 41-45 anos (4,3%).

A variável idade tem sido analisada em diferentes estudos, no entanto os resultados não têm sido conclusivos. Em 2001, Maslach e colegas afirmaram que os funcionários mais novos têm nível maior de *burnout*. Na mesma linha de pensamento, Hamama (2012, p. 114) defendeu que com o aumento da idade os indivíduos experimentam níveis mais

---

<sup>1</sup> Dito por outras palavras, é possível afirmar com 95% de confiança que não há diferenças de *burnout* tendo em conta o sexo.

<sup>2</sup> Dito por outras palavras, é possível afirmar com 95% de confiança que não há diferenças de *burnout* tendo em conta a faixa etária.

baixos de *burnout*. Contudo, outros trabalhos relataram um maior nível de *burnout* em funcionários mais velhos (Ahola *et al.*, 2006, p. 13).

No trabalho de meta-análise realizado por Gómez-Urquiza *et al.* (2016), as conclusões foram que o impacto da idade no *burnout* é muito diminuto. No entanto, as correlações médias entre idade e exaustão emocional e entre idade e despersonalização foram estatisticamente significativas, não havendo correlação média entre a idade e a realização pessoal baixa (Gómez-Urquiza *et al.*, 2016, p. 4).

No que concerne o estado civil, a nossa investigação não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes estados civis<sup>3</sup> nos *scores* médios das dimensões da MBI.

Apesar disso, analisando em pormenor, constatámos que foi revelada uma maior percentagem de exaustão emocional no grupo dos divorciados (31,80%); sendo essa percentagem mais baixa nos solteiros e casados (25,10% e 21,0%, respetivamente).

Na realização pessoal baixa, as percentagens mais altas verificaram-se nos solteiros e nos casados (11,70% e 10,50%, respetivamente), sendo mais baixa nos divorciados (4,5%).

Ao nível da despersonalização, houve uma percentagem reduzida nos solteiros (1,70%) e nos casados (1,40%), não havendo qualquer caso no grupo dos divorciados.

A implicação do estado civil no *burnout* também é um assunto sem consenso. Em 2014, Ali Kiş realizou uma meta-análise do *burnout* e do estado civil em educadores, tendo concluído que os solteiros relatam mais exaustão emocional e despersonalização do que os casados, mas os casados têm maior probabilidade de relatarem baixa realização pessoal do que os solteiros. Contudo, o autor afirma que resultados revelam que as diferenças do estado civil são próximas de zero. No entanto, para a dimensão despersonalização o estudo indicou uma diferença estatisticamente significativa entre os casados e os solteiros ( 54% entre os solteiros e 46% entre os casados) (Kiş, 2014, p. 552).

Já Dinibutun (2020, p. 85) constatou que os níveis de *burnout* de médicos casados e solteiros são semelhantes entre si. Um estudo realizado em Portugal demonstrou a inexistência de diferenças estatisticamente significativas nas três dimensões de *burnout*, inerente ao estado civil dos enfermeiros (Albuquerque, 2018, p. 104).

---

<sup>3</sup> Dito por outras palavras, é possível afirmar com 95% de confiança que não há diferenças de *burnout* tendo em conta o estado civil.

No que concerne a existência ou não de filhos, a investigação não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre quem tem e quem não tem filhos<sup>4</sup> nos *scores* médios das dimensões da MBI.

Apesar disso, analisando em pormenor, constatámos que no grupo que não tem filhos houve uma percentagem mais elevada de respondentes a afirmarem realização pessoal baixa (12,30%), comparativamente com os que têm filhos (8,30%). Na exaustão emocional as percentagens entre os dois grupos estiveram mais próximas (22,6% em quem tem filhos e 24,50% em quem não tem filhos). Na despersonalização as percentagens também estiveram próximas (1,90% em quem não tem filhos e 0,80% em quem tem filhos).

O nosso resultado vai de encontro a outros trabalhos, tal como um realizado no Brasil que demonstrou que os residentes de enfermagem que apresentaram *burnout* eram predominantemente solteiros e sem filhos (Tavares *et al.*, 2014. p. 264).

#### §.4.

Seguidamente analisámos o quarto objetivo específico, a comparação do *burnout* relativamente ao local de trabalho, tipo de vínculo, número de anos na profissão, número de anos na organização, número de horas de trabalho, tempo decorrido desde as férias, contexto laboral no período de confinamento.

A avaliação dos dados não mostrou existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos que trabalham em diferentes locais de trabalho<sup>5</sup> nos *scores* médios das dimensões da MBI.

Apesar disso, analisando em pormenor, constatámos que o grupo que declarou maior percentagem de exaustão emocional foi o que trabalha em centros de saúde (28,6%), seguido do que trabalha em IPSS/Misericórdias (25,9%). A percentagem de exaustão mais baixa declarou-se no grupo que trabalha em hospitais privados (7,7%).

No entanto, foi no grupo que trabalha em hospitais privados que se verificou despersonalização mais elevada (7,7%). Nas IPSS/Misericórdias e clínicas privadas a despersonalização foi de 2% e 2,4%, respetivamente. Não foi revelada despersonalização nos grupos que trabalham em hospitais públicos, centro de recursos para a inclusão e centros de saúde.

---

<sup>4</sup> Dito por outras palavras, é possível afirmar com 95% de confiança que não há diferenças de *burnout* tendo em conta o facto de ter ou não ter filhos.

<sup>5</sup> Dito por outras palavras, é possível afirmar com 95% de confiança que não há diferenças de *burnout* tendo em conta o tipo de local de trabalho.

Estes resultados poderão ser explicados pelo trabalho de Ersoy-Kart, (2009) cujo objetivo principal foi o de explorar se os níveis de raiva dos enfermeiros diferem de acordo com seus níveis de *burnout*, analisando os setores público e privado. Verificou-se que os enfermeiros de ambos os setores que não conseguem expressar facilmente a sua raiva sofrem mais despersonalização (Ersoy-Kart, 2009, p. 169).

Foi nos CRI-Centro de Recursos para a Inclusão que se verificaram percentagens maiores de realização pessoal baixa (16,7%). Os salários mais baixos e a precariedade poderão explicar tais resultados, no entanto, tais aspectos não foram analisados neste estudo.

Na avaliação por tipo de vínculo este estudo revelou a existência de uma diferença estatisticamente significativa na dimensão *realização pessoal baixa*, tendo o teste *post hoc* revelado diferenças para  $p \leq 0,05$  (isto é, com 95% de confiança) entre o grupo com contrato individual de trabalho sem termo (média = 4,55) e o grupo com contrato de prestação de serviços (média = 4,17), revelando este último uma menor realização pessoal.

Nas outras dimensões não houve diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes vínculos laborais<sup>6</sup> nos *scores* médios das dimensões da MBI.

Apesar disso, analisando em pormenor, verificámos que nos grupos com contrato individual de trabalho sem termo e com contrato a termo certo as percentagens de exaustão emocional são mais elevadas (27,07% e 26,04%, respetivamente), sendo a percentagem mais baixa no grupo com contrato de prestação de serviços (15,6%).

Relativamente à despersonalização, em apenas dois grupos se verificou a sua existência embora em percentagens baixas: contrato individual sem termo (2%) e contrato a termo certo (1,90%).

Quanto à realização pessoal baixa, o grupo do contrato de prestação de serviços é onde o problema mais se verifica (21,9%). Este resultado poderá estar relacionado com a precariedade deste tipo de vínculo.

Na análise da relação entre o tempo de exercício profissional e o *burnout*, este trabalho apenas demonstrou a existência de diferenças estatisticamente significativas na dimensão *realização pessoal baixa*, sendo o grupo com tempo de exercício profissional de 0-5 anos aquele que revela uma média significativamente mais baixa de realização pessoal (média = 4,27) comparativamente com os outros grupos.

Nas restantes dimensões não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

---

<sup>6</sup> Dito por outras palavras, é possível afirmar com 95% de confiança que não há diferenças de *burnout* tendo em conta o tipo de vínculo laboral.

Esta baixa realização pessoal nos indivíduos que trabalham há menos de cinco anos pode estar relacionada com o facto de as pessoas entrarem nas suas carreiras altamente motivados e com altas expectativas de sucesso, e após isso não conseguirem alcançar o que tinham idealizado; havendo estudos que revelam que o *burnout* está correlacionado negativamente com a noção de sucesso (Pines, 1993, p. 46).

Apesar disso, analisando em pormenor, observámos que a percentagem mais elevada de exaustão emocional se verificou nos grupos que trabalham há 21-25 anos e há 6-10 (31,6% e 29,4%, respetivamente). A percentagem mais baixa verificou-se no grupo que trabalha há 11-15 anos (20,50%).

Profissionais de saúde no Brasil reclamaram de exaustão emocional, embora a amostra só contemple profissionais com menos de 5 anos de trabalho (Benevides-Pereira & Alves, 2007, p. 569).

Nos grupos com mais de 20 anos de exercício profissional não foi revelada despersonalização, enquanto nos grupos com menos tempo de exercício profissional a percentagem de despersonalização oscilou entre 1,4% (0-5 anos) e os 2,6% (11-15 anos). No trabalho realizado na Polónia por Śliwiński *et al.* (2014) os resultados indicaram que fisioterapeutas experientes experimentam maior satisfação e menos frequência de *burnout*.

O tratamento estatístico não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com diferentes tempos de organização nos *scores* médios das 3 dimensões da escala MBI.

Apesar disso, analisando em pormenor, verificámos que o grupo que tem entre 21-25 anos de tempo de organização foi o que revelou uma percentagem mais alta de exaustão emocional (41,70%). Nos restantes grupos as percentagens foram significativamente mais baixas, oscilando entre 20,50% e 24,20%.

Nos grupos com mais de 15 anos de organização não foi revelada despersonalização. Nos restantes grupos a despersonalização revelou-se baixa, oscilando entre 1,6% (0-5 anos) e 2,6% (6-10 anos).

O grupo que revelou menos problemas de baixa realização profissional foi o que trabalha entre 11-15 anos (4,4%); havendo uma percentagem mais elevada de baixa realização profissional no grupo que trabalha há mais de 25 anos na organização (15,8%), seguido do grupo com 0-5 anos de organização (13%).

No que concerne a carga horária não foi revelada a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de carga horária em qualquer das três dimensões.

No entanto, na dimensão realização pessoal baixa há um resultado no limiar da significância, havendo a tendência para o grupo que trabalha 35 horas ter um melhor resultado do que os outros dois grupos

Apesar disso, analisando em pormenor, verificámos que no grupo que trabalha menos de 30 horas é onde existe menor exaustão emocional (18,20%). No grupo que trabalha 35 horas é onde existe uma percentagem menor de realização pessoal baixa (9,40%). Quanto à despersonalização, no grupo que trabalha menos de 30 horas não existe despersonalização, sendo de 3% no grupo que trabalha 40 horas e de 1,3% no grupo que trabalha 35 horas.

Os resultados à carga horária de trabalho vai de encontro com o estudo de Mendelsohn *et al.* (2019, p. 311), segundo o qual, “as taxas de *burnout* foram comparáveis entre os grupos, sugerindo que outros fatores além das horas de trabalho contribuem para *burnout*, caso contrário quem tem uma maior carga horária deveria ter níveis de *burnout* nas diferentes dimensões.

O estudo de Albuquerque (2018) também apresenta inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de *burnout* dos enfermeiros tendo em conta a carga horária praticada.

Quanto à implicação das férias no *burnout*, o nosso estudo não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em nenhuma das dimensões. Contudo, é de referir um resultado no limiar da significância na dimensão *exaustão emocional* ( $p = 0,079$ ), revelando-se um resultado mais alto no grupo que não faz férias há mais de seis meses.

Apesar disso, analisando em pormenor, verificámos que no grupo que teve férias há mais de seis meses há uma percentagem ligeiramente superior de respondentes com realização pessoal baixa (11,5%), exaustão emocional (25,30%) e despersonalização (1,70%), comparativamente com o grupo que teve férias nos últimos seis meses.

O mesmo estudo de Albuquerque revela não existir uma associação estatisticamente significativa entre o tempo decorrido desde as últimas férias e os níveis de *burnout* nos enfermeiros do bloco operatório.

Como não era possível prever a vinda da COVID-19, não estava idealizado em fase de Projeto de Dissertação avaliar o impacto do confinamento no *burnout*. No entanto, considerámos que tal avaliação seria uma mais-valia para o estudo.

Esta análise não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os três contextos laborais (continuou a exercer no local de trabalho; realizou teletrabalho; realizou turnos em espelho), nas dimensões do *burnout*.

Apesar disso, analisando em pormenor, na verificação das percentagens de *burnout* nestes três contextos e nas três dimensões, constatámos que houve menos exaustão emocional no grupo que continuou a exercer funções no seu local de trabalho (18,6%); sendo maior em quem realizou teletrabalho (23,90%) e turnos em espelho (25%).

Nas outras dimensões as percentagens dos vários contextos estão mais próximas.

#### §.5. Impacto organizacional do *burnout*: absentismo

Quanto ao quinto objetivo específico, o tratamento estatístico revelou a existência de diferenças significativas na dimensão *exaustão emocional* entre quem faltou nos últimos seis meses e quem não faltou, revelando quem faltou uma maior exaustão emocional (média = 2.71) do que quem não faltou (média = 2,40).

Não houve diferenças estatisticamente significativas nas outras dimensões.

Apesar disso, analisando em pormenor, verificámos que existe uma maior percentagem de exaustão emocional (*i*) no grupo que faltou no último mês (31%, contra 22,8% no grupo que não faltou), (*ii*) no grupo que faltou nos últimos três meses (26,80%, contra 23,20% no grupo que não faltou) e (*iii*) no grupo que faltou nos últimos seis meses, sendo neste caso a diferença bastante acentuada entre quem faltou e quem não faltou (33,70%, contra 20% no grupo que não faltou).

Nas outras dimensões as percentagens de *burnout* foram semelhantes nos dois grupos.

Estes resultados vão de encontro aos estudos que demonstram que o *burnout* leva ao absentismo ao trabalho; neste caso concreto, que a exaustão emocional leva ao absentismo ao trabalho.

Resultados semelhantes obteve Murcho (2006), que estudou o absentismo laboral em enfermeiros da região do Algarve e obteve “relação significativa entre a exaustão emocional e o absentismo laboral”, mas não encontrou “outras relações significativas entre as restantes dimensões da *Síndrome de Burnout* e o fenómeno do absentismo” (Murcho, 2006).

## §.6. Impacto organizacional do *burnout*: intenção de mudança

O tratamento estatístico revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre quem pensou e quem não pensou mudar de profissão ou de organização:

- No último mês: revelaram-se diferenças significativas – para pior - em todas as dimensões para quem pensou mudar, quer de profissão quer de organização;
- Nos últimos seis meses: quem pensou mudar de profissão revelou diferenças significativas – para pior - nas dimensões *exaustão emocional* e *despersonalização*, bem como uma diferença no limiar da significância na dimensão *realização pessoal baixa*; quem pensou mudar de organização revelou diferenças significativas – para pior - nas dimensões *exaustão emocional* e *realização pessoal baixa*.

Constataram-se médias mais elevadas nas dimensões *exaustão emocional* e *despersonalização* e médias mais baixas de realização pessoal em quem pensou mudar, quer de profissão quer de organização, comparativamente com quem não pensou mudar. Analisando as dimensões individualmente, constatámos que a dimensão *exaustão emocional* implicou diferenças muito acentuadas nas percentagens de quem pensou e de quem não pensou mudar de organização, quer no último mês quer nos últimos seis meses. Na dimensão *realização pessoal baixa* também se verificaram diferenças entre os dois grupos.

No trabalho de Suñer-Soler *et al.* (2014) a dimensão *exaustão emocional* foi a que mais se associou ao absentismo e ao desejo de abandono da profissão.

O resultado do nosso estudo e o de Suñer-Soler vai ao encontro ao que outros autores (Leiter & Maslach, 2009; Wallace, Lemaire & Ghali, 2009) já anteriormente tinham demonstrado: a associação do *burnout* à intenção de abandono da profissão.

Para além dos aspetos diretamente relacionados com o *burnout* e as suas correlações, as respostas (Tabela 2.05) às questões “Pensou mudar de profissão” e “Pensou mudar de organização” merecem ser destacadas.

À questão “No último mês pensou alguma vez em mudar de profissão?”, 31,3% responderam *sim*; e à questão “Nos últimos seis meses pensou alguma vez em mudar de profissão?”, 38% responderam *sim*. Apesar de a maioria não pensar mudar de profissão, a percentagem que revelou ter pensado abandonar a profissão é muito significativa.

Mais preocupante é a percentagem de terapeutas ocupacionais que revelou ter pensado abandonar a organização, quer no último mês (55,9%) quer nos últimos seis meses (63,8%).

No trabalho de Albuquerque (2018) relativamente aos enfermeiros, 53,77 % afirmaram querer mudar de profissão, e 51,89% afirmaram não querer mudar de organização.

Comparando os nossos resultados com os deste trabalho de Albuquerque, relativo a enfermeiros, os terapeutas ocupacionais demonstraram menor desejo de mudar de profissão, mas uma vontade maior de mudar de organização.

No relatório “*Burnout* na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas - Relatório Final”, realizado pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa para a Ordem dos Médicos, à questão “Intenção de Saída: Rescisão de Contrato” 23% responderam ter frequentemente essa intenção e 13% responderam ter uma *intenção média* de sair.

Quanto à intenção de saída por transferência, 21 % apresentaram-na como sendo muito frequente e 11% com tendo uma *intenção média* de se transferir.

Quanto à intenção de mudar completamente de profissão, 17% demonstram ter essa intenção muito frequentemente e 13% afirmar ter uma intenção moderada de o fazer (Vala *et al.*, 2017, p. 209).

Tendo em conta os resultados obtidos no presente estudo quanto à possibilidade de abandono da organização ou da profissão, bem como os resultados obtidos nos estudos semelhantes dirigidos aos enfermeiros e aos médicos portugueses, eles merecem ser analisados ao nível político, nomeadamente no âmbito do Ministério da Saúde, e pelos gestores das organizações de saúde, de forma a serem implementadas medidas de combate ao *burnout*, pois o País não se pode arriscar a perder percentagem significativa dos seus trabalhadores de saúde altamente qualificados.

### **Principais limitações deste estudo**

O facto de a divulgação do estudo ter sido feita através de métodos informáticos e as respostas aos inquéritos se processarem através de plataforma *online*, poderá ter levado profissionais com um maior nível de infoexclusão a não terem recebido a informação do estudo, ou a não terem respondido.

O período de recolha de dados decorreu entre os dias 5 e 19 de julho de 2020, em plena pandemia de COVID-19, e este facto poderá ter influenciado os resultados face aos que teriam sido obtidos num “período normal”. Contudo, a ter-se verificado isso, significa que obtivemos dados pertinente, porque ajustados a estes tempos de pandemia.

### **Futuras orientações da pesquisa**

Atendendo ao facto de este estudo ter sido realizado durante o surto de COVID-19, consideramos que deveria ser repetido num período sem pandemia, no sentido de avaliar o impacto da pandemia nos resultados obtidos.

Atendendo aos valores de *burnout*, patentes neste e noutros estudos, julgamos que é necessário o Ministério da Saúde efetuar uma primeira avaliação global do *burnout* e, seguidamente, implementar um Programa Nacional de Combate ao *Burnout*, inicialmente em instituições de referência, ficando as restantes instituições como grupo de controlo.

No final da implementação do Programa Nacional de Combate ao *Burnout* haverá que efetuar nova avaliação global do *burnout*. Caso se tenham verificado melhorias significativas, o programa deverá ser estendido ao grupo de controlo.

## Referências bibliográficas

- Agapito, S. M., & Cardoso De Sousa, F. (2010). A influência da satisfação profissional no absentismo laboral. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 28(2), 132–139. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70004-3](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70004-3)
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Koskinen, S., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2006). Burnout in the general population: Results from the Finnish Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(1), 11–17. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0011-5>
- Albuquerque, M. A. A. (2018). *Burnout nos Enfermeiros do Bloco Operatório (Dissertação de Mestrado)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Allen, J., & Mellor, D. (2002). Work context, personal control, and burnout amongst nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 24(8), 905–917. <https://doi.org/10.1177/019394502237701>
- APTO. (2016). *Perfil do Terapeuta Ocupacional*. [https://www.ap-to.pt/images/documentos/Perfil do Terapeuta Ocupacional.pdf](https://www.ap-to.pt/images/documentos/Perfil%20do%20Terapeuta%20Ocupacional.pdf)
- Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I., Träskman-Bendz, L., & Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, 17(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4153-7>
- Attafar, A., Asl, N. S., & Shahin, A. (2011). Effects of Personality Traits on Entrepreneurial Intentions: An Empirical Study in Iran. *International Journal of Management*, 28(3), 630.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2016). Job Demands – Resources Theory : Taking Stock and Looking Forward. *Journal of Occupational Health Psychology*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Bakker, A. B., Zee, K. I. Van Der, Lewig, K. A., & Dollard, M. F. (2006). The Journal of Social The Relationship Between the Big Five Personality Factors and Burnout : A Study Among Volunteer Counselors. *The Journal of Social Psychology*, 146(1), 31–50. <https://doi.org/10.3200/SOCP.146.1.31-50>
- Benevides-Pereira, A. M. T., & Alves, R. D. N. (2007). A study on burnout syndrome in healthcare providers to people living with HIV. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 19(4), 565–571.

- <https://doi.org/10.1080/09540120600722775>
- Britt, H. R., Koranne, R., & Rockwood, T. (2017). Statewide improvement approach to clinician burnout: Findings from the baseline year. *Burnout Research*, 7(September), 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.11.002>
- Bui, J., Hodge, A., Shackelford, A., & Acsell, J. (2011). Factors contributing to burnout among perfusionists in the United States. *Perfusion*, 26(June), 461–466. <https://doi.org/10.1177/0267659111411521>
- Caballero, M., Bermejo, F., Nieto, R., & Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27, 313–317. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)79373-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)79373-0)
- Carballeira, A. L. (2017). El Síndrome de Burnout: Antecedentes y consecuencias organizacionales en el ámbito de la sanidad pública gallega [Universidad de Vigo]. In *Universidad de Vigo*. [http://www.investigacion.biblioteca.uvigo.es/xmlui/bitstream/handle/11093/791/sindrome\\_burnout\\_antecedentes\\_consecuentes\\_organizacionales\\_sanidad\\_gallega\\_analisis.pdf?sequence=1](http://www.investigacion.biblioteca.uvigo.es/xmlui/bitstream/handle/11093/791/sindrome_burnout_antecedentes_consecuentes_organizacionales_sanidad_gallega_analisis.pdf?sequence=1)
- Chen, C. F., & Kao, Y. L. (2012). Investigating the antecedents and consequences of burnout and isolation among flight attendants. *Tourism Management*, 33(4), 868–874. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2011.09.008>
- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A Review and an Integration of Research on Job Burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621–656. <https://doi.org/10.5465/amr.1993.9402210153>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Normal Personality Assessment in Clinical Practice : The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4(1), 5–13. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.1.5>
- Cox, T., Kuk, G., & Leiter, M. P. (1993). Burnout, Health, Work Stress, and Organizational Healthiness. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout* (2017th ed., pp. 177–193). Routledge.
- Deary, I. J., Blenkin, H., Agius, R. M., Endler, N. S., Zealley, H., & Wood, R. (1996). Models of job-related stress and personal achievement among consultant doctors. *British Journal of Psychology*, 87, 3–29. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1996.tb02574.x>

- Decreto-Lei 564/99, de 21 de dezembro, Pub. L. No. Diário da República n.º 295/1999, Série I-A de 1999-12-21 (1999). [www.dre.pt](http://www.dre.pt)
- Demerouti, E., & Bakker, A. B. (2011). The Job Demands?Resources model: Challenges for future research. *SA Journal of Industrial Psychology*, *37*(2), 1–9. <https://doi.org/10.4102/sajip.v37i2.974>
- Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., Thanh, N. X., & Jacobs, P. (2014). How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, *14*(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-325>
- Dinibutun, S. R. (2020). *Factors Associated with Burnout Among Physicians : An Evaluation During a Period of COVID-19 Pandemic*. 85–94.
- Edwards, P., & Greasley, K. (2010). Absence from work. In *Eurofound*. [https://doi.org/10.1016/s0020-1383\(71\)80103-1](https://doi.org/10.1016/s0020-1383(71)80103-1)
- Ersoy-Kart, M. (2009). Relations Among Social Support, Burnout, and Experiences of Anger: An Investigation Among Emergency Nurses. *Nursing Forum*, *44*(3), 165–174. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2009.00139.x>
- Frasquilho, M. A. (2005). Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos : prevenção e tratamento. *Saúde Mental*, *23*, 89–98.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, *30*, 159–165. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- García García, J. M., & Herrer Remunzgo, S. (2010). Revisión teórica del síndrome de burnout y su investigación en el contexto penitenciario. *Apuntes de Psicología*, *28*(1), 83–107.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., & Valcárcel, P. (1995). A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. *VII European Congress of Work and Organizational Psychology*, 38.
- Gil-Monte, Pedro R., & Peiró, J. M. (1998). A study on significant sources of the “bournout syndrome” in workers at occupational centres for the mentally disabled. *Psychology in Spain*, *2*(1), 116–123.
- Gil Monte, P., & Peiró Silla, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, *15*(2), 261–267.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R., & Carter, D. (1983). Phases of Progressive Burnout and Their Work Site Covariants: Critical Issues in OD Research and Praxis. *The Journal of Applied Behavioral Science*, *19*(4), 461–481.

- <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/002188638301900408>
- Gomes, A. R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307–318. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000300004>
- Gómez-Urquiza, J. L., Vargas, C., De la Fuente, E. I., Fernández-Castillo, R., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2016). Age as a Risk Factor for Burnout Syndrome in Nursing Professionals: A Meta-Analytic Study. *Research in Nursing and Health*, 40(2), 99–110. <https://doi.org/10.1002/nur.21774>
- Greenglass, E. R. (1991). Burnout and gender: Theoretical and organizational implications. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 32(4), 562–574. <https://doi.org/10.1037/h0079042>
- Hamama, L. (2012). Burnout in social workers treating children as related to demographic characteristics, work environment, and social support. *Social Work Research*, 36(2), 113–125. <https://doi.org/10.1093/swr/svs003>
- Hobfoll, S. E., & Freedy, J. (2018). Conservation of Resources: A General Stress Theory Applied To Burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Mrek (Eds.), *Professional Burnout* (2017th ed., pp. 115–129). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315227979-9>
- Jesús Almodóvar-Carretón, M., Pérez-Bermúdez, B., Jaureguizar-Cervera, E., Pérez-Perdomo, M., Coca Simón, P., García-Cebrián, M., & María Jesús Almodóvar Carretón, C. (2017). Estudio del absentismo laboral de los celadores en un hospital de agudos. *Med Segur Trab (Internet)*, 63(248), 225–259. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatório-Social-MS\\_SNS-2018-002.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatório-Social-MS_SNS-2018-002.pdf)
- Jesus, É. H., Pinto, A. M., Fronteira, I. S. E., & Mendes, A. M. de O. C. (2014). Estudo Rn4Cast Em Portugal: Percepção Dos Enfermeiros Sobre Burnout. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 9(Série II), 47–59. [http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/Rie9\\_Serie2.pdf](http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/Rie9_Serie2.pdf)
- Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 29(3), 284–297. <https://doi.org/10.1037/h0079772>
- Kim, H. J., Shin, K. H., & Umbreit, W. T. (2007). Hotel job burnout: The role of personality characteristics. *International Journal of Hospitality Management*,

- 26(2), 421–434. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2006.03.006>
- Kiş, A. (2014). Marital status differences in burnout among educational stakeholders : A meta-analysis. *Journal of Human Sciences*, 11(2), 533–558.  
<https://doi.org/10.14687/ijhs.v11i2.2922>
- Kline, R. (1998). *Principles and practice of SEM*. The Guilford Press.
- Kroupis, I., Kourtessis, T., Kouli, O., Tzetzis, G., Derri, V., & Mavrommatis, G. (2017). Job satisfaction and burnout among Greek P.E. teachers. A comparison of educational sectors, level and gender. / Satisfacción laboral y burnout de los profesores de la educación física en Grecia. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 12(34), 5–14. <https://doi.org/10.12800/ccd.v12i34.827>
- Leite, N. M. B. (2007). Síndrome de Burnout e relações sociais no trabalho: um estudo com professores da educação básica. In *Dissertação de Mestrado em Psicologia* (Issues 1--168). Universidade de Brasília.
- Leiter, M. P., Day, A., & Price, L. (2017). Attachment styles at work: Measurement, collegial relationships, and burnout. *Burnout Research*, 2(1), 25–35.  
<https://doi.org/10.1016/j.burn.2015.02.003>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297–308. <https://doi.org/10.1002/job.4030090402>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: The mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 331–339. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x>
- Losa Iglesias, M. E., Vallejo, R. B. de B., & Fuentes, P. S. (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), 30–37. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.06.014>
- Macía-Rodríguez, C., Martín Iglesias, D., Moreno Diaz, J., Aranda Sánchez, M., Ortiz Llauradó, G., Montaña Martínez, A., Muñoz Muñoz, C., López Reboiro, M. L., & González-Munera, A. (2020). Burnout syndrome in internal medicine specialists and factors associated with its onset. *Revista Clínica Española (English Edition)*, 220(6), 331–338. <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2019.10.010>
- Manzano-García, G., & Ayala-Calvo, J. C. (2013). New perspectives: Towards an integration of the concept “burnout” and its explanatory models. *Anales de Psicología*, 29(3), 800–809. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.145241>

- Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7(1), 63–74. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(98\)80022-X](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(98)80022-X)
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133–153.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2014). Editorial. *Burnout Research*, 1(1), 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.03.001>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Control*, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Mendelsohn, D., Despot, I., Gooderham, P. A., Singhal, A., Redekop, G. J., & Toyota, B. D. (2019). Impact of work hours and sleep on well-being and burnout for physicians-in-training: the Resident Activity Tracker Evaluation Study. *Medical Education*, 53(3), 306–315. <https://doi.org/10.1111/medu.13757>
- Millan, L. R. (2013). A Síndrome de Burnout: Realidade ou Ficção? *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(1), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ministério da Saúde. (2018). *Relatório Social Do Ministério Da Saúde E Do Serviço Nacional De Saúde*. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatório-Social-MS\\_SNS-2018-002.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatório-Social-MS_SNS-2018-002.pdf)
- Murcho, N. (2006). *Burnout e Absentismo Laboral em Enfermeiros* [Universidade do Algarve]. [https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/5271/1/Tese de Mestrado5\\_VFINAL.pdf](https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/5271/1/Tese de Mestrado5_VFINAL.pdf)
- Nascimento, L. B. de C. (2016). *O estresse ocupacional, Burnout, satisfação e realização do docente enfermeiro do ensino superior* [Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias]. [http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/7427/Nascimento%20L. B. C. %282015%29 - Disserta\\_\\_o final - PORTUGAL - FORMATA\\_\\_O FINAL 08.09.16.pdf?sequence=1](http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/7427/Nascimento%20L.%20B.%20C.%202015%29%20-%20Disserta__o%20final%20-%20PORTUGAL%20-%20FORMATATA__O%20FINAL%2008.09.16.pdf?sequence=1)
- Nkombo, D. (2018). *Práticas de Gestão de Recursos Humanos e Absentismo : Estudo Longitudinal na Câmara Municipal de Setúbal De 2010 a 2015*. Instituto Politécnico de Setúbal.

- Pines, A. M. (1993). Burnout: an existential perspective. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout* (2017th ed., pp. 33–51). Routledge
- Público. (2019, March 27). Ministério da Saúde vai realizar estudo para analisar impacto do absentismo no SNS. *Público*.  
<https://www.publico.pt/2019/03/27/sociedade/noticia/ministerio-saude-vai-realizar-estudo-analisar-impacto-absentismo-sns-1866995>
- Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168–185.  
<https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.006>
- Ruyz, C. O., & Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios : revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137–160.
- Salami, S. O., & Ajitoni, S. O. (2016). Job characteristics and burnout: The moderating roles of emotional intelligence, motivation and pay among bank employees. *International Journal of Psychology : Journal International de Psychologie*, 51(5), 375–382. <https://doi.org/10.1002/ijop.12180>
- Santos, R. (2015). *Burnout : Um estudo em profissionais de saúde* [Instituto Politécnico de Setúbal]. <http://hdl.handle.net/10400.26/10513>
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2016). *Research Methods for Business Students* (7<sup>a</sup>). Pearson Education Limited.
- Savicki, V., & Cooley, E. (1983). Theoretical and research considerations of burnout. *Children and Youth Services Review*, 5(3), 227–238. [https://doi.org/10.1016/0190-7409\(83\)90028-2](https://doi.org/10.1016/0190-7409(83)90028-2)
- Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. (Eds.). (1993). *Professional Burnout - Recent Developments in Theory and Research* (2017th ed.).
- Seltzer, J., & Numerof, R. E. (1988). Supervisory Leadership and Subordinate Burnout. *Academy of Management Journal*, 31(2), 439–446. <https://doi.org/10.2307/256559>
- Śliwiński, Zbigniew Starczyńska, Małgorzata Kotela, I., Kowalski, T., Kryś-Noszczyk, Karolina Lietz-Kijak, D., Kijak, E., & Makara-Studzińska, M. (2014). BURNOUT AMONG PHYSIOTHERAPISTS AND LENGTH OF SERVICE. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 27(2), 224–235.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.2478/s13382-014-0248-x>
- Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Flichtentrei, D., Prats, M., Braga, F., Font-Mayolas,

- S., & Gras, M. E. (2014). The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Research*, 1(2), 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.07.004>
- Swider, B. W., & Zimmerman, R. D. (2010). Born to burnout : A meta-analytic path model of personality , job burnout , and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 76(3), 487–506. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.01.003>
- Tavares, K. F. A., Souza, N. V. D. de O., Silva, L. D. da, & Kestenberg, C. C. F. (2014). Ocorrência da síndrome de Burnout em enfermeiros residentes Prevalence of burnout syndrome among resident nurses. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 260–265. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400044>
- Taylor, P. (1974). Sickness absence: Facts and misconceptions. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 8(4), 315–333.
- União, A. C. B. (2014). *Stress e Burnout em Médicos Dentistas da Epidemiologia à Comparação de Instrumentos de Medida* [Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/15310>
- Vala, J., Pinto, A. M., Moreira, S., Lopes, R. C., & Januário, P. (2017). Burnout na Classe Médica em Portugal : Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas Relatório Final. In *Ordem dos Médicos*. <https://ordemosmedicos.pt/estudo-burnout-na-classe-medica-em-portugal-perspetivas-psicologicas-e-psicossociologicas/>
- Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*, 374(9702), 1714–1721. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61424-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0)
- Wang, Z., Liu, H., Yu, H., Wu, Y., Chang, S., & Wang, L. (2017). Associations between occupational stress, burnout and well-being among manufacturing workers: Mediating roles of psychological capital and self-esteem. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1533-6>
- Winnubst, J. (1993). Organizational Structure, Social Support, and Burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout* (2017th ed., pp. 151–162). Routledge.
- World Health Organization. (2019). *Burn-out an “occupational phenomenon”*: *International Classification of Diseases*. [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/)
- Zellars, K. L., Perrewé, P. L., & Hochwarter, W. A. (2000). Burnout in health care: The

role of the five factors of personality. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(8), 1570–1598. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2000.tb02456.x>

## **Anexos**

**Anexo I - Licença para a a utilização de 325 cópias do Maslach Burnout Inventory  
+ Licença para a a utilização de 25 cópias do Maslach Burnout Inventory**

For use by Nilzo Fialho only. Received from Mind Garden, Inc. on June 18, 2020

**Permission for Nilzo Fialho to reproduce 325 copies  
within three years of June 18, 2020**

## **Maslach Burnout Inventory™**

### **Instruments and Scoring Keys**

***English:* MBI-HSS, MBI-HSS (MP), MBI-ES,  
MBI-GS and MBI-GS (S)**

***Portuguese:* MBI-HSS, MBI-ES, and  
MBI-GS forms**

Christina Maslach  
Susan E. Jackson  
Michael P. Leiter  
Wilmar B. Schaufeli  
Richard L. Schwab

**Published by Mind Garden, Inc.**

info@mindgarden.com  
www.mindgarden.com

### **Important Note to Licensee**

If you have purchased a license to reproduce or administer a fixed number of copies of an existing Mind Garden instrument, manual, or workbook, you agree that it is your legal responsibility to compensate the copyright holder of this work — via payment to Mind Garden — for reproduction or administration in any medium. **Reproduction includes all forms of physical or electronic administration including online survey, handheld survey devices, etc.**

The copyright holder has agreed to grant a license to reproduce the specified number of copies of this document or instrument **within one year from the date of purchase.**

**You agree that you or a person in your organization will be assigned to track the number of reproductions or administrations and will be responsible for compensating Mind Garden for any reproductions or administrations in excess of the number purchased.**

*This instrument is covered by U.S. and international copyright laws. Any use of this instrument, in whole or in part, is subject to such laws and is expressly prohibited by the copyright holder. If you would like to request permission to use or reproduce the instrument, in whole or in part, contact Mind Garden, Inc.*

---

For use by Nilzo Fialho only. Received from Mind Garden, Inc. on July 20, 2020

**Permission for Nilzo Fialho to reproduce 25 copies  
within three years of July 20, 2020**

## **Maslach Burnout Inventory™**

### **Instruments and Scoring Keys**

#### **Includes MBI Forms:**

**Human Services - MBI-HSS**

**Medical Personnel - MBI-HSS (MP)**

**Educators - MBI-ES**

**General - MBI-GS**

**Students - MBI-GS (S)**

Christina Maslach  
Susan E. Jackson  
Michael P. Leiter  
Wilmar B. Schaufeli  
Richard L. Schwab

**Published by Mind Garden, Inc.**

info@mindgarden.com  
www.mindgarden.com

### **Important Note to Licensee**

If you have purchased a license to reproduce or administer a fixed number of copies of an existing Mind Garden instrument, manual, or workbook, you agree that it is your legal responsibility to compensate the copyright holder of this work — via payment to Mind Garden — for reproduction or administration in any medium. **Reproduction includes all forms of physical or electronic administration including online survey, handheld survey devices, etc.**

The copyright holder has agreed to grant a license to reproduce the specified number of copies of this document or instrument **within one year from the date of purchase.**

**You agree that you or a person in your organization will be assigned to track the number of reproductions or administrations and will be responsible for compensating Mind Garden for any reproductions or administrations in excess of the number purchased.**

*This instrument is covered by U.S. and international copyright laws. Any use of this instrument, in whole or in part, is subject to such laws and is expressly prohibited by the copyright holder. If you would like to request permission to use or reproduce the instrument, in whole or in part, contact Mind Garden, Inc.*

**Anexo II – Contacto ACSS fevereiro de 2020**

Pedido de dados Caixa de entrada X



**Nilzo Fialho** <nizofialho@gmail.com>  
para atendimento

8 de fev. de 2020 01:20

Bom dia,

Estou a iniciar uma Dissertação de Mestrado com o Tema "O Impacto Organizacional do Burnout nos Terapeutas Ocupacionais Portugueses", e para quantificar a população e respectiva amostra necessário saber quantos Terapeutas Ocupacionais estão registados com Cédula Profissional na ACSS.

Os melhores cumprimentos

Nilzo Fialho



**Atendimento ACSS** <atendimento@acss.min-saude.pt>  
para mim

10 de fev. de 2020 07:38

Exmo. Senhor,

O pedido de dados à ACSS deve ser formulado de acordo com as instruções disponíveis em [http://www.acss.min-saude.pt/2017/09/18/pedido\\_informacao/](http://www.acss.min-saude.pt/2017/09/18/pedido_informacao/).

Com os melhores cumprimentos,


**Miguel Costa**

Gabinete de Atendimento ao Público  
Public Information Office



Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal

**Anexo III – Contacto ACSS agosto de 2020**

 **Nilzo Fialho** <nilzofialho@gmail.com>  
para <@seudominio> - 1 de ago. de 2020 15:52 ☆ ↶ ⋮

Boa tarde.


Fiz o pedido conforme o indicado, Mas nunca recebi resposta.

Tentei novamente fazer o pedido conforme o indicado e agora não consigo submeter o pedido.

Gostaria de saber se receberam o meu pedido de dados referentes ao número de terapeuta ocupacionais com cédula profissional emitida pela ACSS.

Os melhores cumprimentos

Nilzo Fialho  
\*\*\*

 **Assessoria de Comunicação** <comunicacao@acss.mh-saude.pt>  
para mim - 3 de ago. de 2020 09:10 ☆ ↶ ⋮

Exmo. Senhor  
Dr. Nilzo Fialho,

Bom Dia.

Agradecemos a recepção da mensagem que nos dirigiu, cujo teor mereceu a nossa melhor atenção.

O pedido de informação em apreço encontra-se em análise. Tão breve quanto possível, contactá-lo-emos no sentido de dar resposta ao solicitado.

Com os melhores cumprimentos,

Márcia Dias

**Anexo IV – Contacto APTO Outubro de 2020**

11/12/2020

Gmail - Pedido de dados - Mestrado



Nilzo Fialho <nilzofialho@gmail.com>

---

## Pedido de dados - Mestrado

---

APTO - Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais <apto.portugal@gmail.com> 23 de outubro de 2020 09:24  
Para: Nilzo Fialho <nilzofialho@gmail.com>

Caro colega  
Nilzo fialho

Á data da última consulta do site da ACSS onde estes dados constavam, há cerca de um ano atrás, eram 1832.  
Tendo em conta que no ano anterior concluíram o curso nas diversas escolas cerca de 130 estudantes, podemos estimar que existem neste momento 1962 Terapeutas Ocupacionais inscritos na ACSS.

Cumprimentos,

Elisabete Roldão  
Presidente da APTO

Rua Ernesto da Silva Nº 8  
1500-268 Benfca - Lisboa  
Tel. 21 716 66 57  
E-mail: [apto.portugal@gmail.com](mailto:apto.portugal@gmail.com)  
[www.ap-to.pt](http://www.ap-to.pt)  
<https://www.facebook.com/APTO.Portugal/>