

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



Escola Nacional de Saúde Pública



Burnout em médicos de Medicina
Geral e Familiar da
Área Metropolitana de Lisboa

Filipe M. R. Bernardo

XLIII Curso de Especialização
em Administração Hospitalar
(2013-2015)

O autor é licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Lisboa (2007).

Médico Especialista em Medicina Física e de Reabilitação - Hospital de Curry Cabral (2013).

Pós graduado em Reabilitação Cardíaca e Pulmonar - Faculdade Motricidade Humana (2012)

*Email para correspondência: **filippe7@hotmail.com***

*À minha querida mulher,
Pelas infindáveis horas de apoio, ajuda e compreensão*

AGRADECIMENTOS

À minha família, pela paciência infindável de que se tiveram de munir para tolerar estes últimos dois anos.

A todos os amigos, a família que escolhi e que negligenciei em nome da realização deste curso, e, mais recentemente, deste trabalho.

Aos colegas do XLIII Curso de Especialização em Administração Hospitalar, pela ajuda preciosa, dentro e fora das paredes da ENSP.

A todos os colegas que tiveram a amabilidade de despendere tempo para preencher os questionários, fazer sugestões, e me motivar a prosseguir quando as dúvidas teimavam em se instalar.

Ao Professor Doutor Luís Graça, pela sua preciosa orientação, disponibilidade e apoio no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Professor Doutor Rui Santana, Coordenador do XLIII Curso de Especialização em Administração Hospitalar (2013/2014), pela forma como nos conseguiu orientar, motivar e aplacar as dúvidas e anseios que foram surgindo ao longo do 1º ano do mesmo.

À Professora Doutora Sílvia Lopes, Coordenadora do XLIII Curso de Especialização em Administração Hospitalar (2014/2015), pela maneira como conseguiu dar a melhor continuação ao trabalho do seu predecessor. Sem a sua orientação dificilmente este trabalho teria visto a luz do dia em tempo devido.

ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ACES: Agrupamento de Centros de Saúde

ARS: Administração Regional de Saúde

ARSLVT: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CAP: Contrato Administrativo de Provimento

CIT: Contrato Individual de Trabalho

CSP: Cuidados de Saúde Primários

DP: Despersonalização

EAD: Exame Auxiliar de Diagnóstico

EE: Exaustão Emocional

ICD 10: International Classification of Diseases, 10th Revision

MBI: Maslach Burnout Inventory

MGF: Medicina Geral e Familiar

NIOSH: National Institute for Occupational Safety and Health

OMS: Organização Mundial de Saúde

QP: Quadro de Pessoal

RP: Realização Pessoal

SGA: Síndrome Geral de Adaptação

SNS: Serviço Nacional de Saúde

UCSP: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF: Unidade de Saúde Familiar

SINAIS CONVENCIONAIS

α	<i>Alpha</i>
%	Porcentagem
\leq	Menor ou igual
\geq	Maior ou igual
N	População
n	População
N°	Número

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Valores de referência do MBI	20
Quadro 2 – Número de horas de trabalho semanais	25
Quadro 3 – Distribuição da carga horária semanal	26
Quadro 4 - Pontuações MBI desagregadas por dimensão	29
Quadro 5 - Pontuações MBI desagregadas por definição de <i>burnout</i>	29
Quadro 6 - <i>Burnout</i> e género	30
Quadro 7 - <i>Burnout</i> e grupo etário	31
Quadro 8 - <i>Burnout</i> e vínculo laboral	31
Quadro 9 - <i>Burnout</i> e estado civil	32
Quadro 10 - <i>Burnout</i> e anos de profissão	33
Quadro 11 - <i>Burnout</i> e horas de trabalho semanais	33
Quadro 12 - <i>Burnout</i> e tipologia de unidade de saúde	34
Quadro 13 - <i>Burnout</i> e localização da unidade de saúde	35

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Síndrome Geral de Adaptação	3
Figura 2 – Modelo do NIOSH para o stress profissional	6

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra por gênero	23
Gráfico 2 – Distribuição da amostra por grupo etário	23
Gráfico 3 – Distribuição da amostra por estado civil	24
Gráfico 4 – Distribuição da amostra por antiguidade profissional (agregada)	24
Gráfico 5 – Distribuição da amostra por vínculo profissional	25
Gráfico 6 – Distribuição da amostra por carga horária semanal	26
Gráfico 7 – Distribuição da amostra por tipologia de unidade de saúde	27
Gráfico 8 – Distribuição da amostra por localização da unidade de saúde	27
Gráfico 9 – Fatores de degradação das condições de exercício da profissão nos últimos 5 anos	28
Gráfico 10 – “Se pudesse refazer o seu trajeto profissional, consideraria..”	28

RESUMO

O *burnout* é um conceito multidimensional caracterizado essencialmente por três aspetos: exaustão emocional elevada; desenvolvimento de atitudes e sentimentos de indiferença e afastamento psicológico dos destinatários dos serviços prestados (despersonalização); diminuição da realização pessoal ou desenvolvimento de sentimentos de ineficácia. A síndrome de *burnout* tem sido descrita por diversos investigadores nacionais e estrangeiros como um problema característico dos profissionais que lidam direta e intensamente com pessoas necessitando de ajuda como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros (embora possa surgir em qualquer profissional, de qualquer classe profissional).

A pertinência do estudo deste fenómeno em médicos prende-se não só com as repercussões individuais desta síndrome mas, sobretudo, com as suas repercussões sociais e até de saúde pública (uma vez que influencia o seu relacionamento com doentes e colegas), bem como as repercussões na satisfação e qualidade do seu desempenho profissional.

Este trabalho focou-se na especialidade de Medicina Geral e Familiar que, sendo uma área da Medicina particularmente rica em agentes stressantes, internos e externos (tanto pela sua natureza e essência da relação terapêutica do profissional médico com o outro, como pela longa luta e procura da sua autodefinição, construção da identidade profissional e reconhecimento), se constitui como terreno extremamente propício para o desenvolvimento deste fenómeno.

O seu objetivo fundamental foi o de caracterizar a prevalência e gravidade do *burnout* manifestado pelos médicos de Medicina Geral e Familiar que aceitaram responder ao questionário, procurando depois possíveis relações entre este e as suas características sociodemográficas, e procurando por último caracterizar as suas intenções comportamentais no que concerne à vida profissional.

Neste sentido, foi aplicado o instrumento de recolha de dados, constituído por uma escala de avaliação do *burnout* (*Maslach Burnout Inventory*) e um conjunto de questões destinadas a fazer uma caracterização sociodemográfica, profissional e de intenções comportamentais dos elementos da amostra (adaptadas do Questionário de Satisfação Profissional de Graça (1999). Este questionário foi distribuído a médicos de MGF que trabalham em unidades de saúde na área metropolitana de Lisboa, pretendendo-se, futuramente, desenvolver este estudo a nível nacional, com uma amostra que permita retirar conclusões mais sólidas quanto a este fenómeno e às suas implicações na sociedade.

Os resultados obtidos, ainda que condicionados pelo desenho do estudo e as suas inerentes limitações, apontam de forma inequívoca para uma necessidade de repensar as condições de trabalho e o suporte que é fornecido a uma especialidade que constitui a base do Sistema Nacional de Saúde.

A continuar a ser ignorado, esta síndrome vai-se constituir como uma verdadeira “epidemia silenciosa”, que vai prejudicar de forma indelével a saúde dos nossos médicos e, em consequência, a nossa própria saúde.

Palavras-Chave: *Burnout*, médico, exaustão emocional, despersonalização, realização pessoal, Medicina Geral e Familiar, saúde.

ABSTRACT

Burnout is a multidimensional concept essentially characterized by three aspects: high emotional exhaustion; development of attitudes and feelings of indifference and psychological remoteness of recipients of services (depersonalization); decreased personal achievement or development of feelings of ineffectiveness. The *burnout* syndrome has been described by various national and foreign researchers as being characteristic problem of professionals who deal directly and intensely with people needing help (doctors, nurses, psychologists, social workers, among others) although it can occur to any professional, from any professional class.

The relevance of studying this phenomenon in doctors relates not only to the individual repercussions of this syndrome but above all with its social and even public health implications, as its consequences are reflected in their relationship with patients and colleagues, as well as satisfaction and quality of their professional performance.

This study is focused on the specialty of family medicine, being an area of Medicine particularly rich in both internal and external *stressors* (arising from both its nature and essence of the therapeutic relationship the medical professional with each other, and from the long struggle for their self-definition, construction of professional identity and recognition); it is an extremely fertile ground to the development of this phenomenon.

Its ultimate objective was to characterize the prevalence and severity of *burnout* expressed by general practitioners who agreed to answer the questionnaire, searching for possible relationships between *burnout* and their socio-demographic characteristics, and trying to characterize their behavioral intentions regarding their professional course.

In this sense, the data collection instrument was applied, consisting of a *burnout* scale (Maslach *Burnout* Inventory) and a set of questions designed to characterize sociodemographic, professional and behavioral intentions of the sample elements (adapted from Job Satisfaction Survey from Graça (1999)). This questionnaire was distributed to general practitioners working in health facilities in the Lisbon metropolitan area, and surroundings, intending to be developed to a nationwide study with a representative sample, thus allowing to draw more solid conclusions on this phenomenon and its implications for society.

The results, although heavily conditioned by the study design and its inherent limitations, overwhelmingly point to an urgent need to rethink the working conditions and support that is provided to a specialty that constitutes itself as the basis of the National Health System.

The longer we ignore it, the longer this “silent epidemic” will continue to grow, hurting indelibly the health of our doctors and, thus, our own health.

Keywords: *Burnout*, doctor, emotional exhaustion, depersonalization, personal fulfillment, family medicine, health.

Índice

1.	INTRODUÇÃO	1
2.	O ESTADO DA ARTE	3
2.1	O stresse.....	3
2.1.1	O conceito de stresse	3
2.1.2	Tipos de stresse	5
2.1.3	O stresse e a vida profissional	5
2.1.4	O stresse e a doença	6
2.2	<i>Burnout</i>	7
2.2.1	Contexto histórico do <i>burnout</i>	7
2.2.2	Evolução do conceito de <i>burnout</i>	8
2.2.3	O quadro sintomático do <i>burnout</i>	9
2.2.4	<i>Burnout</i> e stresse	10
2.2.5	O <i>burnout</i> enquanto fenómeno contagioso.....	11
2.3	<i>Burnout</i> nos profissionais de saúde.....	11
2.3.1	O <i>burnout</i> e a profissão médica.....	12
2.3.2	O <i>burnout</i> e a especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF)	13
3.	MATERIAL E MÉTODOS.....	17
3.1	Definição do problema de investigação.....	17
3.2	Finalidade do Trabalho de Campo.....	17
3.3	Objetivos do Trabalho.....	17
3.3.1	Objetivo geral	18
3.3.2	Objetivos específicos.....	18
3.4	Hipóteses do estudo	18
3.5	Tipo de estudo.....	18
3.6	População estudada	19
3.6.1	Critérios de inclusão.....	19
3.6.2	Critérios de exclusão.....	19
3.7	Plano de amostragem.....	19
3.8	O instrumento de recolha de dados	19
3.8.1	O <i>Maslach Burnout Inventory</i>	20
3.8.2	Caracterização Sociodemográfica e Intenções Comportamentais	22
3.9	Pré-teste do questionário	23
3.10	Validade e Fiabilidade do <i>Maslach Burnout Inventory</i>	23
3.11	Definição das variáveis a estudar	23

4.	RESULTADOS	25
4.1	Caracterização da amostra.....	25
4.1.1	Dados sociodemográficos e profissionais	25
4.1.2	Intenções comportamentais.....	29
4.2	O fenómeno do <i>burnout</i>	30
4.3	Hipóteses do Estudo	32
5.	DISCUSSÃO DE RESULTADOS	39
5.1	<i>Burnout</i> e variáveis sociodemográficas	39
5.1.1	<i>Burnout</i> e género	39
5.1.2	<i>Burnout</i> e faixa etária.....	40
5.1.3	<i>Burnout</i> e tipo de vínculo profissional	40
5.1.4	<i>Burnout</i> e estado civil.....	40
5.1.5	<i>Burnout</i> e antiguidade na profissão.....	40
5.1.6	<i>Burnout</i> e Nº de Horas de trabalho semanais	41
5.1.7	<i>Burnout</i> e tipologia de unidade	41
5.1.8	<i>Burnout</i> e Localização da unidade	41
5.2	<i>Burnout</i> e intenções comportamentais	42
5.3	Limitações e sugestões	43
6.	CONCLUSÕES.....	45

1. INTRODUÇÃO

A profissão médica em geral é rica em agentes *stressores*, internos e externos, advindos tanto da natureza e essência da relação terapêutica do profissional médico com o outro, como da longa luta e procura da sua autodefinição, construção da identidade profissional e reconhecimento (Physician Lifestyle Report 2015).

Desde meados do século passado que o *burnout* tem sido abordado por diversas disciplinas da área da saúde ocupacional, psicologia das organizações, psicologia social e psiquiatria. Esta síndrome tem sido descrita por vários investigadores nacionais e estrangeiros como um problema característico dos profissionais que lidam direta e intensamente com pessoas necessitando de ajuda - médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros. (Queirós, 1997; Mendes, 1996; Leal, 1996; Schaufeli, 1999; Pines e Aronson, 1989). A pertinência do seu estudo espelha-se na criação, em 2014, de um periódico – *O Burnout Research* – dedicado exclusivamente à investigação nesta área.

É, com efeito, um tema identificado e avaliado, frequentemente, em diversas profissões e contextos laborais, mas a complexidade da sua apresentação leva a que seja frequentemente negligenciado ou subvalorizado. Este fenómeno, para Freudenberger (1974) não é mais que "*um estado de fadiga ou de frustração surgido pela devoção por uma causa, por uma forma de vida ou por uma relação que fracassou no que respeita à recompensa esperada*", ou, para Garcia (1990) "*um síndrome que pode resultar de um prolongado período de stresse, caracterizado por um esgotamento físico, emocional e de atitudes*".

A definição de *burnout* em que se baseia este trabalho (proposta por Christina Maslach em 1981), é de longe a mais referenciada e aceite pela comunidade científica. É proposto como um conceito multidimensional caracterizado essencialmente por três aspetos: (i) exaustão emocional elevada; (ii) desenvolvimento de atitudes e sentimentos de indiferença e afastamento psicológico dos destinatários dos serviços prestados (despersonalização) e (iii) diminuição da realização pessoal ou desenvolvimento de sentimentos de ineficácia.

Numa perspetiva de saúde ocupacional, suspeita-se que a elevada prevalência de acidentes de trabalho e de doenças profissionais (ou relacionadas com o trabalho) em Portugal e os inerentes custos (diretos, indiretos e ocultos) estão associados com a elevada incidência desta síndrome, obrigando os diferentes *stakeholders* (a começar pelas entidades empregadoras) a preocuparem-se com a saúde da população trabalhadora e com o clima organizacional das empresas, de forma a prevenir e reduzir o absentismo por incapacidade devido a doença e acidente (Loureiro *et al.*, 2008).

O interesse pelo estudo da incidência do *burnout* em médicos prende-se, não só com as manifestações desta síndrome a nível individual mas, sobretudo, com as suas consequências sociais, uma vez que se repercute no seu relacionamento com doentes e colegas e na satisfação e qualidade do seu desempenho profissional.

A realização deste trabalho no âmbito da Medicina Geral e Familiar afigura-se, portanto, de elevada pertinência, porquanto se suspeita que o *burnout* esteja em crescimento entre os médicos de família, podendo o novo modelo organizacional dos Cuidados de Saúde Primários ser determinante e diferenciador na resposta a este fenómeno. Assim, e apesar de existirem alguns estudos pontuais de pequena dimensão acerca do *burnout* nesta especialidade, este

trabalho procura traçar um quadro mais amplo e pormenorizado, da existência desta realidade nos Médicos de Família da área metropolitana de Lisboa.

O procedimento de amostragem adotado foi a amostragem por conveniência ou acidental. Tratam-se de amostras escolhidas pelo investigador, ou que se escolhem a si próprias, uma vez que todos os indivíduos colaboram voluntariamente na investigação (Bryman e Cramer, 1992; Polit, 1997); o estudo é transversal, observacional e correlacional (neste caso, pretende-se examinar de forma sistemática a relação que existe entre duas ou mais variáveis de maneira a poder fornecer explicações (Fortin, 1999).

Foi utilizado como instrumento de colheita de dados um questionário de autopreenchimento e, a partir deste, foi feita uma análise estatística dos resultados (com alguns estudos de simulação metodológica), que alicerçou as conclusões e recomendações possíveis de serem feitas a partir de um trabalho com estas características.

O exercício da Medicina envolve exposição diária ao sofrimento, doença grave e morte, atribuindo ao médico a responsabilidade e vocação para prestar serviços e salvar vidas.

Como médico e futuro administrador hospitalar, considero imperioso intervir na consciencialização destes profissionais (e das suas entidades empregadoras) no que respeita aos riscos da sua profissão, auxiliando-os na adoção de estratégias tanto a nível pessoal, como organizacional, capazes de prevenir o *burnout*.

2. O ESTADO DA ARTE

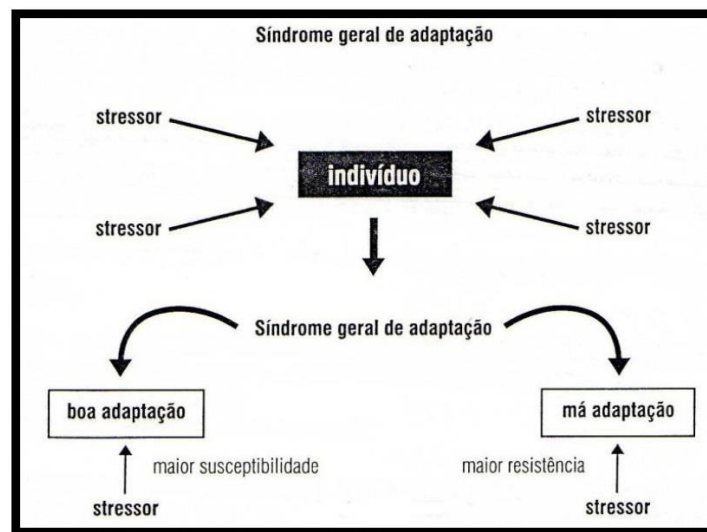
2.1 O stresse

2.1.1 O conceito de stresse

O termo *stresse* deriva do latim, *stringere*, que significa “apertar / pressionar”. Ao longo do tempo, a sua definição tem sofrido algumas alterações. A palavra *stresse* foi muito recentemente incluída no léxico Português e provém do termo anglo-saxónico "*stress*" que significa tensão, pressão. No dicionário da Academia das Ciências de Lisboa é definido como "o conjunto de perturbações psíquicas e fisiológicas provocadas por fatores agressivos externos e por emoções que exigem uma adaptação do organismo".

O principal modelo teórico de stresse é o modelo da Síndrome Geral de Adaptação (SGA), desenvolvido por Selye. Em 1925, este endocrinologista húngaro (na altura ainda estudante de medicina na universidade de Praga), concluiu que os doentes, independentemente da doença, apresentavam algo que era comum a todos, um certo estado de enfraquecimento. Concluiu que todos os doentes apresentavam um conjunto determinado de sintomas que designou por *Syndrome of just being sick* (Leal, 1996).

Figura 1 – Síndrome Geral de Adaptação (SELYE, 1936, adaptado de Sacadura-Leite e Uva, 2006)



Uma boa parte da sua pesquisa, conduzida no departamento de Bioquímica da universidade de McGill em Montreal, pretendia confirmar uma origem hormonal para este fenómeno; até que, em 1956, Selye descreve o SGA como o “conjunto de reações orgânicas aos agentes *stressores* do meio”, isto é, a qualquer coisa que obrigue o organismo a mobilizar os seus recursos. Estes agentes tanto podem ser de ordem física como de ordem psicológica: calor, frio, dor ou, por exemplo, situações de luto. Neste modelo são considerados três estádios na resposta individual a situações de stresse:

- Reação de alarme: considerada como a resposta inicial do organismo, caracterizada por uma diminuição da resistência, seguida de uma reação de contrachoque durante a qual o indivíduo ativa as suas defesas;

- Fase de adaptação ou resistência: é a fase em que, sendo as respostas adaptativas do indivíduo bem-sucedidas, ele regressa ao seu estado normal de equilíbrio; se no entanto o agente *stressor* continuar a exercer pressão ou as defesas do indivíduo se tornarem insuficientes, existe uma progressão para o terceiro estágio da síndrome;

- Fase de exaustão: ocorre quando os mecanismos de adaptação se esgotam.

No modelo de Selye o stress é conceptualizado como uma resposta fisiológica não específica do organismo a qualquer exigência de adaptação. A ênfase é colocada na gravidade e duração do agente *stressor*. Apesar dos contributos do modelo de Selye para a compreensão do stress, os críticos acusam-no de ignorar alguns aspetos, como o impacto psicológico do stress no organismo ou as capacidades individuais para o reconhecer e se adaptar (alterando a situação ou adaptando-se à mesma).

Segundo Cooper (1997) as teorias mais recentes enfatizam a interação entre o indivíduo e o seu ambiente. Este autor sugere que a reação individual de stress depende da interpretação ou avaliação (consciente ou inconsciente) por parte do indivíduo, acerca do significado prejudicial, ameaçador ou estimulante do evento.

Nesta sequência, a pessoa é considerada como tendo um papel ativo na ocorrência ou não de stress. As capacidades individuais aparecem, portanto, como uma parte do complexo sistema da interação entre o homem e o ambiente.

Atualmente considera-se que o *stress* traduz a interação complexa e dinâmica entre o ambiente e o indivíduo (em função das necessidades e das capacidades deste), uma vez que, como todos os seres vivos, profundamente complexos e abertos, o homem está em constante interação com o seu meio tentando manter com ele um certo equilíbrio dinâmico e estável. É deste equilíbrio que provém no ser humano a sensação de bem-estar físico, mental e social. O oposto a este equilíbrio pode ser significado de disfunção, entropia, doença, desorganização máxima e, *in limine*, morte.

Assim, e apesar de ser conhecido o papel do stress como desencadeador de doença, este não deve ser considerado sempre como prejudicial. A resposta de stress é uma reação adaptativa que permite ao indivíduo dispor de mais energia possibilitando em consequência um melhor desempenho do organismo. O stress faz parte da vida. Uma resposta de stress excessivamente intensa ou duradoura pode, isso sim, vir a ter consequências negativas, dado que obriga o organismo a manter uma atividade de resposta acima das suas possibilidades causando-lhe um desgaste excessivo com alteração ou deterioração no seu funcionamento (Labrador, 1994).

Do exigente contexto urbano em que vivemos emerge uma série de agentes *stressores* com os quais cada vez mais nos habituamos a lidar. A sociedade atual, no modo com está estruturada, obriga-nos, a cada dia que passa, a aumentar a exigência para com nós próprios (e com os outros). Obcecados por dar uma resposta eficiente a todas as solicitações, entramos em stress. Também no dia-a-dia do nosso trabalho queremos dar o melhor e nos esgotamos.

Para Molina (1996), o stress é um dos maiores males ou doenças que afligem a humanidade, principalmente a sociedade ocidental.

O termo *stresse* entrou já de forma irreversível no nosso vocabulário diário, servindo de bode expiatório de muito do mal-estar que não conseguimos evitar.

2.1.2 Tipos de *stresse*

Embora esteja, então, subjacente um significado negativo no termo *stresse*, este é um fenómeno adaptativo que contribui para a sobrevivência dos seres vivos e para um desempenho eficaz nas várias esferas da vida. O facto de alguém se deparar com momentos de *stresse* pode, como exposto, ajudar esse indivíduo a exhibir comportamentos futuros que se revelem mais adequados (e ser, nesse sentido, um fenómeno adaptativo); por outro lado, a exposição persistente a níveis elevados de *stresse* pode originar uma falência dos recursos pessoais de adaptação, culminando numa manifestação patológica deste.

A este propósito, Selye (1978) reconhece a existência de dois principais tipos de *stresse*: (i) o “*eustress*”, com uma conotação tendencialmente positiva e que se refere às situações e experiências em que o *stresse* tem resultados e consequências positivas, (o que, de certo modo, se torna estimulante) e (ii) o “*distress*” ou mau *stresse*, referente às situações e experiências pessoais desagradáveis, com consequências negativas para a saúde e bem-estar psicológico do indivíduo.

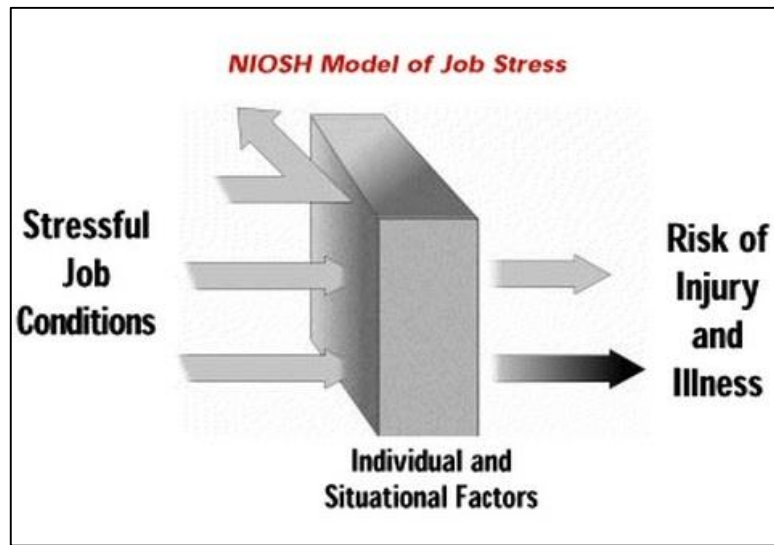
Outros tipos de *stresse* definem-se por **stresse sistémico** ou **fisiológico**, relacionado, essencialmente, com as perturbações das estruturas orgânicas; **stresse psicológico**, que ocorre quando há fatores cognitivos que levam a uma perceção de ameaça; **stresse social**, quando há perturbação de uma unidade social; **stresse agudo**, quando surge limitado no tempo, despoletando no organismo uma resposta imediata de sobrevivência; **stresse crónico**, que surge repetidas vezes, originando no organismo uma reacção de adaptação crónica (Cohen,1985; Lazarus, 1985).

2.1.3 O *stresse* e a vida profissional

A necessidade desempenhar uma profissão como fonte de rendimento e equilíbrio económico, faz com que a atividade laboral seja um pilar importante na saúde e equilíbrio social de cada indivíduo. Segundo Martins (1998), as circunstâncias em que o indivíduo desempenha uma função profissional - como a adequação entre as exigências do cargo e as suas capacidades para o desempenhar, as relações interpessoais, a segurança física, a oportunidade de controlo - são aspetos que têm grande importância para o bem-estar e saúde física e mental desse mesmo indivíduo.

Segundo o *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH), o termo “*stresse* profissional” define “o conjunto das respostas nocivas, físicas e emocionais, que ocorrem quando as exigências da profissão não correspondem às capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador”. Este instituto desenvolveu um modelo explicativo do fenómeno (Figura 2).

Figura 2 – Modelo do *National Institute for Occupational Safety and Health* para o stressse profissional.



Dado que a vida profissional ocupa cada vez mais um lugar de destaque no quotidiano das nossas sociedades, o stressse profissional aparece como uma crescente causa de mal-estar geral do indivíduo, e o conseqüente humor deprimido, que por sua vez, pode trazer implicações negativas no seu ambiente familiar e social, afetando a sua saúde física e mental (Sá, 2002).

Para Cooper e Marshall (1982), as características do indivíduo e as fontes potenciais de stressse no ambiente de trabalho são fatores inerentes ao stressse profissional, cuja interação podem determinar o comportamento desajustado da pessoa ou mesmo culminar no aparecimento de doenças relacionadas com o stressse.

Pelo exposto, o stressse relacionado à atividade profissional tem vindo a ser considerado como um dos maiores problemas de saúde ocupacional dos tempos modernos (WHO, 2007).

2.1.4 O stressse e a doença

Nos últimos 20 anos, vários autores estudaram a relação entre stressse profissional e as mais variadas patologias: perturbações do humor, do sono, cefaleia, perturbações digestivas e interferência nas relações com família e amigos, são exemplos de problemas relacionados com o stressse comumente encontrados nestes estudos (Sauter *et al*, 1997).

Enquanto estes sinais precoces de stressse profissional são geralmente fáceis de reconhecer, os efeitos crónicos são mais difíceis, uma vez que as doenças crónicas levam longos períodos a desenvolver-se e são influenciadas por outros fatores além do stressse. Não obstante, há cada vez mais evidência do papel do stressse em patologias como a do foro cardiovascular, músculo-esquelético e psiquiátrico. A este propósito, estimam-se gastos acrescidos com cuidados de saúde (que podem chegar aos 50%) em populações expostas cronicamente a stressse laboral (Goetzel *et al*, 1998).

A relação entre stressse e doença não é, no entanto, linear, sabendo-se que variáveis como o tipo de personalidade e os mecanismos de *coping* de cada pessoa, bem como as características da própria situação, influenciam o tipo de resposta metabólica que cada indivíduo vai apresentar.

Desde que Selye descreveu pela primeira vez os conceitos de síndrome geral de adaptação e doenças de adaptação, vários investigadores têm demonstrado que a resposta ao stress é sempre neuroendócrina, e os seus efeitos biológicos e físicos são, somente, resultantes da ativação e estimulação do sistema nervoso simpático e da ação das hormonas libertadas. Assim, é fácil compreender que os acontecimentos só contribuem para a doença se desencadearem reações fisiológicas ou psicológicas negativas.

Neste contexto, surge o conceito de *coping* que se define como a forma como o indivíduo lida com o stress. Para Lazarus (1985) a resposta ao stress pode ser acomodativa ou manipulativa, ajudando a pessoa a moldar-se à situação e a ultrapassar os seus efeitos. O *coping* poderá ser efetuado de forma direta através de uma resposta manipulativa em que o indivíduo tenta alterar a sua relação com o acontecimento stressante (alteração do contexto ou afastamento do *stressor*); de procura de informação, em que o indivíduo tenta compreender a situação e prever acontecimentos relacionados com ela; de inibição da ação, em que o indivíduo não faz nada; e de forma acomodativa, em que o indivíduo se acomoda à situação stressante através da sua reavaliação, alterando o seu ambiente interno - medicação, álcool, meditação, técnicas de relaxamento, mecanismos de defesa) (Folkman *et al* 1982).

2.2 *Burnout*

2.2.1 Contexto histórico do *burnout*

Embora o conceito de *burnout*, como é hoje entendido, tenha surgido no final da década de 60 e início da década de 70 do Século XX, as dificuldades que surgem do relacionamento das pessoas com a sua profissão já haviam há muito sido reconhecidas como um fenómeno social significativo. Talvez o exemplo mais claro destas aproximações prévias ao tema seja a novela de Graham Greene (1961): “A Burn Out Case”. Nesta história, o protagonista é um arquiteto que, não encontrando mais motivação na sua profissão, decide abandoná-la para se embrenhar na selva africana. Ao chegar a uma colónia de leprosos, é diagnosticado pelo médico de serviço com uma patologia mental equivalente ao *burnout* atual, mas à medida que começa a trabalhar na colónia como voluntário, a sua “patologia mental” vai-se desvanecendo.

O termo *burnout*, traduzido à letra por “queima total”, sugere, na sua génese, um consumo físico, emocional e mental causado pelo desajustamento entre o indivíduo e o seu ambiente. O conceito clínico de *burnout* foi utilizado pela primeira vez por Bradley (1969), que publicou um artigo em que utilizava a expressão “*staff burn-out*”, para se referir ao desgaste de profissionais, e propunha medidas organizacionais para tentar corrigir esta situação. Foi no entanto Freudenberg (psiquiatra que trabalhava com toxicodependentes em Nova Iorque) quem pela primeira vez, em 1974, se referiu ao *burnout* como uma síndrome que acreditava ser comum aos profissionais de saúde - após registar que muitos dos voluntários que trabalhavam com viciados em drogas, experienciavam uma perda gradual de energia, de motivação e comprometimento, acompanhada por uma variedade de sintomas mentais e físicos. A este estado específico de exaustão Freudenberg atribuiu o termo “burn-out”.

Apesar de Freudenberg ter descrito o fenómeno e ter suscitado a conceção clínica do termo, foi com Christina Maslach, em 1976, que surgiu o conceito sociopsicológico, tornando esta autora numa das grandes mentoras do termo *burnout*. Enquanto Freudenberg considerava o

burnout como um estado, esta autora e a sua colega Susan Jackson consideraram-no como um processo que se desenvolve na interação com o ambiente e características sociais, tendo esta teoria ganho dominância sobre a anterior (Dantas, 2003). Nos anos 80 decorreram uma série de investigações quantitativas, em várias populações, utilizando diferentes metodologias. Assim, as autoras supracitadas desenvolveram um instrumento intitulado de *Maslach Burnout Inventory* (MBI) que tem sido amplamente utilizado na quantificação deste fenómeno. Estas psicólogas definiram o *burnout* como "uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e menor realização pessoal que ocorre em indivíduos que trabalham com pessoas, e que conduz a um progressivo sentimento de fracasso e de inadequação" (Maslach *et al.*, 1996). Através dos seus estudos, constataram ainda que surge frequentemente associado à exposição ao stress crónico relacionado com a falta de condições de trabalho, sendo mais comum nas profissões de ajuda, como medicina e enfermagem.

2.2.2 Evolução do conceito de *burnout*

Os conceitos iniciais de *burnout*, de Freudenberger e Maslach, mereceram grande atenção e estimularam muita discussão no mundo científico.

Diferentes autores propuseram definições várias do fenómeno, com as suas próprias assunções sobre as causas e efeitos do mesmo. No entanto, todas estas definições eram baseadas em descrições experimentais, ao invés de em modelos teóricos. O conceito rapidamente passou a ser usado de forma indiscriminada e indiferenciada pela população para se referir às suas experiências no local de trabalho, tendo assim perdido credibilidade e passando a ser descurado pela investigação científica séria durante anos, o que atrasou o aparecimento de trabalhos científicos relevantes nesta área.

Apesar desta controvérsia, alguns conceitos comuns serviram de base ao estabelecimento inicial das dimensões chave do problema (Maslach, 1982). Como "terreno comum" destas definições iniciais apareceu o conceito de que o *burnout* seria um fenómeno de nível individual; de que seria uma experiência psicológica pessoal que envolvia sentimentos, atitudes, motivações e expectativas; e de que constituiria uma experiência negativa para o indivíduo, estando na origem de stress, desconforto, disfunção e/ou consequências negativas em termos de saúde – no sentido lato do termo.

Em termos de dimensões fulcrais do fenómeno, aquela em que sempre existiu (e continua a existir) maior consenso é sem dúvida a dimensão da **exaustão emocional** (E.E.). Embora esta exaustão assumia muitas vezes um componente físico, foi o seu equivalente emocional que se tornou numa peça central na definição do problema. A segunda dimensão que se tornou consensual foi a **despersonalização** (D.P.) – uma mudança da resposta a estímulos externos, com atitudes inapropriadas com respeito aos clientes, irritabilidade, falta de empenho e evicção do trabalho. A terceira dimensão chave em que se reuniu consenso foi a de uma resposta negativa perante o próprio e perante os feitos pessoais, com redução do ânimo, da moral, da autoestima, da produtividade e mesmo da capacidade de *coping* – a dimensão **realização pessoal** (R.P.).

À medida que foi sendo alcançado algum consenso quanto às dimensões-chave do fenómeno, a investigação tornou-se mais elaborada (recorrendo a inquéritos e realizando estudos observacionais) essencialmente estudando profissionais de serviços que tivessem extenso

contacto pessoal com os clientes. Desta investigação cada vez mais profunda, emergiu a noção de que o *burnout* não era apenas uma resposta idiossincrática ao stresse, mas ao invés um síndrome com características consistentes e bem definidas, que eram (i) a primazia de exaustão, (ii) a mudança negativa na resposta a terceiros e (iii) uma percepção negativa da competência profissional. Os investigadores começaram então a desenvolver instrumentos de autoavaliação do fenómeno e a conduzir estudos psicométricos mais pormenorizados.

A definição que emergiu de toda esta investigação foi a de que o *burnout* é uma síndrome psicológico que surge como resposta a *stressores* interpessoais crónicos, a nível profissional. As três dimensões acima mencionadas persistiram como as essenciais: o componente de exaustão refere-se ao sentimento de estar esgotado (de recursos físicos e emocionais); o cinismo (ou despersonalização) representa componente de distanciamento interpessoal do *burnout*; o componente de falta de realização pessoal refere-se à dimensão de autoavaliação da síndrome, com sentimentos de incompetência e de falta de realização pessoal e de produtividade no local de trabalho.

Em 1990 teve lugar na Polónia a primeira Conferência sobre *Burnout* Profissional, da qual resultou a publicação, por Schaufeli, Maslach e Marek do livro "*Professional burnout: Recent developments in theory and research*", que ao mesmo tempo que resumia o estado da arte da investigação, sugeria uma miríade de novas linhas de investigação do tema. Desde a publicação deste livro que o *burnout* tem sido tema de milhares de artigos e dezenas de livros. Uma pesquisa na PubMed usando o termo "*burnout*" e restringindo o horizonte temporal aos últimos 10 anos devolveu 5385 resultados.

Nos dias atuais, o *International Classification of Disease - Tenth Revision* (ICD 10) inclui o *Burnout* com o código Z73.0, na categoria "problemas relacionados com dificuldades na gestão do quotidiano", descrevendo-o de forma vaga como "um estado de exaustão vital", sem mais elaboração.

2.2.3 O quadro sintomático do *burnout*

Para a maioria dos autores o *burnout* constitui, no fundo, uma resposta a tensões emocionais dos profissionais que trabalham com pessoas (Schaufeli *et al*, 2007), manifestando-se pela exaustão psicológica e/ou fisiológica, respostas negativas face aos outros, face a si próprio e face às suas realizações pessoais. É também transversal a praticamente todas as definições que este fenómeno surge, essencialmente, no indivíduo em início de carreira, com elevados ideais e empenho, que são substituídos gradualmente (e na falta de um *feedback* positivo), pela desmotivação e desilusão.

Foram identificados vários sintomas de *burnout*, especialmente na fase da abordagem clínica iniciada por Freudenberger em 1974. Mais recentemente, Schaufeli e Enzmann (1998) enumeram cerca de 130 sintomas possíveis que foram associados ao *burnout*, variando entre a ansiedade e a falta de zelo. São distinguidos cinco grupos de sintomas: **afetivo** (ex.: mau humor, exaustão emocional); **cognitivo** (ex.: dificuldade de concentração); **físico** (ex.: cefaleias, problemas gástricos); **comportamental** (ex.: baixo nível de desempenho); **motivacional** (ex.: perda de ideais). Estes sintomas à exceção do aspeto motivacional são, em muito, idênticos à sintomatologia de stresse.

A sintomatologia do *burnout* não se restringe, no entanto, a sintomas de carácter individual. Observam-se também sintomas de carácter interpessoal na relação com os recetores dos serviços prestados (ex.: irritabilidade, desumanização e indiferença), bem como sintomas relacionados com a organização (ex.: insatisfação com o emprego, mudança constante de posto de trabalho e absentismo).

Ao colocar-se a tónica nos sintomas organizacionais, Schaufeli (1998) considera que pode estar a confundir-se sintomas com correlações e de alguma forma a negar o *burnout* como um processo. Este autor considera-o como "um estado de espírito persistente e negativo associado ao trabalho em indivíduos considerados normais que se caracteriza, principalmente, pela exaustão emocional, acompanhada pela depressão, uma diminuição da eficácia, menor motivação e o desenvolvimento de atitudes e comportamentos disfuncionais no emprego".

Esta definição tenta concentrar a sintomatologia associada ao *burnout* na exaustão emocional sentida pelo indivíduo, considerada o principal indicador de *burnout*. Schaufeli (1998) associa este a outros quatro sintomas genéricos: depressão, sensação de menor eficácia, menor motivação e atitudes e sentimentos disfuncionais no trabalho.

As intenções frustradas e as estratégias inadequadas de cooperação no trabalho parecem, portanto, desempenhar um papel determinante no desenvolvimento da síndrome - os sintomas relacionam-se com o trabalho e o *burnout* ocorre em indivíduos normais que não sofrem de psicopatologia.

Apesar de a definição de Schaufeli ser aparentemente mais compreensiva, a definição de Maslach (1996) anteriormente citada é provavelmente a mais citada, o que se atribui sobretudo à enorme popularidade que o instrumento desenvolvido pelas autoras - Maslach *Burnout Inventory* (M.B.I.) – granjeou na quantificação deste fenómeno. Ademais, este instrumento faz a avaliação das três dimensões incluídas nesta definição: exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal.

A **exaustão emocional** refere-se à perda ou desgaste de recursos emocionais e ao sentimento de que nada se tem para oferecer aos outros. Constitui-se como componente fundamental e mais importante do *burnout* e pode ter manifestações físicas e psíquicas.

A **despersonalização** indica o desenvolvimento de uma atitude impessoal, de indiferença, desumanizante e de distanciamento emocional dos sujeitos a quem são prestados os serviços (alunos, doentes, etc.).

A **falta de realização pessoal** é a perceção da impossibilidade de realização pessoal no trabalho, o que provoca uma diminuição das expectativas pessoais, implicando uma autoavaliação negativa, onde se inclui a não-aceitação de si próprio, assim como sentimentos de fracasso e baixa autoestima (Maslach, 1996).

2.2.4 *Burnout* e stresse

O conceito de *burnout* tem sido equiparado, por alguns autores, ao conceito de stresse (Mendes, 1996; Queirós 1997). Esta "nívelação" resulta algo simplista, porquanto o *stresse* é considerado um termo genérico que se refere aos processos temporários de adaptação, acompanhado por sintomas mentais e físicos, enquanto o *burnout* pode ser entendido como um estado final de

falha na adaptação que resulta do desequilíbrio, a longo prazo, de um *stresse* laboral intenso. Além disto, o conceito de *burnout* inclui o desenvolvimento de atitudes e comportamentos disfuncionais para com os recetores dos serviços ou cuidados, o emprego e a organização, enquanto o *stresse* não é obrigatoriamente acompanhado por tais atitudes e comportamentos.

2.2.5 O *burnout* enquanto fenómeno contagioso

As primeiras evidências empíricas sobre um efeito de “contágio” aplicado ao fenómeno do *burnout* vieram de Rountree (1984), que investigou 23 organizações, concluindo que 87,5% dos empregados com as pontuações mais elevadas na escala de *burnout* estavam inseridos em grupos de trabalho nos quais pelo menos 50% das pessoas estavam num estado igualmente avançado de *burnout*. Por oposição, os indivíduos que não apresentavam quadros graves de *burnout* manifestavam também tendência para se agruparem entre si. O autor concluiu assim que “a afinidade dos grupos de trabalho para as pontuações extremas é marcada, o que sugere a possibilidade de os membros se infetarem uns aos outros como se o *burnout* fosse um vírus transmissível”.

Após revisão de literatura extensa, Golembiewski, Munzenrider e Stevenson (1986) concluíram que “pontuações muito altas e muito baixas de *burnout* tendem a concentrar-se numa proporção notável, o que sugere efeito de contágio ou de ressonância”. Mais recentemente, Gonzalez-Morales *et al* (2012) e Eelen *et al* (2014) reportaram resultados em linha com os referidos.

No entanto, esta concentração do *burnout* em determinados grupos pode também ser explicada por mudanças negativas nas condições de trabalho. Freudenberger (1974) observou que indivíduos em *burnout* são consistentemente menos eficientes que os seus pares (cometendo mais erros, fazendo mais pausas abusivas, tendo taxas de absentismo mais elevadas); este tipo de comportamento no seio de uma equipa aumenta a carga de trabalho impostas aos restantes membros da equipa, que terão de trabalhar mais para compensar os comportamentos disruptivos e ineficientes dos seus colegas em *burnout*.

2.3 *Burnout* nos profissionais de saúde

O *burnout* é considerado, de uma forma consensual, um síndrome que importa tipicamente às profissões de ajuda - aquelas cujo núcleo central do trabalho é prestar serviços humanos diretos e de grande relevância para os que os recebem. É característico dos indivíduos que trabalham com pessoas (Freudenberger, 1974; Pines e Aronson, 1989; Garcia, 1990; Maslach, 1996; Thanacoody *et al*, 2014; Suñer-Soler *et al*, 2014).

Garcia (1990) considera profissões de especial risco aquelas que lidam intensa e intimamente com pessoas que sofrem de graves problemas físicos, mentais e sociais, sobretudo as que implicam uma relação interpessoal intensa (de ajuda, de ensino, aconselhamento).

O trabalho dos profissionais de ajuda pressupõe ainda três características fundamentais e que contribuem para o fenómeno em estudo: grande esforço mental e físico, contínuas interrupções e reorganização das tarefas com agravamento do nível de carga e esforço mental, e o relacionamento com pessoas em circunstâncias de extrema ansiedade e sofrimento.

Trabalhar com dor e sofrimento pode trazer graves problemas emocionais. O sofrimento do doente, de alguma forma, afeta também os profissionais. As expectativas sobre o resultado positivo do trabalho são igualmente determinantes na tensão emocional. O sentimento de êxito ou fracasso pode modelar a atitude do profissional na relação que estabelece com o doente, assim como a atitude do doente perante o serviço que lhe foi prestado pode interferir na postura do profissional. Se o doente deprecia o trabalho do profissional, não lhe proporcionando um *feedback* positivo, pode estar a contribuir para a desumanização do profissional.

A organização mundial de saúde (OMS) tem alertado as autoridades governativas dos países europeus para a gravidade do problema que constitui o *burnout* no pessoal dos serviços de saúde.

2.3.1 O *burnout* e a profissão médica

O *burnout* é mais comum entre médicos do que entre outros trabalhadores (Schaufeli *et al*, 2011; Shanafelt, 2012; Thanacoody *et al*, 2014, Eelen *et al*, 2014).

Assume-se que o médico não é um ser humano dotado de necessidades e limites. Admite-se que deve ser omnipresente, estar disponível todas as 24 horas do dia, de bom humor qualquer que seja o grau de exaustão, não falhando nunca e não tendo de receber mais do que o prazer de dar. (Frasquilho, M., 2005).

A par com enfermeiros, polícias, investidores da bolsa e controladores de tráfego aéreo, os médicos ocupam o topo da listagem de ocupações profissionais mais geradoras de stresse (Reino Unido. Health and Safety Executive, 2003).

À natureza stressante do exercício profissional e da formação médica aliam-se questões de teor psicossocial e características psicodinâmicas que, na sua génese, conduzem os indivíduos para a carreira médica, mas que neste contexto se tornam em pontos de fragilidade que contribuem para a dimensão do problema (Schaufeli *et al*, 2011; Thanacoody *et al*, 2014).

O trabalho emocional inerente à profissão médica (que muitas vezes exige que o médico provoque sentimentos positivos no doente, ainda que isso implique recalcar os seus próprios sentimentos) só recentemente foi implicado na génese do *burnout* nestes profissionais (Zapf *et al*, 2001). Ademais, e porque permanece como um componente pouco objetivável da profissão, os jovens médicos continuam a não ver incluída no seu percurso académico formação especializada nesta área.

Os estudantes de medicina são sujeitos a exigências académicas extremamente elevadas, sendo expostos à dor, doença e morte muito mais cedo que os seus pares não médicos. Tudo isto, durante um trajeto académico feito no meio de “médicos a sério”, que aparentemente suplantam todas as dificuldades sem “dar parte de fraco”.

Após a graduação, durante o internato, os jovens médicos, que trabalham como nenhum outro jovem de profissões equivalentes, são incentivados a enfrentar problemas terríveis com suporte residual dos pares, para depois passarem uma vida a fingir que têm mais capacidades do que as que na realidade sabem ter (Lens e Van Der Wal, 1997).

Por tudo isto, quando comparados com gestores, os médicos têm um nível superior das hormonas de stresse. Comparados com dentistas e profissionais de direito, apresentam aumento na incidência de enfarte de miocárdio e angina e morrem mais precocemente (Scott e

Hawk, 1986, Suñer-Soler *et al*, 2014, Eelen *et al*, 2014). No entanto, a maioria dos médicos não têm o seu próprio médico, e na maioria das vezes são extremamente relutantes em se ausentarem do trabalho por motivos de saúde; ao invés, tendem a negligenciar as suas necessidades de saúde (70% dos médicos não fazem check-ups regulares), automedicar-se e a recorrer às chamadas “consultas de corredor”. Estima-se, de resto, que 60% dos médicos de família não procurem cuidados médicos (Miller e McGowen, 2000).

Os médicos negam ou desqualificam os riscos inerentes à sua prática profissional (Berg *et al*, 2001) e a sua adesão aos tratamentos prescritos pelos seus colegas é extremamente pobre. Recusam, ignoram ou depreciam o seu próprio tratamento (Wells *et al.*, 1984), o que assume particular importância quando falamos de patologia psiquiátrica, (incluindo depressão e comportamentos aditivos), que se sabe presente nesta classe numa prevalência acima da média (Cupples *et al.*, 2002, Suñer-Soler *et al*, 2014, Eelen *et al*, 2014).

Quarenta e sete por cento dos médicos têm um rastreio positivo para doença mental latente e 29% apresentam sintomas clínicos de depressão (Scott e Hawk, 1986). A taxa de suicídio é mais elevada nos médicos do que na população geral (Center *et al.*, 2003). Os suicídios representam 38% das mortes prematuras em médicos e são quatro vezes superiores nas mulheres relativamente à população geral. Os suicídios em médicas são superiores aos existentes em qualquer outro grupo profissional (Arnetz *et al.*, 1987; Aasland *et al*, 2001).

Constata-se que estes profissionais recorrem com frequência aos tóxicos para aliviarem o sofrimento emocional — 12% a 14% dos médicos abusam de álcool ou dependem de tóxicos. Os jovens médicos utilizam substâncias psicotrópicas para se energizarem quando necessário e para relaxarem quando tal é desejável (Talbot, Benson e Benson, 1980; Warner *et al*, 2013). A dependência química alia-se à dependência de álcool e assume uma dimensão e gravidade superiores às de outras profissões com *status* socioeconómico equivalente — juristas e engenheiros — (Blondell, 1993) e com uma característica peculiar: os médicos dependentes estão isolados e são ostracizados pelos seus pares (Bolsover, 2000).

Ademais, quando comparados com outros trabalhadores na área da saúde (fisioterapeutas, enfermeiros, auxiliares, administrativos), os médicos são muito significativamente o grupo com menor absentismo e aquele que mais horas semanais trabalha (Toomingas, 2003).

2.3.2 O *burnout* e a especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF)

A MGF constitui-se como uma especialidade abrangente, que tenta manter uma visão global e integrada da saúde do doente, tentando discernir quais os potenciais ou reais problemas de saúde do mesmo e orientá-lo, sempre que necessário, a um médico com um conhecimento mais aprofundado da área potencialmente afetada.

É, portanto, a principal porta de entrada no sistema de saúde, e não obstante a sua importância ser absolutamente fundamental, a verdade é que tem permanecido relativamente ausente do foco da investigação internacional, no que à psicologia ocupacional diz respeito (Winefield, 2003).

Segundo Britt *et al* (2001), os principais motivos de consulta nesta especialidade são a intenção de realização de exames de rotina e a procura de prescrição, enquanto as principais atividades

de gestão realizadas consistem em aconselhamento, referencianções, requisição de exames auxiliares de diagnóstico (EAD) ou prescrição (farmacológica ou não farmacológica). Estes clínicos são, assim, frequentemente confrontados com a doença em estado muito precoce/indiferenciado, tendo que discernir de entre a maioria dos casos não graves, as situações excepcionais em que manifestações comuns representam o estágio inicial de uma doença grave.

A consulta em si representa uma oportunidade frequente de aconselhamento e promoção da saúde, incluindo muitas vezes momentos de verdadeira psicoterapia (Barker e Pistrang, 2002; Winefield, 1992; Winefield, 1996). Muitas vezes estes benefícios inespecíficos constituem o maior contributo que o médico tem para oferecer, considerando que muitas vezes a obtenção imediata de um diagnóstico definitivo, ou a cura, são objetivos irrealistas. O doente gosta de sentir que o médico se interessa por si enquanto indivíduo, ao invés de ser olhado como um simples caso clínico; ademais, apreciam também mais consultas onde existe algum tempo para algum diálogo social, fora do contexto médico (Winefield e Murrell, 1991).

Além da consulta em si, cabe ao médico de MGF toda uma carga burocrática que passa, entre outros, por atestar incapacidade (temporária ou definitiva) para o trabalho, renovar receituário, promover a sua atualização de conhecimentos, participar na formação de colegas (internos e especialistas), promover projetos de investigação – tarefas amplamente consumidoras de tempo e que o clínico não vê recompensadas, seja de forma monetária ou não. Assim, a carga de trabalho na especialidade de MGF é simultaneamente complexa, pesada e de elevadíssima responsabilidade.

Quanto ao número de consultas, não só as listas de cada médico tendem a crescer inexoravelmente, como a diferenciação em determinadas áreas é cada vez mais um imperativo (Andrews *et al*, 1999); existem cada vez mais doentes com patologia psiquiátrica a serem seguidos por um especialista em MGF, o que resulta numa necessidade de diferenciação numa área – a saúde mental – na qual muitos destes clínicos se sentem sub-preparados, enquanto outros manifestam falta de interesse (Britt *et al.*, 2001).

Esta elevada carga de trabalho, associada às elevadas exigências emocionais próprias da profissão (e ainda mais da especialidade) e combinada com uma frequente falta de *feedback* e de reconhecimento por parte dos doentes e dos pares, tornam os médicos de MGF como candidatos perfeitos ao *burnout* (Soler *et al*, 2008; Schaufeli *et al*, 2011; Shanafelt, 2012).

O seu contacto diário com a dor, a angústia, a doença, a perda e a morte não encontram paralelo na nossa sociedade; os litígios por má prática são uma realidade cada vez mais presente. As exigências profissionais são sempre crescentes, e o suporte (dos pares e dos superiores) é com frequência extremamente reduzido. A falta de tempo ou de oportunidade para discussões académicas com pares, sobretudo em casos mais desafiantes, são um *stressor* frequentemente associado a esta especialidade (Winefield, 2003; Schaufeli *et al*, 2011).

Com o aumento do número de mulheres na especialidade de MGF (determinadas em combinar a vida familiar e a exigências profissionais) existe uma tendência para se alterar o paradigma do médico que vive para a profissão 24h por dia; no entanto, as mulheres reportam com alguma frequência reprovação por parte dos colegas homens, quando tentam exercer os seus direitos em termos de horário de trabalho (Swanson *et al*, 1998).

É em MGF que, estatisticamente, é mais provável a ocorrência de erros. Apesar de não existirem medidas universalmente aceites para avaliar a qualidade do trabalho médico, a satisfação dos doentes, queixas e litígios por má-prática têm sido utilizados como indicadores (Commonwealth Department of Health and Family Services, 1996). Existe uma grande dificuldade na identificação de erros ou eventos adversos em medicina, devidos a múltiplos fatores, pelo que se sabe pouco sobre a relação entre stresse profissional em MGF e a qualidade do trabalho desenvolvido em termos de propensão para cometer erros (Firth-Cozens, 2001; Gerrity, 2001).

Devido ao seu papel fulcral na saúde da pública, as necessidades destes profissionais em termos de condições de trabalho têm de ser levadas em conta, sob pena de uma queda de qualidade no produto final do seu trabalho – a saúde da comunidade.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Definição do problema de investigação

A escolha e formulação de um problema de investigação pode, segundo Fortin (1999) surgir da observação, da literatura, de uma inquietação com um domínio particular, ou ainda de um conceito.

A revisão bibliográfica realizada permite formular uma visão teórica defensora da ideia de que a profissão médica (e, em particular, a especialidade de MGF) se apresentam como muito propícias ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*. O tema deste trabalho de campo prende-se, então, com a vivência dos profissionais desta especialidade, nomeadamente em unidades do SNS da área metropolitana de Lisboa. O fio condutor origina-se da questão inicial:

“Qual a prevalência e gravidade do burnout que afeta os médicos de MGF das unidades em estudo?”

3.2 Finalidade do Trabalho de Campo

O trabalho de campo, inserido no Curso de Especialização em Administração Hospitalar (CEAH), pretende constituir-se como a primeira verdadeira oportunidade para colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, procurando fomentar a aquisição de conhecimentos fundamentais para a prática do futuro Administrador Hospitalar.

Trabalhando um grupo profissional que se constitui como um verdadeiro alicerce do sistema nacional de saúde, este trabalho aspira a traçar um esboço da realidade de alguns destes profissionais - que apesar de exercerem numa área geográfica próxima, vivenciam realidades diárias bem diferentes. Sabendo de antemão que este é um grupo de risco para o surgimento de *burnout*, pretende-se compreender este fenómeno para poder mobilizar as estratégias protetoras mais eficazes.

Idealmente, pretende-se que o desenho conceptual deste estudo aqui apresentado possa ser implementado, já não no âmbito do CEAH, mas antes com o objetivo de contribuir para a melhoria do funcionamento do sistema nacional de saúde, no que à temática visada diz respeito. A concretização deste projeto é, naturalmente, meramente pedagógica e com a finalidade única de aprendizagem e validação de todo o processo, pelo que os dados obtidos não são generalizáveis nem extrapoláveis, porquanto envolvem apenas uma pequena amostra não representativa do fenómeno.

3.3 Objetivos do Trabalho

De acordo com Fortin (2009), os objetivos são, por um lado, enunciados declarativos que indicam o rumo da investigação, e por outro lado descrevem os fatores, a pesquisa e predizem a avaliação dos efeitos.

Neste sentido, assumem-se como objetivos do presente trabalho de investigação:

3.3.1 Objetivo geral

- Caracterizar, recorrendo ao *Maslach Burnout Inventory* (MBI), o *burnout* apresentado pelos médicos de MGF que trabalham nas unidades de saúde que colaboraram no projeto.

3.3.2 Objetivos específicos

- Estimar a prevalência do *burnout* (de gravidade elevada) na amostra em estudo.
- Compreender possíveis correlações entre *burnout* (de gravidade elevada) e as características sociodemográficas;
- Aferir algumas perceções e intenções comportamentais da amostra, no que ao seu trajeto profissional diz respeito.

3.4 Hipóteses do estudo

H1: Existe diferença na prevalência de *burnout* (elevado) de acordo com o género?

H2: Existe diferença na prevalência de *burnout* (elevado) de acordo com a faixa etária?

H3: Existe diferença na prevalência de *burnout* (elevado), de acordo com o vínculo laboral?

H4: Existe diferença na prevalência de *burnout* (elevado) de acordo com o estado civil?

H5: Existe diferença na prevalência de *burnout* (elevado) de acordo com os anos de profissão?

H6: Existe diferença na prevalência de *burnout* (elevado) de acordo com o número de horas de trabalho semanais?

H7: Existe diferença na prevalência de *burnout* (elevado) de acordo com a tipologia da unidade em causa?

H8: Existe diferença na prevalência de *burnout* (elevado) de acordo com a localização da unidade em causa?

3.5 Tipo de estudo

Com o objetivo de responder à questão de investigação, bem como de verificar as hipóteses formuladas e explorar as relações entre variáveis, o estudo foi orientado numa lógica correlacional, dado que tem como objetivo a descrição das características da população em estudo, a identificação e análise da prevalência de *burnout*, correlacionando os factos sem os manipular.

Foi desenhado um estudo de cariz transversal, quantitativo, descritivo (uma vez que se pretendeu fazer a descrição das características dos indivíduos estudados e de um determinado fenómeno). Podemos ainda caracterizá-lo como um **estudo epidemiológico (prevalência)**. Acrescente-se ainda que, conceptualmente, se trata de um estudo **não experimental**, pois existe apenas uma descrição dos acontecimentos que ocorrem de forma natural, sem a intervenção do investigador.

3.6 População estudada

Todos os médicos de MGF que trabalham num conjunto de 6 unidades do SNS selecionadas na área metropolitana de Lisboa.

3.6.1 Critérios de inclusão

- Médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar, a exercer funções numa unidade do SNS (das 6 incluídas), com um vínculo laboral com essa unidade;
- Médicos do internato complementar de Medicina Geral e Familiar, a exercer funções numa unidade do SNS (das 6 incluídas), com vínculo laboral com essa unidade;

3.6.2 Critérios de exclusão

- Médicos do internato geral, a realizar estágio de Medicina Geral e Familiar;

3.7 Plano de amostragem

Para este projeto de investigação foram dispensados um número suficiente de questionários de acordo com a dotação de médicos de cada unidade, concordante com os critérios de inclusão. Esses questionários foram entregues através de um elemento da Unidade, que fez a ponte entre o investigador e a população, ficando responsável por entregar os questionários aos indivíduos e recolhê-los, quando preenchidos, entregando-os ao investigador.

Tendo em conta a natureza deste trabalho de campo, decidiu-se escolher uma técnica de amostragem por conveniência (portanto, não-probabilística) e escolher seis unidades de saúde da área metropolitana de Lisboa (3 no concelho de Lisboa, 1 no concelho de Almada, 1 no concelho do Seixal e 1 no concelho de Sintra), onde o investigador conhecia um elemento da classe médica, que pode assim servir de elo de ligação entre o investigador e as unidades. De um total de 65 Médicos a quem foram distribuídos os questionários, foram preenchidos 56 e, destes, 49 cumpriam os critérios de inclusão.

Refira-se a este propósito que, quando questionados, todos os coordenadores das seis unidades optaram por não ver o nome da sua unidade mencionado no estudo, sendo esta a única condição levantada em relação à adesão ao mesmo.

Para efeitos da análise estatística no que à variável “localização da unidade onde exerce”, foram agregadas as unidades segundo um critério de densidade populacional em 2 grupos:

- Unidades urbanas: inclui as 3 unidades do concelho de Lisboa.
- Unidades extraurbanas: inclui a unidade de Almada, do Seixal e de Sintra.

3.8 O instrumento de recolha de dados

Segundo Fortin (1999), um instrumento de recolha de dados serve para coletar os dados que serão utilizados na obtenção de respostas às questões de investigação.

Neste trabalho de campo foi utilizado um instrumento de recolha de dados, na forma de um questionário de autopreenchimento. Polit e Hungler (1997) defendem que os métodos

de autopreenchimento em que se solicita aos inquiridos o relato das suas experiências pessoais são um importante meio para recolher informações, nomeadamente acerca das perceções individuais.

O questionário era composto por 2 grupos de questões:

- Uma escala de avaliação do *burnout* - o Maslach *Burnout Inventory* (MBI) - elaborada por Maslach & Jackson em 1981 e que tem sido largamente utilizada na avaliação da síndrome de *burnout* (estima-se que no final da década de 90 fosse utilizado em $\approx 93\%$ dos artigos científicos sobre o tema (Schaufeli e Enzmann, 1998).

- Um conjunto de questões destinadas a fazer uma caracterização sociodemográfica, profissional e de intenções comportamentais dos elementos da amostra.

De referir, a este propósito, que o MBI é um instrumento de medida largamente utilizado em diferentes contextos e populações; foi traduzido do original (versão inglesa) para a língua portuguesa e de seguida feita a sua validação qualitativa por Sá (2002), tendo o investigador obtido autorização deste autor para a sua utilização neste trabalho.

3.8.1 O Maslach *Burnout Inventory*

Segundo Sá (2002) o MBI foi criado em 1981, nos Estados Unidos da América, com o objetivo de avaliar vários aspetos hipotéticos da síndrome de *burnout*. Durante a construção da escala foram realizados, numa primeira fase, estudos exploratórios numa grande amostra de profissionais em que o contacto direto com pessoas fosse intenso. O objetivo era saber que atitudes e sentimentos caracterizavam os trabalhadores "em *burnout*"; surgia, assim, o *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS). A partir destes estudos foram escritos os itens na forma de declaração de sentimentos pessoais ou atitudes. A avaliação do modo como os trabalhadores experimentavam esses sentimentos era graduada numa escala de sete pontos que vai de 0 (nunca), 1 (algumas vezes por ano), 2 (todos os meses), 3 (algumas vezes por mês), 4 (todas as semanas), 5 (algumas vezes por semana) e 6 (todos os dias), (Maslach e Jackson, 1996). A versão final da escala tem 22 itens, distribuídos por 3 subescalas: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

A subescala **exaustão emocional** é constituída por 9 itens que se referem aos sentimentos de esgotamento emocional do indivíduo causados pelo seu trabalho. O item com maior peso relativo nesta dimensão é o que se refere diretamente ao *burnout* (item 8): "Sinto-me esgotado pelo meu trabalho" (Maslach & Jackson, 1996). Os itens que avaliam esta subescala são o 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, e 20.

A subescala **despersonalização** engloba 5 itens, descrevendo a ausência de sentimentos e o desenvolvimento de atitudes impessoais e de indiferença para com as pessoas a quem se presta ajuda, tratamentos ou serviços (Maslach & Jackson, 1996). Os itens 5, 10, 11, 15 e 22 avaliam esta subescala (refira-se que para a dimensão exaustão emocional e despersonalização, as pontuações médias elevadas correspondem a níveis elevados de *burnout*).

A subescala **realização pessoal** incorpora 8 itens que descrevem sentimentos de competência e de sucesso no trabalho com pessoas. Os itens 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21 avaliam esta subescala (contrastando com as dimensões exaustão emocional e despersonalização, pontuações médias baixas nesta subescala traduzem índices elevados de *burnout* (Maslach e Jackson, 1996)).

Importa ainda referir que o MBI não tem como output final uma classificação única segundo a qual o indivíduo será classificado como sofrendo ou não de *burnout*. Ao invés, a síndrome em si é conceptualizada como uma variável contínua, cuja variação se faz em três níveis: baixo, moderado e elevado (Maslach & Jackson, 1996). Torna-se, então, necessário proceder a uma análise das relações entre as três subescalas, sendo que:

- Um **nível baixo de *burnout*** se traduz por pontuações baixas nas subescalas exaustão emocional e despersonalização, e pontuações elevadas na realização pessoal;
- Um **nível médio de *burnout*** é representado por valores médios nas pontuações médias das três subescalas;
- Um **nível alto de *burnout*** é traduzido por pontuações altas nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização, com pontuações baixas na realização pessoal.

A existência de três subescalas do MBI (se bem que contribuindo para a sua capacidade de capturar da forma mais fidedigna o fenómeno em estudo) acaba por colocar desafios estatísticos importantes, ao gerar três pontuações para cada resposta. Após diversas tentativas vários investigadores para conjugar as pontuações das três subescalas das mais variadas formas, foram as próprias autoras do MBI que tentaram solucionar esta questão, e desenvolver uma medida unidimensional que, ainda assim, captasse o fenómeno em causa; para tal, propuseram que fosse **utilizada apenas a dimensão exaustão emocional** do MBI. Tal opção foi algo criticada na comunidade científica, mas as autoras justificaram-na com base nos seguintes pressupostos (Maslach et al, 2008):

- Todas as perspectivas teóricas sobre o *burnout* tinham a exaustão emocional como dimensão chave;
- Na literatura sobre a temática, a exaustão emocional aparece como o componente mais reportado e mais extensamente analisado desta síndrome;
- Muito frequentemente, quando indivíduos referem sofrer de *burnout* estão na realidade a referir-se à experiência de exaustão que vivenciam (Pick e Leiter, 1991);
- Além do público em geral, os profissionais e os políticos consideram também frequentemente a exaustão emocional como sinónimo de *burnout*.

Assim, na realização deste trabalho de campo (e com base nas premissas das autoras que construíram o MBI), foi considerada apenas a variável exaustão emocional, como indicador da presença de *burnout* e da sua classificação em baixo, médio ou alto nível, numa tentativa de facilitar a mensuração do fenómeno. Apesar de existirem várias críticas de outros autores a esta alternativa, e de as autoras também considerarem ser importante avaliar-se a despersonalização e realização pessoal para uma abordagem completa do fenómeno, a exaustão emocional aparece consistentemente como a mais dominante e robusta dimensão do MBI, pelo que será priorizada na análise dos dados e relação das variáveis.

No quadro 1 são apresentados os valores de referência para o MBI, para cada uma dos grupos profissionais, e para a amostra total. Considerando a população “Medicina” (engloba médicos e enfermeiros), e no caso da exaustão emocional é considerado um nível de *burnout* elevado quando existem valores acima dos 27 pontos, entre 19-26 é indicador de níveis médios e abaixo de 19 corresponde a níveis de *burnout* baixos. Quanto à despersonalização, as pontuações

superiores a 10 são níveis altos, de 6-9 médios e inferior a 6 indica um nível baixo. Por último, a realização pessoal funciona, opostamente, às anteriores, isto é, níveis maiores ou iguais a 40 é baixo, entre 34-39, médio e menor que 34 representa um nível alto de *burnout* (Maslach e Jackson, 1996).

Quadro 1 – Valores de referência do M.B.I.

Subescalas do MBI	Intervalo de <i>Burnout</i> experimentado		
	Baixo	Médio	Alto
Amostra total			
EE*	≤ 16	17-26	≥ 27
DP*	≤ 6	7-12	≥ 13
RP*	≥ 39	38-32	≤ 31
Professores do ensino elementar e secundário			
EE	≤ 16	17-26	≥ 27
DP	≤ 8	9-13	≥ 14
RP	≥ 37	36-31	≤ 30
Educadores do ensino pós secundário			
EE	≤ 13	14-23	≥ 24
DP	≤ 2	3-8	≥ 9
RP	≥ 43	42-36	≤ 35
Serviços Sociais			
EE	≤ 16	17-27	≥ 28
DP	≤ 5	6-10	≥ 11
RP	≥ 37	36-30	≤ 29
Medicina			
EE	≤ 18	19-26	≥ 27
DP	≤ 5	6-9	≥ 10
RP	≥ 40	39-34	≤ 33
Saúde Mental			
EE	≤ 16	14-20	≥ 28
DP	≤ 5	5-7	≥ 11
RP	≥ 37	33-29	≤ 29
Outros			
EE	≤ 16	17-27	≥ 28
DP	≤ 5	6-10	≥ 11
RP	≥ 40	39-34	≤ 33

Fonte: *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3rd Ed. (Maslach e Jackson, 1996), adaptado de Sá (2002).

3.8.2 Caracterização Sociodemográfica e Intenções Comportamentais

A segunda parte do questionário era composta por 10 questões destinadas a fazer uma caracterização sociodemográfica e profissional dos elementos da amostra, bem como aferir algumas intenções comportamentais. Estas questões foram adaptadas, com a devida autorização, do questionário desenvolvido por Graça (1999), que tem como fio condutor algumas teorias motivacionais e organizacionais, destinando-se a avaliar a satisfação profissional dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, administrativos e outros) a exercer funções nos centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

No que diz respeito à aplicação do presente instrumento de colheita de dados, foram tomadas e asseguradas todas as disposições necessárias para proteger os direitos e princípios de todos aqueles que participaram na investigação, como o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo e a um

tratamento justo e equitativo, antes, durante e após todo o processo (Fortin, 1999). A nível institucional, também, foram obtidas as autorizações necessárias para empregar o instrumento e para proceder com todo o estudo, após a garantia do seu anonimato.

3.9 Pré-teste do questionário

Um pré-teste possibilita uma revisão formal do questionário e da metodologia de recolha de dados que lhe está associada. Consiste, frequentemente, na aplicação do questionário a uma subamostra, pedindo colaboração para identificar possíveis problemas, nomeadamente na compreensão do questionário; esta é uma etapa de crucial importância, porquanto permite corrigir / reformular o questionário, resolver problemas e verificar a ordem e a redação das questões (Fortin, 1999). Assim, o questionário foi preenchido por 17 médicos de MGF de uma unidade do SNS (que não entrou na fase definitiva do estudo); destes, um era chefe de serviço, quatro eram assistentes graduados, sete eram assistentes e cinco eram internos do internato complementar. Foi-lhes solicitado que avaliassem a compreensão e objetividade das questões, bem como que apresentassem sugestões de melhoria.

Os resultados obtidos levaram a uma decisão de alteração da pergunta nove, por forma a melhorar a sua ulterior análise estatística, uma vez que > 90% da amostra respondeu assinalando 4 ou mais alíneas; resultou daqui o formato definitivo da pergunta, que se pode consultar no questionário, em anexo.

3.10 Validade e Fiabilidade do *Maslach Burnout Inventory*

Na avaliação da qualidade e adequação de uma escala de medição, a fidelidade interna é o principal fator considerado, definindo o grau de coerência com que determinado instrumento mede aquilo que se propõe medir; neste sentido, e segundo Polit e Hunger (1997, citados por Sá, 2002), quanto maior a fiabilidade, menor a margem de erro dos dados obtidos.

A consistência interna de um instrumento pressupõe a homogeneidade do conteúdo e prediz a sua validade e fiabilidade; a sua mensuração é habitualmente realizada pelo Coeficiente *Alpha* (α) de Cronbach, que se baseia nas correlações possíveis entre pares de itens dentro de uma mesma dimensão (Cronbach, 1951; Christmann e Van Aelst, 2006). O seu valor varia entre 0 e 1, e não obstante uma boa consistência interna dever exceder um valor de 0.80, são aceitáveis valores acima de 0.60 (Polit & Hungler, 97 Christmann e Van Aelst, 2006).

No presente trabalho, foi aferido um coeficiente *Alpha* de Cronbach que variou entre 0.83 na dimensão “exaustão emocional” e 0.53 na dimensão “despersonalização”. Estes valores são semelhantes quer ao de outros estudos nacionais e internacionais, quer ao das próprias investigadoras que criaram o instrumento, demonstrando a sua validade e adequação na avaliação do *burnout* (Sá, 2002).

3.11 Definição das variáveis a estudar

As variáveis representam aspetos relevantes dos fenómenos, pelo que é importante saber individualizá-las e utilizá-las de modo adequado na investigação. É necessária a operacionalização inicial dos conceitos formulados de forma a predispor os dados de modo correto para as operações de recolha de dados, de análise e interpretação. (Dias, 2010).

As variáveis a considerar neste estudo são essencialmente de dois tipos:

- A **variável dependente** em estudo é o *burnout* na amostra em estudo.
- As **variáveis independentes** subdividem-se em dois grupos: variáveis sociodemográficas e variáveis de intenção comportamental.
 - As **variáveis sociodemográficas** selecionadas incluem o género, grupo etário, vínculo laboral, estado civil, número de anos de profissão, número de horas de trabalho semanais, tipologia e localização da unidade onde exerce;
 - As **variáveis de intenção comportamental** incluem a perceção sobre degradação das condições de trabalho, perceção sobre causas de degradação das condições de trabalho, e intenção de mudança de trajeto profissional.

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização da amostra

4.1.1 Dados sociodemográficos e profissionais

Os médicos inquiridos pertenciam maioritariamente ao género feminino (63%), tendo uma distribuição relativamente equitativa entre os vários grupos etários definidos, embora com uma ligeira preponderância de médicos abaixo dos 35 anos em detrimento dos com mais de 55 (gráfico 1 e 2).

Gráfico 1 – Distribuição da amostra por género

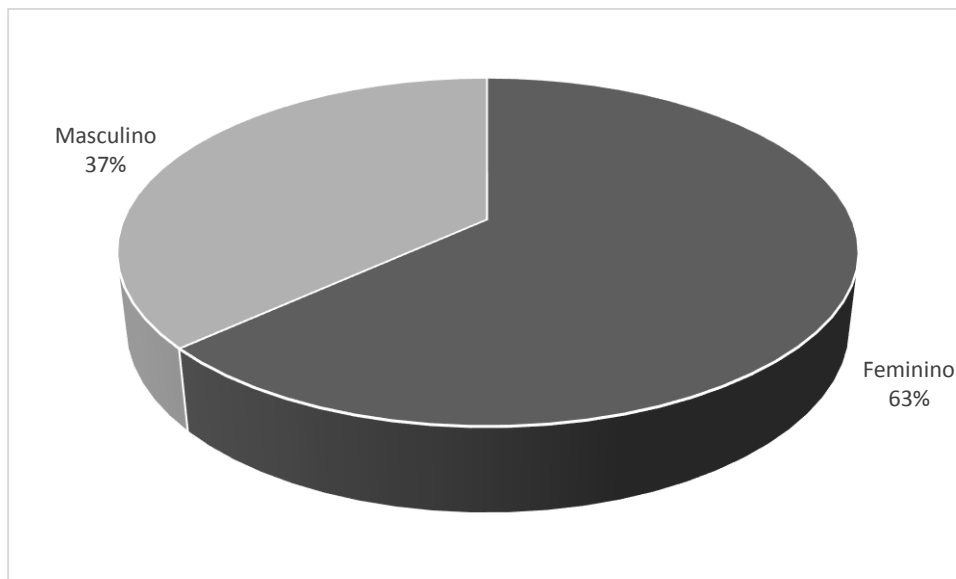
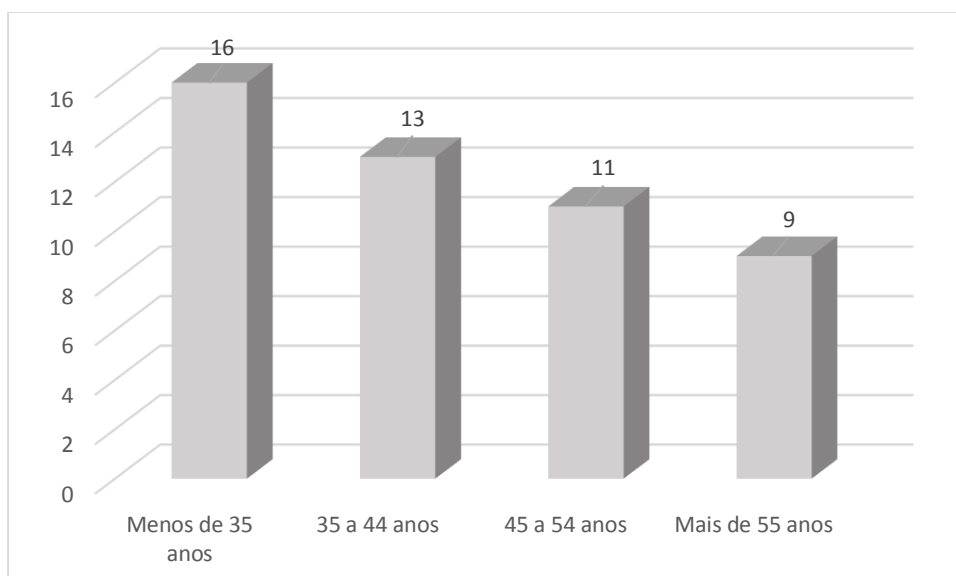
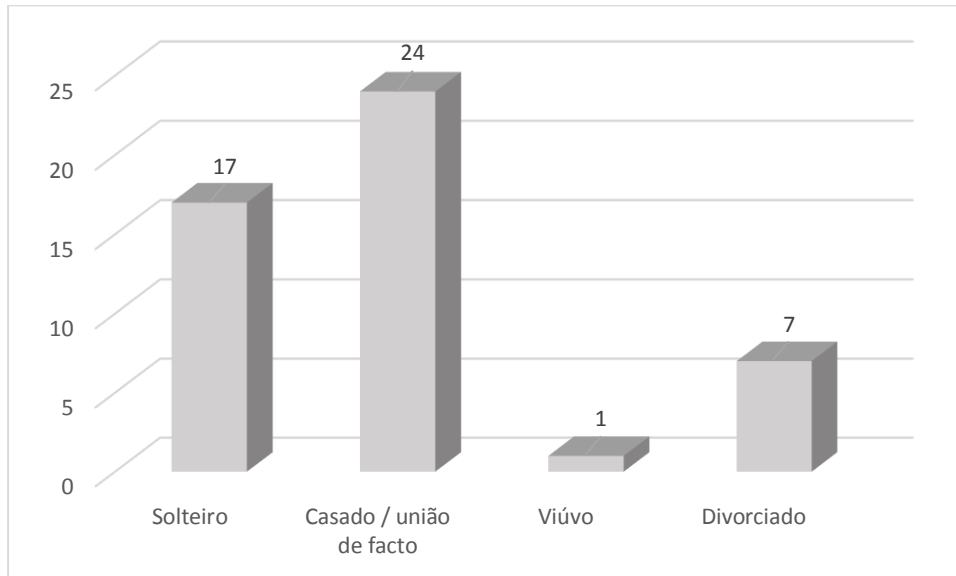


Gráfico 2 – Distribuição da amostra por grupo etário



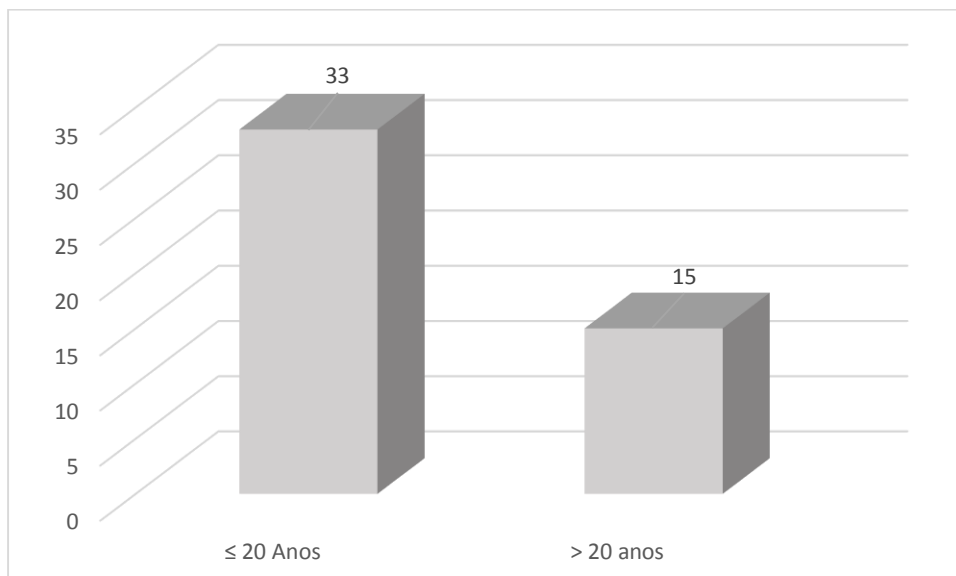
A maior parte dos inquiridos não vivia maritalmente, com 24 (49%) a estarem casados ou em união de facto (gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição da amostra por estado civil



A antiguidade profissional média é de 15.7 anos, oscilando entre 1 e 39, com 69% a terem até 20 anos de profissão (gráfico 4).

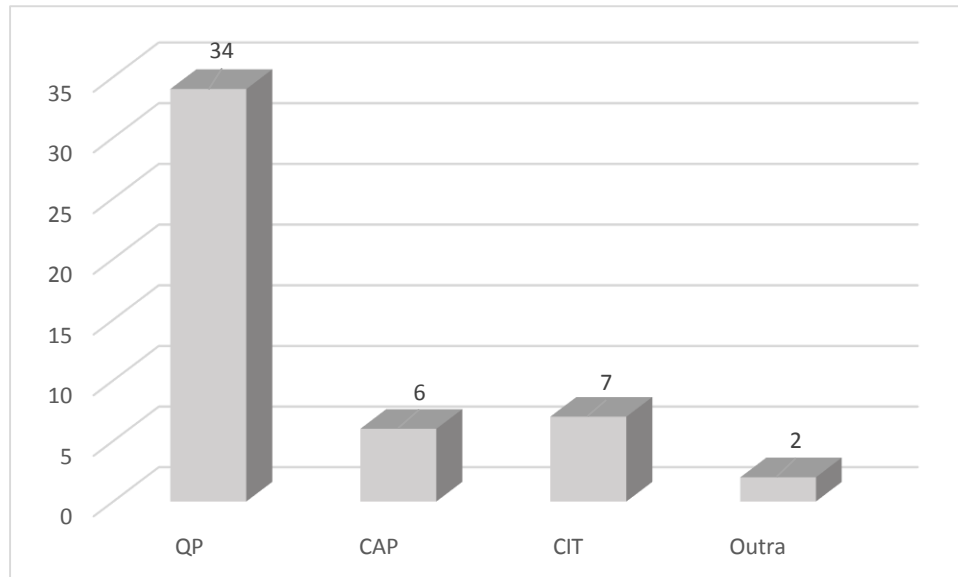
Gráfico 4 – Distribuição da amostra por antiguidade profissional (agregada)



Uma larga maioria dos inquiridos (69%) pertence aos quadros de pessoal (QP) das unidades onde desempenha funções, com cerca de um terço dos clínicos a indicar ter contrato administrativo

de provimento (CAP) ou contrato individual de trabalho (CIT). Um dos inquiridos afirmou estar contratado “a recibos verdes” e outro ter um “contrato de termo indeterminado” (gráfico 5).

Gráfico 5 – Distribuição da amostra por tipo de vínculo profissional



Os médicos inquiridos trabalhavam em média 46 horas semanais, havendo no entanto 5 clínicos a trabalhar mais de 60 horas / semana (um inquirido referiu 64 horas, três referiram 65, um referiu 70 e um outro referiu 75) (quadros 2 e 3, gráfico 6).

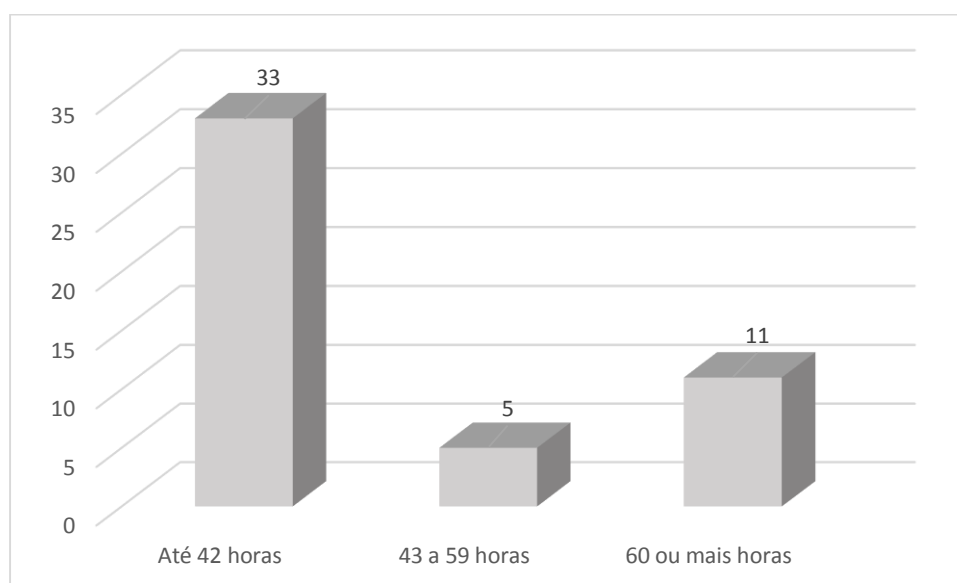
Quadro 2 – Número de horas de trabalho semanais

Horas de trabalho semanais	
Válidos	49
Omissos	0
Média	45.98
Desv. Pad.	10.53
Mínimo	35.00
1º Q.	40.00
Mediana	40.00
3º Q.	50.00
Máximo	75.00

Quadro 3 – Distribuição da carga horária semanal

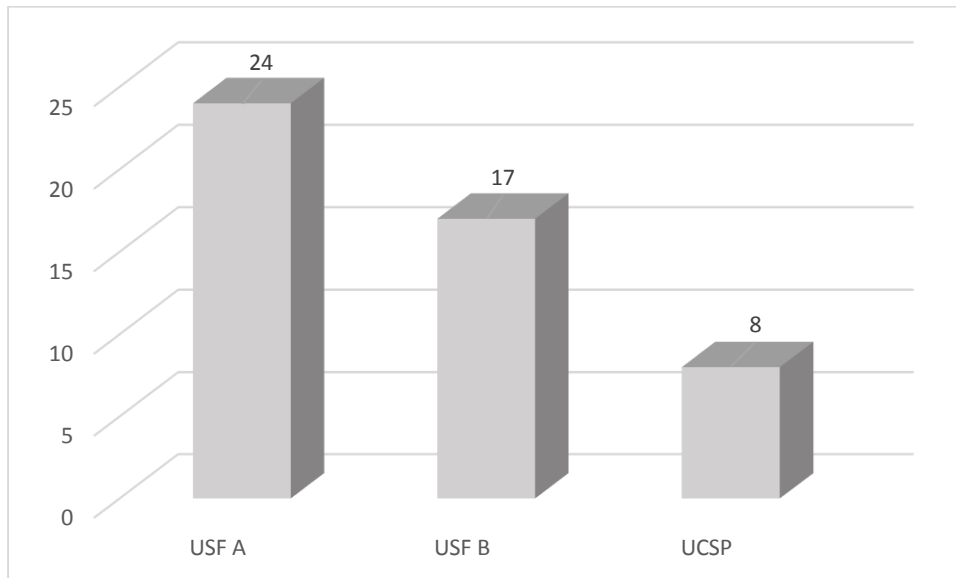
	Horas de trabalho semanais	
	N	%
35	5	10.2
40	20	40.82
42	8	16.33
44	2	4.08
48	1	2.04
50	1	2.04
52	1	2.04
60	5	10.2
64	1	2.04
65	3	6.12
70	1	2.04
75	1	2.04
Total	49	100

Gráfico 6 – Distribuição da amostra por carga horária semanal



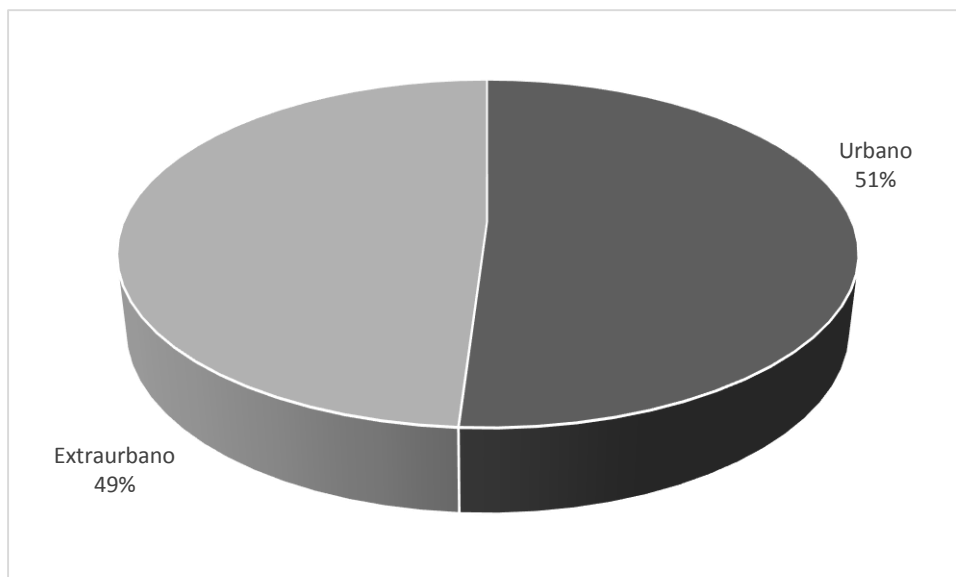
De uma forma expectável, a grande maioria dos inquiridos exercia funções numa USF (49% do tipo A; 35% do tipo B). Uma minoria (16%) exercia funções numa UCSP (gráfico 7).

Gráfico 7 – Distribuição da amostra por tipologia de unidade de saúde



Analisando o gráfico 8, podemos concluir que no que diz respeito à localização da unidade de saúde se verificou um grande equilíbrio (com 51% dos inquiridos a trabalhar numa unidade categorizada como “urbana” e 49% a trabalhar numa unidade categorizada como “extraurbana”).

Gráfico 8 – Distribuição da amostra por localização da unidade de saúde



4.1.2 Intenções comportamentais

Todos os médicos inquiridos afirmaram ter havido uma degradação das condições de exercício da profissão nos últimos cinco anos; o número excessivo de doentes na lista e o tempo insuficiente para avaliar cada um deles destacam-se claramente como as principais razões

apontadas para tal resposta (gráfico 9). Trinta e um por cento dos inquiridos afirmou que se pudesse voltar ao início consideraria mudar de profissão, com 29% a afirmar que consideraria emigrar (gráfico 10).

Gráfico 9 – Fatores de degradação das condições de exercício da profissão nos últimos 5 anos

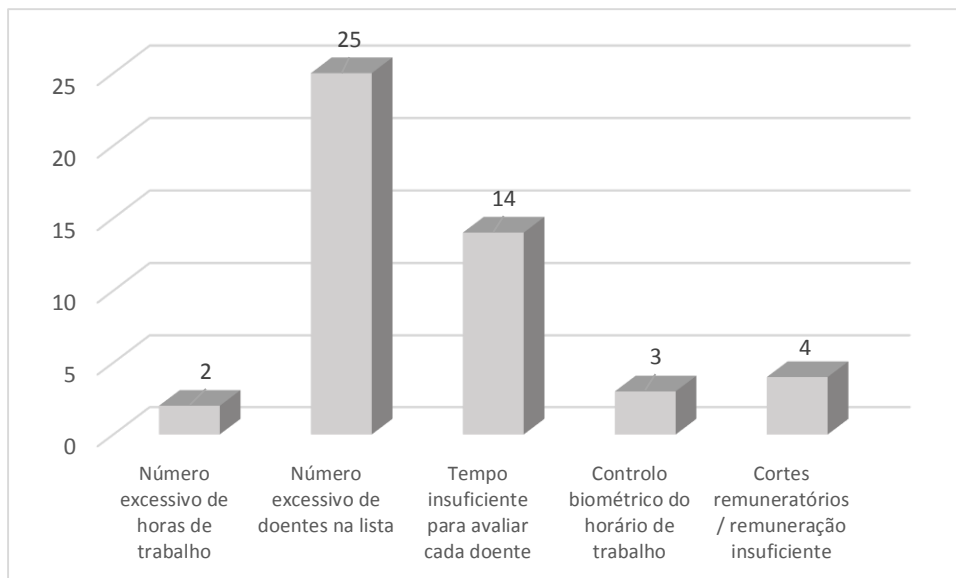
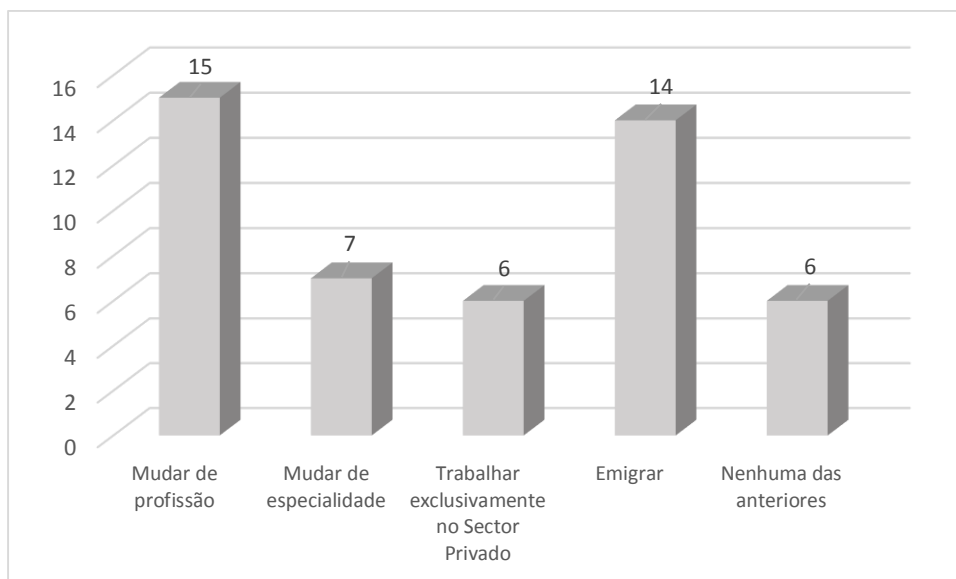


Gráfico 10 – “Se pudesse refazer o seu trajeto profissional, consideraria..”



4.2 O fenómeno do *burnout*

O quadro 4 permite analisar as pontuações no MBI, desagregadas por cada uma das suas componentes. Destacam-se a elevada proporção de inquiridos com pontuações médias e elevadas na componente exaustão emocional – a mais robusta na aferição do fenómeno em estudo. São no entanto também dignas de registo quer a elevada proporção de pontuações

elevadas na despersonalização, quer a elevada proporção de pontuações baixas na realização pessoal.

Quadro 4 - Pontuações MBI desagregadas por dimensão

	Exaustão emocional			Realização pessoal			Despersonalização		
	N	% (válidos)	% (global)	N	% (válidos)	% (global)	N	% (válidos)	% (global)
Baixo	3	6.38	6.12	34	70.83	69.39	8	17.39	16.33
Médio	8	17.02	16.33	9	18.75	18.37	6	13.04	12.24
Elevado	36	76.6	73.47	5	10.42	10.2	32	69.57	65.31
Válidos	47	100	95.92	48	100	97.96	46	100	93.88
Omissos	2	-	4.08	1	-	2.04	3	-	6.12
Total	49	-	100	49	-	100	49	-	100

Quando considerada a definição tridimensional de *burnout*, cerca de 61% dos inquiridos são considerados como tendo um nível elevado (pontuação alta na EE e DP, pontuação baixa na RP) (quadro 5). Quando consideradas as classificações baseadas apenas na exaustão emocional observa-se um aumento da prevalência do fenómeno para 76% - se considerados apenas os que pontuam “Alto” na EE. Quando consideramos em conjunto os que pontuam “Médio” e “Alto” na dimensão EE, atingimos um impressionante valor de 94% para a prevalência.

Quadro 5 - Pontuações MBI desagregadas por definição de *burnout*

EE + DP + RP		EE (Alto)			EE (Médio + Alto)		
N	%	N	% (válidos)	% (global)	N	% (válidos)	% (global)
30	61.22	36	76.6	73.47	44	93.62	89.8
19	38.78	11	23.4	22.45	3	6.38	6.12
-	-	47	100	95.92	47	100	95.92
-	-	2	-	4.08	2	-	4.08
49	100	49	-	100	49	-	100

De acordo com a premissa das autoras do MBI, na restante análise estatística deste trabalho vai ser considerada apenas a dimensão “exaustão emocional” e apenas vão ser considerados como “em *burnout*” os indivíduos que pontuaram “Alto” nesta dimensão; assim, obtemos uma prevalência de 76% para o fenómeno na amostra em causa. Ainda de acordo com esta definição unidimensional, 17% apresentarão níveis médios de *burnout* e 6% apresentarão níveis baixos do fenómeno.

4.3 Hipóteses do Estudo

Para a primeira hipótese formulada (H1: Existe diferença na prevalência de *burnout* (elevado) de acordo com o género?) resulta que:

H0: A variável *burnout* (EE) e a variável “género” são independentes;

H1: A variável *burnout* (EE) e a variável “género” não são independentes;

Do exposto no quadro 6 resulta que, para um IC de 95% ($\alpha=0.05$), não se rejeita a H0 ($p > 0.05$) e, portanto, não se rejeita a possibilidade das variáveis *burnout* (exaustão emocional) e género serem independentes.

Quadro 6 - *Burnout* e género

		<i>Burnout</i> elevado		
		Sim	Não	Total
Género	Feminino	21 (72%)	8 (28%)	29 (100%)
	Masculino	15 (83%)	3 (17%)	18 (100%)
Total		36 (77%)	11 (23%)	

Fisher's Exact Test for Count Data
p-value = 0.4921

No que diz respeito à segunda hipótese formulada (H2: Existe diferença na prevalência de *burnout* (elevado) de acordo com a faixa etária?):

H0: A variável *burnout* (EE) e a variável “faixa etária” são independentes;

H1: A variável *burnout* (EE) e a variável “faixa etária” não são independentes;

Do exposto no quadro 7 resulta então que, para um IC de 95% ($\alpha=0.05$), não se rejeita a H0 ($p>0.05$) e, portanto, não se rejeita a possibilidade das variáveis *burnout* (exaustão emocional) e faixa etária serem independentes (de notar que a variável “grupo etário” foi agregada em duas classes apenas por forma a possibilitar a aplicação de testes estatísticos).

Quadro 7 - *Burnout* e grupo etário

		<i>Burnout</i> elevado		
		Sim	Não	Total
Grupo etário	Até 45 anos	19 (68%)	9 (32%)	28 (100%)
	Mais de 45 anos	17 (89%)	2 (11%)	19 (100%)
	Total	36 (77%)	11 (23%)	

Fisher's Exact Test for Count Data
p-value = 0.159

Quanto à terceira hipótese formulada (H3: Existe diferença na prevalência de *burnout* (elevado), de acordo com o vínculo laboral?):

H0: A variável *burnout* (EE) e a variável “vínculo laboral” são independentes;
H1: A variável *burnout* (EE) e a variável “vínculo laboral” não são independentes;

Do exposto no quadro 8 resulta então que, para um IC de 95% ($\alpha=0.05$), não se rejeita a H0 ($p>0.05$) e, portanto, não se rejeita a possibilidade das variáveis *burnout* (exaustão emocional) e vínculo laboral serem independentes (de notar que a variável “vínculo laboral” foi agregada em duas classes apenas por forma a possibilitar a aplicação de testes estatísticos).

Quadro 8 - *Burnout* e vínculo laboral

		<i>Burnout</i> elevado		
		Sim	Não	Total
Vínculo	Quadro de pessoal	26 (81%)	6 (19%)	32 (100%)
	Outro	10 (67%)	5 (33%)	15 (100%)
	Total	36 (77%)	11 (23%)	

Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction
X-squared = 0.53465, df = 1, p-value = 0.4647

Quanto à quarta hipótese formulada (H4: Existe diferença na prevalência de *burnout* (elevado), de acordo com o estado civil?):

H0: A variável *burnout* (EE) e a variável “estado civil” são independentes;

H1: A variável *burnout* (EE) e a variável “estado civil” não são independentes;

Mais uma vez, do exposto no quadro 9 resulta que, para um IC de 95% ($\alpha=0.05$), não se rejeita a H0 ($p>0.05$) e, portanto, não se rejeita a possibilidade das variáveis *burnout* (exaustão emocional) e estado civil serem independentes.

Quadro 9 - *Burnout* e estado civil

		Burnout elevado		
		Sim	Não	Total
Estado civil	Casado / união de facto	18 (75%)	6 (25%)	24 (100%)
	Outro	18 (78%)	5 (22%)	23 (100%)
	Total	36 (77%)	11 (23%)	

Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction
X-squared = 3.5076e-31, df = 1, p-value = 1

Na quinta hipótese (H5: Existe diferença na prevalência de *burnout* (elevado) de acordo com os anos de profissão?):

H0: A variável *burnout* (EE) e a variável “anos de profissão” são independentes;

H1: A variável *burnout* (EE) e a variável “anos de profissão” não são independentes;

Analisando o quadro 10 conclui-se que, para um IC de 95% ($\alpha=0.05$), não se rejeita a H0 ($p>0.05$) e, portanto, não se rejeita a possibilidade das variáveis *burnout* (exaustão emocional) e anos de profissão serem independentes. (de notar que a variável “anos de profissão” foi agregada em duas classes apenas por forma a possibilitar a aplicação de testes estatísticos).

Quadro 10 - *Burnout* e anos de profissão

		<i>Bumout</i> elevado		
		Sim	Não	Total
Anos de profissão	Até 20 anos	22 (71%)	9 (29%)	31 (100%)
	Mais de 20 anos	13 (87%)	2 (13%)	15 (100%)
	Total	35 (76%)	11 (24%)	

Fisher's Exact Test for Count Data
p-value = 0.2962

Quanto à sexta hipótese formulada (H6: Existe diferença na prevalência de *burnout* (elevado) de acordo com o número de horas de trabalho semanais?):

H0: A variável *burnout* (EE) e a variável “horas de trabalho semanais” são independentes;
H1: A variável *burnout* (EE) e a variável “horas de trabalho semanais” não são independentes;

Da análise do quadro 11 resulta então que, para um IC de 95% ($\alpha=0.05$), se rejeita a H0 ($p<0.05$) e, portanto, se rejeita a possibilidade das variáveis *burnout* (exaustão emocional) e “horas de trabalho semanais” serem independentes (de notar que a variável “horas de trabalho semanais” foi agregada em duas classes apenas por forma a possibilitar a aplicação de testes estatísticos). A prevalência do *burnout* (EE) apresenta, assim, diferenças estatisticamente significativas entre os médicos que trabalham até 42 h/semana, e aqueles que trabalham um número superior a este.

Quadro 11 - *Burnout* e horas de trabalho semanais

		<i>Bumout</i> elevado		
		Sim	Não	Total
HTS	Até 42 horas	20 (65%)	11 (35%)	31 (100%)
	43 ou mais horas	16 (100%)	0 (0%)	16 (100%)
	Total	36 (77%)	11 (23%)	

Fisher's Exact Test for Count Data
p-value = 0.0085

No que diz respeito à sétima hipótese colocada (H7: Existe diferença na prevalência de *burnout* (elevado) de acordo com a tipologia da unidade de saúde?):

H0: A variável *burnout* (EE) e a variável “tipologia da unidade de saúde” são independentes;

H1: A variável *burnout* (EE) e a variável “tipologia da unidade de saúde” não são independentes;

Do exposto no quadro 12 resulta então que, para um IC de 95% ($\alpha=0.05$), não se rejeita a H0 ($p>0.05$) e, portanto, não se rejeita a possibilidade das variáveis *burnout* (exaustão emocional) e “tipologia de unidade” serem independentes (de notar que a variável “tipologia da unidade de saúde” foi agregada em duas classes apenas por forma a possibilitar a aplicação de testes estatísticos).

Quadro 12 - *Burnout* e tipologia de unidade de saúde

		Burnout elevado		
		Sim	Não	Total
Tipo	USF	21 (81%)	5 (19%)	26 (100%)
	UCSP	15 (75%)	5 (25%)	20 (100%)
Total		36 (78%)	10 (22%)	

Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction
X-squared = 0.012041, df = 1, p-value = 0.9126

Por fim, quanto à oitava hipótese colocada (H8: Existe diferença na prevalência de *burnout* (elevado) de acordo com a localização da unidade – urbano vs. extraurbano?):

H0: A variável *burnout* (EE) e a variável “localização da unidade de saúde” são independentes;

H1: A variável *burnout* (EE) e a variável “localização da unidade de saúde” não são independentes;

Do exposto no quadro 13 resulta então que, para um IC de 95% ($\alpha=0.05$), se rejeita a H0 ($p<0.05$) e, portanto, se rejeita a possibilidade das variáveis *burnout* (exaustão emocional) e “localização da unidade” serem independentes. A prevalência do *burnout* (EE) apresenta, assim, diferenças estatisticamente significativas, quando se consideram unidades de saúde em meio urbano ou extraurbano (de acordo com a categorização feita).

Quadro 13 - *Burnout* e localização da unidade

		<i>Burnout</i> elevado		
		Sim	Não	Total
Área	Urbano	23 (92%)	2 (8%)	25 (100%)
	Ext. Urbano	13 (59%)	9 (41%)	22 (100%)
	Total	36 (77%)	11 (23%)	

Fisher's Exact Test for Count Data
p-value = 0.0139

5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Os objetivos deste estudo passavam, em primeiro lugar, por aferir os níveis de *burnout* dos médicos inquiridos e determinar, em última instância, qual a prevalência do fenómeno quando considerado no seu grau de gravidade mais elevado; por outro lado, propunha-se compreender possíveis correlações entre esse *burnout* e as características sociodemográficas e aferir algumas percepções e intenções comportamentais por parte dos médicos inquiridos.

No que respeita à primeira parte dos objetivos elencados, verificamos que as respostas dadas pela amostra em causa se caracterizavam essencialmente por pontuações altas na dimensão exaustão emocional e despersonalização, com pontuações tendencialmente baixas na realização pessoal, o que encaixa de forma perfeita na definição original (tridimensional) de *burnout* proposta por Maslach; com efeito, e como exposto no capítulo prévio, se considerada a definição tridimensional (pontuação EE elevada, pontuação DP elevada, pontuação RP baixa) a prevalência do fenómeno será de 61 %.

Por outro lado, quando utilizada apenas a dimensão exaustão emocional, 76% dos inquiridos pontuam “Alto”, sendo, portanto, considerados em *burnout*. O maior estudo Europeu realizado até à data (Soler *et al*, 2008), obteve pontuações elevadas nesta dimensão, em percentagens que oscilaram entre os 30% (Espanha) e os 68% (Itália), ou seja, valores inferiores (se bem que aproximados) aos obtidos neste estudo. Esteva *et al.* (2006), por sua vez, obtiveram uma prevalência de exaustão emocional elevada em 53% da amostra, embora esta não fosse exclusivamente constituída por médicos de MGF (tinha também pediatras na sua constituição).

É importante lembrar, a este propósito, que esta investigação ocorreu antes do início da crise financeira de 2008, cujos efeitos perduram até aos dias de hoje em todos os sectores da sociedade. Esta situação trouxe à profissão um cenário de grande mudança, com aumento das exigências profissionais (sobretudo em termos quantitativos) e agravamento da escassez de recursos já existente, o que não pode ser alheio ao aumento de prevalência do *burnout*.

5.1 *Burnout* e variáveis sociodemográficas

No que diz respeito à compreensão de possíveis correlações entre esse *burnout* e as características sociodemográficas, resultou que:

5.1.1 *Burnout* e género

Segundo Cuelenaere *et al* (2001) as características laborais diferem entre os dois géneros, com as mulheres a serem mais afetadas por fatores como o mau ambiente laboral e a falta de satisfação profissional; apesar de se estimar que estes mesmos fatores afetam com a mesma prevalência os dois géneros (Bekker, 2003). Existem alguns autores, como Blackwell (1986) citado por Colford (1989) que consideram as mulheres como o sexo que experiencia mais stresse e conseqüente *burnout*, mas que por outro lado, também possuem, geralmente, mais mecanismos de *coping*. Também para a autora do MBI (Maslach, 1996) e Schaufeli (1998) as mulheres tendem a pontuar mais alto na dimensão exaustão emocional.

No presente estudo, foi utilizada uma amostra constituída predominantemente por mulheres; da análise realizada, resulta que o *burnout* (exaustão emocional) e o género se assumiram como

variáveis independentes. Estes resultados são sobreponíveis aos de Sá (2002), que estudou o *burnout* na área da enfermagem de reabilitação, concluindo também que não existiam diferenças entre géneros.

5.1.2 *Burnout* e faixa etária

Segundo a maioria dos estudos, o *burnout* parece, classicamente, afetar mais os trabalhadores mais jovens e aqueles em início de carreira (Maslach *et al*, 2001; Spickard *et al*, 2002; Soler *et al*, 2008;). Tal fato encontra explicação, para a maioria dos autores, numa maior dose de investimento/compromisso profissional nesta fase, que depois se converte em exaustão e falta de realização pessoal. Na amostra em estudo, no entanto, estas duas variáveis assumiram-se como independentes.

5.1.3 *Burnout* e tipo de vínculo profissional

De acordo com o estudo de Loureiro (2008), os trabalhadores em regime de contrato individual de trabalho ou temporário apresentavam maior exaustão emocional, possivelmente, relacionada com a instabilidade profissional, gerando insegurança e preocupação a nível individual e/ou familiar e dificuldade em perspetivar um futuro estável. Já os indivíduos que pertenciam ao quadro de pessoal apresentavam níveis baixos de exaustão emocional. Por seu lado, Sá (2002) percebeu que os profissionais de enfermagem pertencentes ao quadro institucional se sentem mais enfraquecidos emocionalmente. No presente estudo não foi encontrada relação com significado estatístico entre estas duas variáveis.

5.1.4 *Burnout* e estado civil

A relação entre o *burnout* e o estado civil não é isenta de controvérsia. Num estudo nacional realizado por Gomes *et al* (2008), os autores validaram que os profissionais casados assumem uma maior vontade de abandonar a profissão, enquanto os profissionais solteiros tendem a apresentar mais sinais e sintomas de stresse devido à instabilidade da carreira. Para Queirós (2005) ser casado poderá conferir mais propensão para exaustão emocional, uma vez que a vida familiar impõe uma sobrecarga adicional que virá agravar o problema; por outro lado, para Maslach *et al* (2001) ser casado/viver em união de facto funciona como fator protetor relativamente ao fenómeno em estudo. No presente estudo não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

5.1.5 *Burnout* e antiguidade na profissão

De forma similar o que acontece para a idade, a associação entre o *burnout* e o início da carreira encontra normalmente explicação na maior dose de investimento/compromisso que os trabalhadores depositam nos seus primeiros anos de profissão, aprendendo depois a gerir estes aspetos de forma mais eficaz à medida que vão progredindo na profissão e acumulando anos de experiência, pessoal e profissional (Vaz Serra, 1999). Não obstante, no presente estudo, as variáveis “*burnout*” e “anos de profissão” aparecem como independentes, contrariando estudos prévios (Maslach *et al*, 2001; Soler *et al*, 2008, Spickard *et al*, 2002).

5.1.6 *Burnout* e Nº de Horas de trabalho semanais

A relação entre a carga horária e a síndrome de *burnout* em médicos não é isenta de interpretações contraditórias.

Barbosa *et al* (2012) ao estudarem este aspeto em médicos quer do sector público quer do privado, não encontraram relação significativa entre as duas variáveis.

Leiter (2009) e Nishimura *et al* (2014) analisaram recentemente a relação entre a carga de trabalho e o *burnout* (recorrendo ao MBI), e concluíram que a sobrecarga de trabalho aparece como um dos principais preditores de *burnout*.

Também uma revisão feita por Van Ham *et al* (2006) encontra a carga horária como um dos principais determinantes da satisfação profissional entre médicos de MGF.

No presente estudo, existe uma maior prevalência de *burnout* nos médicos que trabalham por um período superior ao horário de trabalho regular (42h semanais), e essa diferença tem significado estatístico, como visto no capítulo anterior.

5.1.7 *Burnout* e tipologia de unidade

A implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF) foi provavelmente o aspeto mais saliente da Reforma de 2005 dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) portugueses. Estas unidades dão corpo a um modo avançado de organização baseado em equipas coesas, multiprofissionais, auto-organizadas (integrando médicos de família, enfermeiros e administrativos/secretários clínicos, cuja dimensão se subordina à população inscrita), e visam alcançar objetivos e metas de qualidade de processos e de resultados de saúde enquadradas através de uma carta compromisso contratualizada com as direções executivas dos ACES e destes com as Administrações Regionais de Saúde (ARS). Aos modelos A, B e C correspondem, progressivamente, um maior grau de autonomia, de remuneração e, naturalmente de exigência e responsabilização no cumprimento dos objetivos as que se propõem. Já as Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) têm uma missão e estrutura idêntica às USF, sendo constituídas por profissionais que optaram por não se integrar no modelo USF.

Não existe, à luz do melhor conhecimento do autor, nenhum estudo que aborde a relação entre *burnout* em Médicos de MGF e tipologia de unidade onde estes trabalham. No presente estudo, a amostra é constituída essencialmente por USF (cerca de 83% dos inquiridos trabalhavam numa unidade com esta tipologia, e aproximadamente 17% numa UCSP), sendo que as variáveis “tipologia de Unidade” e *burnout* se revelaram independentes.

5.1.8 *Burnout* e Localização da unidade

As diferenças entre desenvolver uma vida profissional em ambiente urbano e extraurbano e, sobretudo, as suas implicações na saúde dos profissionais é um tema que tem merecido a atenção da comunidade científica nacional e internacional.

Lederbogen *et al* (2011) estudou os processos neurais que medeiam a associação entre a patologia do foro da ansiedade e stresse, concluindo que as regiões corticais envolvidas nesta patologia são mais suscetíveis de ativação em pessoas que vivem em ambiente urbano. Já Peen *et al* (2008) tinham conduzido uma meta-análise onde concluíram da existência de diferenças

significativas no que diz respeito à prevalência de patologia psiquiátrica, quando analisadas populações de meio urbano e extraurbano; estas diferenças eram particularmente expressivas no que diz respeito às perturbações do humor e da ansiedade, cuja prevalência era, em alguns casos, duas vezes superior em ambiente urbano.

A prevalência do *burnout* foi, neste estudo, superior nas unidades de saúde localizadas em “ambiente urbano”, quando comparadas com as unidades localizadas em “ambiente extraurbano” – e esta diferença tem significado estatístico. Isto vai ao encontro das tendências da literatura neste tema, porquanto o *burnout* é, como mencionado, um fenómeno que possui íntima relação com o stresse.

No entanto, vale a pena recordar que, embora tenha sido feita uma divisão entre unidades urbanas e extraurbanas (de acordo com os critérios mencionados) entre todas as unidades acaba por existir alguma proximidade geográfica, condicionada pela decisão de realizar este estudo apenas na área metropolitana de Lisboa.

5.2 *Burnout* e intenções comportamentais

No que diz respeito às perceções e intenções comportamentais, existem dois aspetos do presente trabalho que importa reter:

- Todos os médicos inquiridos afirmam uma perceção de degradação das condições de trabalho, sendo relativamente consensuais nas razões apontadas para tal, e que se prendem com aspetos relacionados a uma carga excessiva de trabalho;
- Cerca de dois terços dos médicos inquiridos referem que, se pudessem refazer o seu trajeto profissional, não escolheriam novamente a profissão ou, pelo menos, optariam por exercê-la fora de Portugal.

Estes resultados, ainda que de alguma forma expectáveis (face à elevada pressão que tem recaído sobre a profissão nos últimos anos), não deixam de ser chocantes, num país em plena crise económica e onde 12% da população não tem médico de família.

Os principais fatores de degradação das condições profissionais apontados pelos inquiridos (excessivo número de doentes na lista e falta de tempo para avaliar cada doente, tinham já sido apontados por outros autores (Haas, 2001; Van Ham *et al*, 2006)).

Por sua vez, o papel da exaustão emocional no elevado *turnover* profissional na área da saúde foi recentemente estudado a nível internacional (Suñer-Soler *et al*, 2014; Thanacoody *et al*, 2014), tendo esta dimensão sido implicada como um claro passo na direção do abandono da profissão, por parte do indivíduo em *burnout*.

Recuando alguns anos, encontramos um estudo da ARS de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT, 2004), que verificou que nos centros de saúde desta ARS a satisfação profissional era neutra (“nem satisfeito nem insatisfeito”), o que remetia já para uma situação de «desligado», sugestiva de *burnout*; ademais, 34% dos clínicos estariam motivados para deixarem a carreira e 9% para abandonarem a profissão. Já um estudo mais recente realizado em 16 centros de saúde de norte a sul do país (Osvaldo, 2007) concluiu existir clara insatisfação profissional por parte dos médicos que ali trabalhavam; importa notar que ambos os estudos foram realizados antes da crise financeira, pelo que os seus resultados se tornam duplamente alarmantes.

5.3 Limitações e sugestões

A primeira crítica passível de ser tecida a este trabalho prende-se com a sua natureza temporal; de facto, sendo um estudo transversal, existiu uma recolha de dados sobre a exposição e o desfecho simultaneamente e, portanto, há uma dificuldade em estabelecer uma relação temporal entre eles. Dessa forma, uma condição *sine qua non* para que o fator A seja causa do fator “B”, é que “A” tenha antecedido “B”. Assim, investigações com recorte único no tempo possuem menor capacidade para estabelecer relações de causa e efeito, podendo apenas ser estabelecidas algumas inferências quanto a potenciais associações entre fatores.

Acrescente-se, no entanto, que ainda que a metodologia longitudinal permita uma melhor validação de hipóteses formuladas (Zapf, Dormann & Frese, 1996), existem ainda muito poucos estudos longitudinais sobre *burnout* em médicos de MGF.

O tamanho da amostra utilizada é outra limitação, quando se aspira a extrapolar conclusões do estudo para a população global de médicos de família. Segundo dados da Ordem dos Médicos, existiam em 2014, 6155 médicos especialistas em MGF em Portugal, pelo que os 49 médicos que colaboraram neste estudo representam <1% da população em causa.

A questão da distribuição geográfica da amostra é outra limitação, uma vez que seria desejável uma amostra em que existissem unidades de saúde de todo o país, e não apenas da capital e regiões limítrofes.

Seria importante, ainda, além de aumentar a amostra e torná-la (mais) representativa da população em estudo, associar outros instrumentos de medida que nos permitissem conhecer de forma mais aprofundada a amostra em causa, nomeadamente no que à sua saúde mental diz respeito. Ademais, talvez devesse ser também incluída no planeamento de futuros estudos a avaliação de aspetos de personalidade, como o *locus* de controlo.

6. CONCLUSÕES

Se é verdade que poucas vezes as expectativas se traduzem na realidade, no caso dos médicos, as elevadas expectativas são essenciais para enfrentar as pesadas exigências da profissão (e aqui encontramos, provavelmente a raiz do problema).

A seleção para a admissão no curso implica um estoicismo precoce, e essa conduta sacrificial mantém-se durante o longo e duro tempo de formação, que não encontra igual em nenhuma outra profissão. Não obstante, o diploma de médico apenas renova o ciclo de sofrimento (agora com exigências e responsabilidades acrescidas por parte de doentes, colegas, família e sociedade), bem como a percepção de que «faça-se o que se fizer tal nunca é suficiente».

À partida, o médico espera reconhecimento dos doentes (que, ou não o expressam ou, se o fazem, esperam disponibilidade total), espera valorização da identidade e do significado da tarefa (mas pessoas não habilitadas praticam atos médicos, a crítica social espolia-o, a administração subdimensiona-o), espera autonomia na «arte» (e vê-se confrontado com espartilhos burocráticos e normativas defensivas), espera parceria dos colegas (que estão, também eles, em *burnout*), espera retribuição quanto ao *status* (e constata-se como «operário da saúde»).

Os médicos de família são responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados (independentemente da idade, sexo ou afeição), prestando cuidados ao doente no seu contexto familiar, comunitário e cultural – mas apesar disto, acabam por ser das especialidades menos reconhecidas por doentes, colegas de profissão e decisores políticos. Assim, todo este quadro se exponencia na especialidade de Medicina Geral e Familiar que, no limite, funcionam como porta de entrada no SNS.

No entanto, o facto de o sentimento de exaustão (física e, sobretudo, emocional) ser comum nos médicos de MGF não o torna normal. O *burnout* não é benigno nem tão pouco temporário: pode, ao invés, gerar perturbações de ansiedade, depressão, abuso de substâncias, adição e, em casos extremos, suicídio. As consequências deste fenómeno estendem-se muito para lá da vida profissional, prejudicando a vida pessoal e familiar dos que dele sofrem. Ademais, é certo e seguro que esta patologia se vai repercutir na qualidade dos cuidados prestados.

Não podemos tampouco ignorar as consequências económicas deste fenómeno; considerando que a formação de um médico em Portugal custa, em números redondos 100.000€ (formação pré-graduada) e 300-400.000€ (formação pós-graduada), um médico que abandone a profissão, o SNS ou emigre (por exemplo) representa uma perda económica avultada. Ademais, doentes tratados de forma errada impõem também uma sobrecarga económica importante (além dos custos humanos, impossíveis de traduzir em números).

Sendo sobejamente conhecidas as causas do fenómeno, importa então colocar o enfoque na sua prevenção: hábitos de exercício físico, alimentação saudável, meditação, férias regulares, aprender a “dizer não” às infundáveis solicitações, estabelecer os seus próprios limites, e aprender a reconhecer os sintomas de *burnout* e a pedir ajuda, são apenas algumas das estratégias desejáveis para lidar com este fenómeno.

A *St. Paul Fire and Marine Insurance Company* (multinacional americana da área dos seguros) conduziu vários estudos sobre os efeitos de programas de prevenção de stresse em ambiente hospitalar. As atividades incluíam formação (para a gestão e o pessoal de saúde) na área do

stress profissional, mudanças nas políticas de gestão do hospital no sentido de reduzir fontes de stress organizacional e o estabelecimento de programas de suporte para o pessoal. Em alguns estudos a frequência dos erros de medicação diminuiu 50% depois do programa de gestão de stress ser implementado num hospital de 700 camas. Num outro estudo, houve uma redução de 70% nas queixas por má-prática, em 22 hospitais que implementaram programas deste género, por oposição ao grupo de 22 hospitais que serviu de controlo, no qual não foi implementado qualquer programa, e no qual não se verificou qualquer redução nas queixas mencionadas.

Os planos individuais de gestão de stress no ambiente de trabalho podem e devem ser incentivados, mas as mudanças organizacionais nesse mesmo sentido serão sempre muito mais eficazes, porque se direcionam à raiz do problema do stress em ambiente laboral. Esta premissa resulta algo simplista, porquanto não existem manuais ou protocolos para o desenvolvimento de programas de redução de stress laboral. Ao invés, cada organização tem de “olhar para dentro”, e perceber quais os aspetos que tem mais facilidade e interesse em mudar.

Há, portanto, que identificar estratégias e intervenções (individuais e institucionais) possíveis de implementar no sentido de promover a saúde destes profissionais, através da prevenção e gestão do *burnout* no local de trabalho.

De facto, um contexto de trabalho salutar traz benefícios a todos os implicados. O projeto «Hospitais Promotores da Saúde», segundo a declaração de Budapeste, traduzia, já em 1991, este objetivo - «fazer do hospital [alargue-se a filosofia aos centros de saúde] um modelo quanto a serviços e locais de trabalho saudáveis». Concretizando: (a) melhoria do ambiente físico e psicossocial; (b) melhoria das condições de trabalho; (c) informação, clareza de comunicação, previsibilidade, participação e autonomia com responsabilização, reconhecimento e prática das competências específicas, adequação entre estatuto e papel desempenhado, possibilidade de desenvolvimento na carreira, são algumas das medidas organizacionais a implementar (OMS, 1991). Volvido um quarto de século, o caminho a percorrer é ainda longo.

O mundo empresarial, por seu lado, proporciona uma oportunidade ímpar de aprendizagem que deveria ser aproveitada pelas organizações de saúde; os gestores de empresas de topo sabem que os trabalhadores satisfeitos produzem mais e melhor, “vestem a camisola”, percorrem o “*extra mile*” e percebem o valor inestimável que tal pode ter para uma organização. Assim, nas grandes empresas é promovida uma clara separação entre a vida profissional e extraprofissional do trabalhador; existem dias de confraternização, longe da organização, nos quais os trabalhadores podem estabelecer laços que depois são preciosos no dia-a-dia laboral; os trabalhadores têm benefícios em *health-clubs*, sendo por isso incentivados à prática de exercício físico; existem horários flexíveis e uma constante tentativa de desburocratizar (e assim otimizar) processos; existem reuniões regulares que promovem o debate e apoio interpares.

Em resumo, no mundo empresarial a satisfação / bem-estar global (ou, se quisermos, a saúde – em sentido lato) dos trabalhadores é valorizada e ativamente procurada; o que nos faz pensar, que tipo de organizações de saúde temos nós, que desvalorizam a saúde daqueles que a compõem? Numa era em que os hospitais procuram cada vez mais comportar-se como empresas, talvez seja altura de aprender esta preciosa lição com o mundo empresarial.

Se não os fizermos, iremos sofrer. E, connosco, os nossos doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AASLAND, O.; EKEBERG, O.; SCHWEDER, T. - Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. **Social Science and Medicine**, Vol. 52, nº 2 (2001), p. 259-265.

ANDREWS, G. *et al.* - The Mental Health of Australians. [Em linha]. Canberra: Mental Health Branch, Commonwealth Department of Health and Aged Care (1999). [Consult. 22 Fev 2015]. Disponível em <http://alcohol.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/404ref.htm>.

ARNETZ, B. *et al.* - Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. **Acta Psychiatrica Scandinavia**. 75 : 2 (1987) 139-143.

BAKER, M.; WILLIAMS, J.; PETCHEY, R. - GPs in principle but not in practice: A study of vocationally trained doctors not currently working as principals. **British Medical Journal**. 310 : 6990 (1995) 1301-1304.

BAKKER, A. *et al.* - Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. **Journal of Vocational Behavior**. 62 - 3 (2003) 341-356.

BARBOSA, F. *et al.* - *Burnout syndrome and weekly workload of on-call physicians: cross-sectional study*. **São Paulo Medical Journal**. 130 - 5 (2012) 282-288.

BARKER, C.; PISTRANG, N. - Psychotherapy and social support: Integrating research in psychological helping. **Clinical Psychology Review**. 22 - 3 (2002) 361-379.

BEKKER, M. - Vrouwen, arbeid en gezondheid [Women, work and health]. In Schaufeli, W.; Bakker, A., ed. lit. - *De psychologie van Arbeid en Gezondheid*. The Netherlands: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006. 409-421.

BERG, A.; BELL, C.; TUPIN, J. — Clinician safety: Assessing and managing the violent patient. **New Directions in Mental Health Services**. 2001 : 91 (2001) 107-127.

BLONDELL, R. — Impaired physicians. **Primary Care**. 1 : 2 (1993) 209-219.

BOLSOVER, G. — Doctors who are unsympathetic to colleagues who are psychological vulnerable. **British Medical Journal**. 321 : 7261 (2000) 635--636.

BRITT, H. *et al.* - General Practice Activity in Australia 2003-04. [Em linha]. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare. General Practice Series. Nº GEP 16 (2004) [Consult. 15 Mar 2015]. Disponível em: <http://tinyurl.com/qhvru5m>.

BRYMAN, A.; CRAMER, D. - *Análise de dados em ciências sociais. Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. 2ª ed. Oeiras: Editora Celta, 1992. 79-96.

CACTEAMCS - Comissão de Avaliação das Condições Técnicas para o Exercício da Actividade dos Médicos dos Centros de Saúde - da ARSLVT: Qual o grau de satisfação dos médicos dos centros de saúde?. **Revista Ordem dos Médicos**. 20 : 46 (2004) 22-25.

CENTER, C.; DAVIS, M.; DETRE, T. - Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. **Journal of the American Medical Association**. 289 - 23 (2003) 3161-3166.

CHRISTMANN, A.; VAN AELST, S. - Robust estimation of Cronbach's alpha. **Journal of Multivariate Analysis**. 97 : 7 (2006) 1660–1674.

COHEN, F. - Stress and bodily illness in stress and coping an anthology. 2nd Ed. New York: Columbia University Press, 1985. 40-54.

CARTWRIGHT, S.; COOPER, C. - Managing workplace Stress. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, 1997.

COLFORD, J.; et al The Ravelled Sleeve of Care. Managing the stresses of residency training. **Journal of the American Medical Association**. 6 : 261 (1989) 889-893.

COOPER, C. L., Marshall, J. - Fontes ocupacionais de stress: Uma revisão da literatura relacionada com doenças coronárias e com saúde mental. **Análise Psicológica**, 2 : 3 (1982) 153-170.

CRAIG D. *et al* - *Burnout: The Health Care Worker as Survivor*. [Em linha] **AIDS Read**. 14 : 10 (2004) [Consult. 23 Mai 2015]. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/494355>.

CRONBACH, L.- Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**. 16 : 3 (1951) 297 – 332.

CUELENAERE, B.; BINNENDIJK, S.; VAN, G - De WAO-beoordeling van 12 maandszieken [The assessment of work incapacity after one year of sickness absence]. Amsterdam, The Netherlands: LISV (2001).

DANTAS, E. - A relação entre a saúde organizacional e a síndrome de *burnout*. Dissertação para pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2003.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. - Evaluacion conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica e de la salud. Madrid: Ediciones Pirâmide (1994).

FIRTH-COZENS, J.; PAYNE, R. — Stress in Health professionals. London : Wiley, 1999.

FOLKMAN, S., LAZARUS, R. - Stress, appraisal and coping, 1^a ed. New York: Springer Publishing Company (1982).

FORTIN, MF. - O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda (1999).

FRALICK, M.; FLEGEL, K. – Physician *burnout*: Who will protect us from ourselves? [Em linha] Canadian Medical Association Journal. [Consult. Abr 2015]. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/content/early/2014/06/02/cmaj.140588.full.pdf>.

FRASQUILHO, M. – Medicina, uma jornada de 24h? Stress e *burnout* em médicos: prevenção e tratamento. **Saúde mental**. 23 : 2 (2005) 89-98.

FREUDENBERGER, H. - Staff Burn-Out. **Journal of Social Issues**. 30 : 1 (1974) 159-165.

GARCIA, M. - *Burnout* professional en organizaciones. **Boletín de psicología**. 29 : 1 (1990) 7-27.

GOETZEL, RZ. *et al* - The relationship between modifiable health risks and health care expenditures: an analysis of the multi-employer HERO health risk and cost database. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**. 40 - 10 (1998) 843-854.

GOLEMBIEWSKI, R.; MUNZENRIDER, R.F.; STEVENSON, J.G. - Stress in organizations: Towards a phase model of *burnout*. New York: Praeger (1986).

GOMES, A. R., *et al* - Stresse, saúde física, satisfação e "*burnout*" em profissionais de saúde: análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar. In PEREIRA, M.G.; SIMÕES, C.; MCINTYRE, T. (Orgs.) - Actas do II congresso família, saúde e doença: Modelos, investigação e prática em diferentes contextos de saúde (2ª ed.) Braga: Universidade do Minho, 2008. 178-192.

GONZÁLEZ-MORALES, M. *et al*. - Perceived collective *burnout*: a multilevel explanation of *burnout*. **Anxiety, Stress & Coping**. 25 : 1 (2011) 43-61.

GROENEWEGEN P.; HUTTEN J. - Workload and job satisfaction among general practitioners: a review of the literature. **Social Science & Medicine**. 32 : 10 (1991) 1111-1119.

HAAS, J. Physician Discontent. **Journal of General Internal Medicine**. 16 : 7 (2001) 496–497.

HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE — HSE — Occupational stress statistics information sheet. [Em linha]. Great Britain, 2003. [Consult. 11 Fev 2015]. Disponível em: www.hse.gov.uk/statistics/index.htm.

HOUKES, I. *et al* – Specific determinants of *burnout* among male and female general practitioners: A cross lagged analysis. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**. 81 : 2 (2008) 249-276.

LABRADOR, J.; CRESPO, M. - Evaluacion del estrés. In Balesteros, R. F., ed. lit. - Evaluacion conductal hoy: un enfoque para el cambio en psicologia clínica e de la salud. Ediciones Pirâmide, Madrid, 1994.

LAZARUS, S. *et al* - Stress and Coping, an Anthology, 2ª ed., New York: Columbia University Press (1985).

LEAL, F. – Stress e *burnout*. Dissertação elaborada no Âmbito de Mestrado em Saúde Ocupacional na Faculdade de Medicina da universidade de Coimbra, 1996.

LEDERBOGEN, F. *et al.* - City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. **Nature**. 474 : 7352 (2011) 498-501.

LEITER, M.; SCHAUFELI, W.; MASLACH, C. – *Burnout*: 35 years of research and practice. **Career Development International**. 14 : 3 (1996) 204 – 220.

LENS, P.; VAN DER WAL, G. - Problem doctors: A conspiracy of silence, 1ª ed. Amsterdam: IOS Press, (1997).

LOUREIRO, H. *et al* – *Burnout* no trabalho. **Referência**. 2 : 7 (2008) 33-41.

MARTINS, M. C. – **Saúde Mental nas Instituições Hospitalares**. Tese mestrado em Ativação do Desenvolvimento Psicológico, Univ. de Aveiro, 1998.

MARTINS, M. J. *et al.* - Satisfação com a Especialidade entre os Internos da Formação Específica em Portugal. **Acta Médica Portuguesa**. 28 : 2 (2015) 209-221.

MASLACH, C. - *Burnout: The Cost of Caring*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall (1982).

MASLACH, C.; JACKSON, S.; LEITER, M. - Maslach *Burnout* Inventory manual, 3ªed. California: Consulting psychologists press, Inc, 1996.

MASLACH, C.; LEITER, M.P.; SCHAUFELI, W.B. Measuring *burnout*. In Cooper, C. and Cartwright, S., ed. lit. - The Oxford Handbook of Organizational Wellbeing. New York: Oxford University Press, 2008. 86-108.

MEAD, N.; BOWER, P. - Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. **Social Science & Medicine**. 51 : 7 (2000) 1087-1110.

MENDES, A. C. - Síndrome de *burnout* em enfermeiros de psiquiatria: Contributo para o estudo dos factores do ambiente e da pessoa para o seu desenvolvimento. In Dossier Saúde e Desenvolvimento. Coimbra: Edição Formasau, 1996.

MILLER, N.; MCGOWEN, R. - The painful truth: physicians are not invincible. **South Medical Journal**. 93 : 10 (2000) 966-973.

MOLINA, O. - Estresse no cotidiano. São Paulo: Pancast Editora, 1996.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (NIOSH) - Stress...At Work. [Em linha]. Centers for disease Control and Prevention. Columbia Parkway: NIOSH Homepage Nº 99-101. [Consult 15 Jan 2015]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101>.

NISHIMURA, K. *et al.* - Cross-sectional survey of workload and *burnout* among Japanese physicians working in stroke care: the nationwide survey of acute stroke care capacity for proper designation of comprehensive stroke center in Japan (J-ASPECT) study. **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes.** 7 : 3 (2014) 414-22.

PECKAM, C. - Medscape Physician Lifestyle Report 2015. [Em linha]. New York. [Consult. Jan 2015]. Disponível em: <http://tinyurl.com/npevzvg> .

PEEN J. *et al.* - The current status of urban–rural differences in psychiatric disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavia.** 121 : 1 (2010) 84–93.

PHYSICIAN LIFESTYLE REPORT 2015. [Em linha]. [Consult. Abr 2015]. Disponível em: <http://www.medscape.com/sites/public/lifestyle/2015>.

PINES, A.; ARONSON, E. (1989) - *Career Burnout: Causes and cures*. New York, The free Press, 1989.

PRINS, JT., *et al.* - *Burnout* and engagement among resident doctors in the Netherlands: a national study. **Medical Education.** 44 : 2 (2010) 236–247.

PICK, D.; LEITER, M. - Nurses' perceptions of the nature and causes of *burnout*: a comparison of self-reports and standardized measures. **Canadian Journal of Nursing Research.** 23 : 3 (1991) 33–48.

POLIT, D. F. & HUNGLER, B. P. - *Investigacion cientifica en Ciências de la Salud*. McGraw-Hill Interamericana, 1997.

QUEIRÓS, P. - *Burnout* em enfermeiros: Comparação de três grupos. Dissertação de mestrado em Saúde Ocupacional apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 1997.

QUEIRÓS, P. - *Burnout* no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses. 1ª Ed. Coimbra: Edições Sinais Vitais, 2005.

REINO UNIDO. HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE — HSE — Occupational stress statistics information sheet, 2003.[Consult. Jun 2015]. Disponível em: www.hse.gov.uk/statistics/index.htm.

ROUNTREE, B. - Psychological *burnout* in task groups. **Journal of Health and Human Resources Administration.** 7 : 2 (1984) 235-248.

SÁ, L. - *Burnout* e Controlo sobre o Trabalho em Enfermagem Oncológica. Tese apresentada para obtenção do grau de mestre em Psiquiatria e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2002.

SAUTER S. *et al* - Psychosocial and organizational factors. [Em linha]. Encyclopaedia of Occupational Health and Safety. [Consult. Jun 2015]. Disponível em: <http://www.ilocis.org/documents/chpt34e.htm>.

SCHATTNER, P.; COMAN, G.J. - The stress of metropolitan general practice. **Medical Journal of Australia**. 169 : 1 (1998) 133-137.

SCHAUFELI, W.; ENZMANN, D. - The *Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis, 1998.

SCHAUFELI, W. - *Burnout in health care*. In Carayon, P., ed. lit.- Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety, 2nd ed. Florida: CRC Press, 2007. 217–232.

SCHAUFELI, W. *et al.* Stability and change in *burnout*: A 10-year follow-up study among primary care physicians. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**. 84 : 2 (2011) 248-267.

SCOTT, C.; HAWK, J. - Heal thyself: the health of healthcare professionals. New York: Brunner-Mazel, 1986.

SELYE, H. - The Stress of Life - Revised Edition. Colorado: McGraw-Hill, 1978.

SEMMER, N. – Recognition and respect at work as predictors of occupational health and well being. In WHO, Geneva, 14 February 2007.

SHANAFELT, T. *et al* - *Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population*. **Archives of Internal Medicine**. 172 : 18 (2012) 1377-1385.

SOLER J. *et al* - *Burnout in European family doctors: the EGPRN study*. **Family Practice**. 25 : 4 (2008) 245-265.

SPICKARD A.; GABBE S.; CHRISTENSEN J. - Mid-career *burnout* in generalist and specialist physicians. **Journal of the American Medical Association**. 288 : 12 (2002) 1447-1450.

SUÑER-SOLER, R. *et al* - The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. **Burnout Research**. 1 : 2 (2014) 82-89.

SUTHERLAND, V. - Stress and the new contract for general practitioners, **Journal of Managerial Psychology**. 10 : 3 (1995) 17-28.

SWANSON, V.; POWER, K.G.; SIMPSON, R.J. - , Occupational stress and family life: A comparison of male and female doctors. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, 71 (1998), p. 237-260.

TALBOTT, G.; BENSON, D.; BENSON, E — Impaired physicians : the dilemma of identification. **Postgraduate Medicine**. 68 (1980) 56-64.

TOOMINGAS, S. - **The health among Swedish healthcare workers**. Occupational health for health care workers: a practical guide. Amsterdam : Elsevier, 2003.

VAN HAM, I. *et al* - Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. **European Journal of General Practice**. 12 : 4 (2006) 174-180.

VAZ SERRA, A. - O stress na vida de todos os dias - 1ª Edição. In A.V. Serra ed. lit. Coimbra, 1999.

WARNER, D. *et al* - Substance use disorder among anesthesiology residents, 1975-2009. **Journal of the American Medical Association**. 310 : 21 (2013) 2289-2296.

WELLS, K. *et al* — Do physicians preach what they practice? A study of physician's health habits and counselling practices. **Journal of the American Medical Association**. 252 : 20 (1984) 2846-2848.

WEST, P. *et al* - Why are doctors so unhappy? **British Medical Journal**. 322 : 7298 (2001) 1361-1369.

WHO - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2007.

WINEFIELD, H.; MURRELL, T. - Speech patterns and satisfaction in diagnostic and prescriptive stages of general practice consultations. **British Journal of Medical Psychology**. 64 : 2 (1991) 103-115.

WINEFIELD, H. - Doctor-patient communication: An interpersonal helping process. **International Review of Health Psychology**, 2 : 1 (1992) 167-187.

WINEFIELD, H. - Counselling work in normal general practice: An analysis of Australian consultations. **Journal of Health Psychology**. 1 : 2 (1996) 223-234.

WINEFIELD, H. - Work stress and its effects in General Practitioners. In Dollard, M., Winefield A. and Winefield, H., ed. lit. - Occupational stress in the service professions. London: Taylor & Francis, 2003. 191–212.

ZAPF, D.; DORMANN, C.; FRESE, M. - Longitudinal studies in organisational stress research: A review of the literature with reference to methodological issues. **Journal of Occupational Health Psychology**. 1 : 2 (1996) 145–169.

ZAPF, D. *et al* - Emotion work and job stressors and their effects on *burnout*. **Psychology and Health**. 16 : 5 (2001) 527-545.

ANEXOS

**ANEXO I - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTO
DE RECOLHA DE DADOS**

[Imprimir](#)[Fechar](#)

RE: Autorização para utilização de Instrumento de Recolha de dados

De: **Luis Sá** (lsa@porto.ucp.pt)
Enviada: segunda-feira, 23 de fevereiro de 2015 19:10:21
Para: **Filipe Bernardo** (filippe7@hotmail.com)

1 anexo

Sá & Fleming, 2008. Bullying, burnout and mental health among portuguese nurses.pdf (132,6 KB)

Caro Filipe, muito boa tarde.

Fico contente pelo seu interesse no estudo do burnout nos profissionais de saúde.

Sim fiz a tradução e a adaptação do MBI. Embora nunca tivesse publicado o estudo dessa adaptação, o percurso está resumido na tese.

Ainda assim, e porque estive envolvido em outros estudos sobre a temática, nomeadamente em profissionais de saúde em Cuidados paliativos, e, se for essa também a sua amostra, é possível que o possa ajudar também.

Seja como for, está autorizado a usar a versão do MBI que adaptei. Ela está disponível na tese de Mestrado.

Aproveito para lhe reencaminhar outro artigo, que talvez conheça já.

Atenciosamente,

Luís Sá

De: Filipe Bernardo [mailto:filippe7@hotmail.com]
Enviada: segunda-feira, 23 de Fevereiro de 2015 16:49
Para: Luis Sá
Assunto: Autorização para utilização de Instrumento de Recolha de dados

Bom dia Professor,

O meu nome é Filipe Bernardo, sou médico Fisiatra e encontro-me de momento a realizar o Curso de Especialização em Administração Hospitalar na Escola Nacional de Saúde Pública.

Escolhi como tema para o meu trabalho final, o "Burnout nos médicos de Medicina Geral e Familiar da área da grande Lisboa".

Assim sendo, deparei-me durante a revisão bibliográfica com vários trabalhos da sua autoria, entre os quais este:

"SÁ, L. – Burnout e Controlo sobre o trabalho em Enfermagem Oncológica. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade do Porto, 2002".

Visto que pretendo aplicar o Maslach Burnout Inventory como instrumento de recolha de dados, venho por este meio pedir a sua autorização para utilizar a adaptação feita por V. Ex^a do mesmo no trabalho supra citado.

Grato desde já pela atenção dispensada,

Com os melhores cumprimentos,

Filipe Manuel Rosa Bernardo

AVISO DE CONFIDENCIALIDADE

Esta mensagem (incluindo quaisquer anexos) pode conter informação confidencial ou legalmente protegida para uso exclusivo do destinatário. Se não for o destinatário pretendido da mesma, não deverá fazer uso, copiar, distribuir ou revelar o seu conteúdo (incluindo quaisquer anexos) a terceiros, sem a devida autorização. Se recebeu esta mensagem por engano, por favor informe o emissor, por e-mail, e elimine-a imediatamente. Obrigado.

CONFIDENTIALITY NOTICE

This message may contain confidential information or privileged material, and is intended only for the individual(s) named. If you are not the named addressee, you should not disseminate, distribute or copy this e-mail. Please notify the sender immediately by e-mail if you have received this e-mail by mistake and delete this e-mail from your system. Thank you.

ANEXO II – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

“Burnout em médicos de Medicina Geral e Familiar da Área Metropolitana de Lisboa”

Filipe Bernardo

XLIII C.E.A.H.



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

Caro (a) colega:

O meu nome é Filipe Bernardo, sou médico fisiatra e aluno do XLIII Curso de Especialização em Administração Hospitalar, na Universidade Nova - Escola Nacional de Saúde Pública.

Em função do panorama actual da nossa profissão, optei por desenvolver o meu trabalho de final de curso na área do "burnout" no contexto da profissão médica.

Assim, vinha por este meio solicitar a sua colaboração neste projeto, que se intitula "Burnout em médicos de Medicina Geral e Familiar da Área Metropolitana de Lisboa".

Sabendo, de antemão, que os médicos de Medicina Geral e Familiar se constituem como um grupo de risco e com manifestações e comportamentos ajustados a um quadro de *burnout*, pretende-se compreender a prevalência e gravidade deste fenómeno, para se conseguir identificar as estratégias de resolução mais acertadas.

Pretende-se caracterizar, através do *Maslach Burnout Inventory*, quais os níveis de burnout existentes na amostra em estudo, procurando depois identificar estratégias e intervenções, individuais e institucionais, para a promoção da saúde e prevenção e gestão do *burnout* no local de trabalho.

Neste sentido, solicito a sua colaboração no preenchimento e devolução do presente questionário.

A primeira parte é constituída pela escala *Maslach Burnout Inventory* e a segunda parte é constituída por uma breve caracterização socio demográfica da amostra em estudo.

O questionário exigirá 5-10 minutos para o seu preenchimento, com certeza da total confidencialidade das respostas.

Muito obrigado desde já, pela disponibilidade,
Filipe Bernardo

Email: filippe7@hotmail.com

TLM: 916504777

MASLACH BURNOUT INVENTORY

		Nunca	Algumas vezes por ano	Todos os meses	Algumas vezes por mês	Todas as semanas	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1	Sinto-me emocionalmente esgotado(a) pelo meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
2	Sinto-me cansado(a) no final do meu dia de trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
3	Sinto-me fatigado (a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
4	Compreendo facilmente como se sentem os meus doentes.	0	1	2	3	4	5	6
5	Sinto que trato alguns doentes como se fossem "objectos" impessoais.	0	1	2	3	4	5	6
6	Trabalhar todo o dia com doentes esgota-me bastante.	0	1	2	3	4	5	6
7	Lido de uma forma muito eficaz com os problemas dos meus doentes.	0	1	2	3	4	5	6
8	Sinto-me esgotado(a) pelo meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
9	Sinto que influencio positivamente a vida dos outros com o meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
10	Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível para com as pessoas.	0	1	2	3	4	5	6
11	Preocupa-me que este trabalho me endureça emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6
12	Sinto-me cheio (a) de energia.	0	1	2	3	4	5	6
13	Sinto-me frustrado (a) com o trabalho que realizo.	0	1	2	3	4	5	6
14	Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu emprego.	0	1	2	3	4	5	6
15	Não me importo grandemente com o que acontece aos meus doentes.	0	1	2	3	4	5	6
16	Trabalhar directamente com pessoas faz-me sentir demasiado stress.	0	1	2	3	4	5	6

17	Posso criar facilmente uma atmosfera relaxante com os meus doentes.	0	1	2	3	4	5	6
18	Sinto-me estimulado (a) após trabalhar ao pé dos meus doentes.	0	1	2	3	4	5	6
19	Tenho realizado muitas coisas válidas no trabalho que desempenho.	0	1	2	3	4	5	6
20	Sinto-me no limite das minhas forças.	0	1	2	3	4	5	6
21	No meu trabalho lido com problemas emocionais com muita calma.	0	1	2	3	4	5	6
22	Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.	0	1	2	3	4	5	6

Adaptado, com autorização, de: SÁ, L. – Burnout e Controlo sobre o trabalho em Enfermagem Oncológica. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade do Porto, 2002

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E INTENÇÕES COMPORTAMENTAIS

1. **Género:** Feminino Masculino

2. **Grupo Etário:** Menos de 35 anos

35-44 anos

45-54 anos

Mais de 55 anos

3. **Actual Situação no Emprego:** Pertence ao quadro de pessoal

Contrato Administrativo de Provisamento

Contrato Individual de Trabalho

Outra Qual? _____

4. **Estado Civil:** Solteiro

Casado/ União de facto

Viúvo

Divorciado

5. Nº de anos de profissão: |__|__| (Anos completos)

6. Nº de horas de trabalho semanais |__|__| (Horas Completas)

7. **Tipologia da Unidade em que trabalha:**

USF A

USF B

UCSP

Outra Qual? _____

8. Relativamente aos últimos 5 anos, considera que existe uma degradação das condições de exercício da profissão médica? Sim

Não

Não sei

9. Se respondeu "sim" à questão anterior, qual destes fatores considera como mais responsável pela referida degradação?

Número excessivo de horas de trabalho

Número excessivo de doentes na lista

Tempo insuficiente para avaliar cada doente

Controlo biométrico do horário de trabalho

Cortes remuneratórios / remuneração insuficiente

Nenhum dos anteriores

10. Se pudesse voltar ao início, consideraria a hipótese de:

Mudar de profissão?

Mudar de Especialidade?

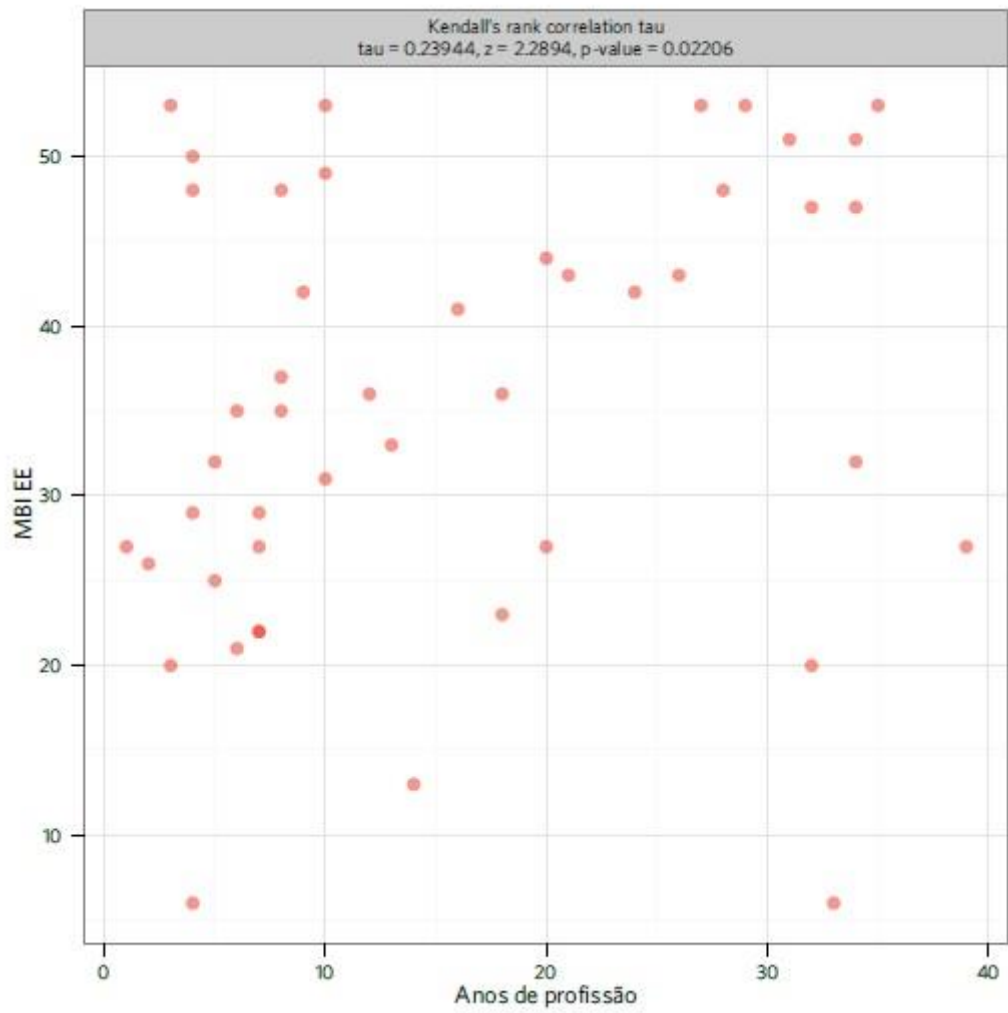
Trabalhar Exclusivamente no Sector Privado?

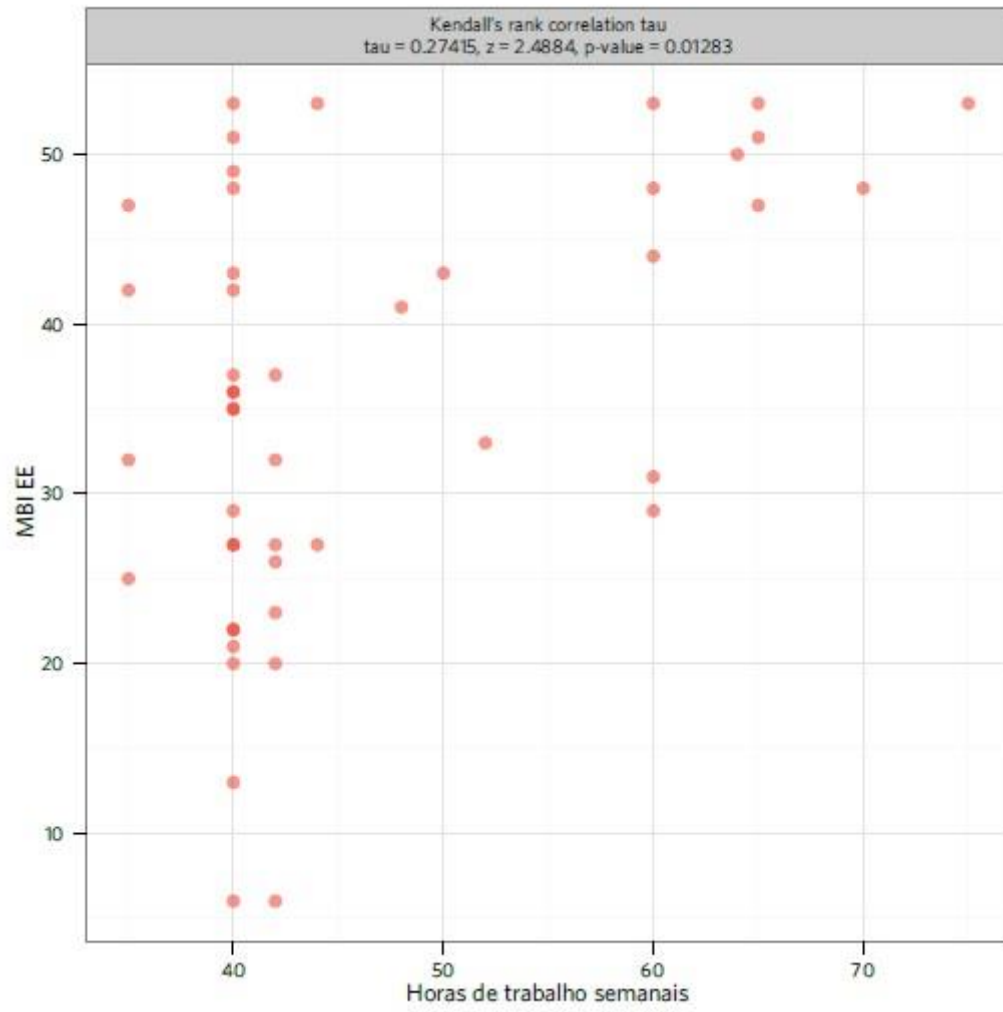
Emigrar?

Nenhuma das anteriores

**FIM DO QUESTIONÁRIO.
MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.**

ANEXO III – OUTPUTS ESTATÍSTICOS ADICIONAIS





Teste de Shapiro-Wilk às variáveis contínuas analisadas

Variável	N	W	p-value
MBI EE	47	0,9471	0,033 [*]
Anos de profissão	48	0,8924	<0,001 ^{***}
Horas de trab. semanais	49	0,7694	<0,001 ^{***}

Teste de Shapiro-Wilk às classificações da componente de exaustão emocional do MBI em cada um dos grupos formados pelas variáveis predictoras


Variável	N	W	p-value
Género: Feminino	29	0,9749	0,698
Género: Masculino	18	0,8597	0,012 [*]
Grupo etário (1): Menos de 35 anos	16	0,8899	0,055
Grupo etário (1): 35 a 44 anos	12	0,9602	0,787
Grupo etário (1): 45 a 54 anos	10	0,9164	0,328
Grupo etário (1): Mais de 55 anos	9	0,8671	0,114
Grupo etário (2): Até 45 anos	28	0,9606	0,361
Grupo etário (2): Mais de 45 anos	19	0,8711	0,015 [*]
Vínculo: QP	32	0,9183	0,019 [*]
Vínculo: CAP	6	0,8690	0,222
Vínculo: CIT	7	0,9240	0,501
Vínculo: Outra	2	-	-
Estado civil (1): Solteiro	16	0,9616	0,690
Estado civil (1): Casado / união de facto	24	0,9396	0,159
Estado civil (1): Viúvo	1	-	-
Estado civil (1): Divorciado	6	0,9387	0,649
Estado civil (2): Casado / união de facto	24	0,9396	0,159
Estado civil (2): Outro	23	0,9182	0,061
Anos de prof.: Até 20 anos	31	0,9715	0,562
Anos de prof.: Mais de 20 anos	15	0,8167	0,006 ^{**}
HTS: Até 42 horas	31	0,9727	0,597
HTS: 43 a 59 horas	5	0,9814	0,942
HTS: 60 ou mais horas	11	0,7712	0,004 ^{**}
Tipo de unidade: USF A	23	0,9637	0,541
Tipo de unidade: USF B	16	0,8848	0,046 [*]
Tipo de unidade: UCSP	7	0,9152	0,433
Tipo de unidade: Outra	1	-	-
Área: Urbano	25	0,8662	0,004 ^{**}
Área: Ext. Urbano	22	0,9599	0,487

Variável	α
Exaustão emocional	0.83
Realização pessoal	0.69
Despersonalização	0.53

ANEXO IV – OUTROS DADOS RELEVANTES

Densidade populacional

Indivíduo - Média

 Territórios	N.º médio de indivíd...
Anos	2013
Almada	2.442,5
Lisboa	± 5.202,7
Seixal	1.696,1
Sintra	1.189,9

Densidade populacional

Fontes de Dados: IGP - Série Cartográfica Nacional à escala 1:50 000 e Carta Administrativa Oficial de Portugal – CAOP 2009.0

INE - Estimativas Anuais da População Residente


INE - Estimativas Anuais da População Residente

Fonte: PORDATA

Última actualização: 2015-06-18

População residente

Indivíduo

 Territórios	População residente
Anos	2014
Almada	170.448
Lisboa	± 513.064
Seixal	163.127
Sintra	380.345

População residente

Fontes de Dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente

INE - Estimativas Anuais da População Residente

Fonte: PORDATA

Última actualização: 2015-06-18

População residente: total e por grandes grupos etários

Indivíduo

Territórios	Grandes grupos etários			
	Total	0-14	15-64	65+
Anos	2014	2014	2014	2014
Almada	170.448	25.947	107.670	36.831
Lisboa	± 513.064	± 74.478	± 296.852	± 141.734
Seixal	163.127	26.202	109.137	27.789
Sintra	380.345	64.996	257.087	58.262

População residente: total e por grandes grupos etários
Fontes de Dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente
INE - Estimativas Anuais da População Residente
Fonte: PORDATA
Última actualização: 2015-06-18

