

UNIVERSIDADE DO ALGARVE  
FACULDADE DE ECONOMIA

**O *Burnout* nos profissionais de saúde do  
Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de  
Faro**

JOANA RITA PEREIRA

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob orientação de:  
Professor Doutor Filipe Gamboa Nave (2º Orientador)

2017

UNIVERSIDADE DO ALGARVE  
FACULDADE DE ECONOMIA

***O Burnout* nos profissionais de saúde do  
Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de  
Faro**

JOANA RITA PEREIRA

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob orientação de:  
Professor Doutor Filipe Gamboa Nave (2º Orientador)

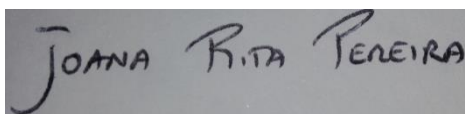
2017

# **O *Burnout* nos profissionais de saúde do Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro**

## **Declaração de Autoria do Trabalho**

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Joana Rita Pereira

A rectangular box containing a handwritten signature in black ink that reads "JOANA RITA PEREIRA".

## **Direitos de cópia ou Copyright**

© **Copyright:** Joana Rita Pereira

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao primeiro orientador pela disponibilidade demonstrada.

Ao Professor Doutor Filipe Gamboa Nave, por toda a ajuda, disponibilidade, compreensão, orientação que foram uma constante desde o momento em que aceitou ser o meu segundo orientador!

Ao Centro Hospitalar do Algarve por me permitir a realização deste estudo e por toda a cooperação demonstrada.

A toda a equipa de profissionais de saúde (Médicos, Enfermeiros e Assistentes Operacionais) que se disponibilizaram a participar neste estudo. Em especial à equipa do serviço de Medicina Interna II que sempre me apoiaram e ajudaram ao longo deste processo!

Aos meus colegas e amigos, por estarem sempre presentes e me encorajarem e ajudarem nos momentos mais complicados!

Aos meus pais por todo o carinho, preocupação, apoio incondicional e incentivo constantes!

A todos vós o meu muito obrigada!!

## RESUMO

O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de determinar quais são os fatores indutores do *burnout* nos profissionais de saúde do Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro (CHA – UF). É um estudo de cariz quantitativo realizado a 225 indivíduos. O instrumento de colheita de dados foi constituído pela caracterização sociodemográfica dos sujeitos em estudo e por cinco escalas que permitiram avaliar o apoio de gestão, a motivação, os estilos de vida, o *burnout* e o desempenho profissional.

Os sujeitos em estudo apresentam elevados níveis de exaustão emocional (44,9%), uma percentagem significativa (29,3%) apresenta elevados níveis de despersonalização assim como baixos níveis de realização pessoal (33,3%). Concluiu-se, ao contrário do que seria expectável que não existe relação estatisticamente significativa entre o apoio de gestão e o desempenho profissional, contudo constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre a motivação e o desempenho profissional, os estilos de vida e o desempenho profissional e entre o desempenho profissional e o *burnout*.

O *burnout* apresenta diversos fatores de risco organizacionais nos mais distintos contextos profissionais estando o seu aparecimento relacionado com a natureza do trabalho e não com as características de cada trabalhador. Torna-se desta forma essencial estudar quais os seus principais indutores por forma a prevenir a existência desta síndrome, aumentando desta forma a produtividades dos profissionais e reduzindo os custos e o absentismo das organizações.

**Palavras-chave:** *Burnout*; Estilos de Vida; Apoio de gestão; Motivação; Desempenho Profissional.

## **ABSTRACT**

*The present study was developed with the purpose of determining the factors that induce burnout in the health professional of CHA – UF. It is a quantitative study carried out on 225 individuals. The data collection instrument consisted of the sociodemographic characterization of the subjects under study and five scales that allowed the evaluation of management support, motivation, lifestyles, burnout and professional performance.*

*The subjects under study presented high levels of emotional exhaustion (44,9%); a significant percentage (29,3%) had high levels of depersonalization as well as low levels of personal achievement (33,3%). It was concluded, contrary to what would be expected that there is no statistically significant relationship between management support and professional performance, however it was found that there are statistically significant differences between motivation and professional performance, lifestyles and performance and between professional performance and burnout.*

*Burnout presents several organizational risk factors in the most different professional contexts and their appearance is related to the nature of the work and not to the characteristics of each worker. It is therefore essential to study the main inductors in order to prevent the existence of this syndrome, thus increasing the productivities of professionals and reducing the costs and absenteeism of organizations.*

**Keywords:** *Burnout; Life styles; Management support; Motivation; Professional performance.*

## ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO .....	13
2. REVISÃO DA LITERATURA .....	17
2.1. <i>Burnout</i> .....	17
2.1.1. Origens do <i>Burnout</i> .....	18
2.1.2. Consequências e Manifestações do <i>Burnout</i> .....	20
2.1.3. Prevenção do <i>Burnout</i> .....	21
2.1.4. <i>Burnout</i> em profissionais de saúde.....	21
2.2. Estilos de Vida .....	22
2.3. Apoio de Gestão .....	25
2.4. Motivação.....	26
2.5. Desempenho Profissional.....	28
3. METODOLOGIA .....	30
3.1. Desenho da investigação .....	30
3.2. Objetivo geral e objetivos específicos.....	30
3.3. Determinação do corpo de hipóteses.....	31
3.4. População e amostra.....	32
3.5. Instrumento de colheita de dados .....	32
3.6. Procedimentos Éticos e Legais.....	37
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	39
4.1. Estatísticas Descritivas.....	39
4.2. Estatísticas Inferenciais .....	47
4.3. Análise à normalidade das distribuições .....	47
4.4. Resultados das hipóteses de investigação .....	48
4.5. Outras relações estatísticas entre as variáveis em estudo.....	54
5. CONCLUSÕES .....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	64

APÊNDICE 1 – Questionário .....	70
APÊNDICE 2 – Declaração de Consentimento de Participação Informado .....	74
APÊNDICE 3 – Pedido de autorização para a realização do estudo .....	76

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 3.1 – Modelo de Referência .....	31
Figura 4.1 – Valores dos Pontos de Corte da Escala Apoio de Gestão .....	41
Figura 4.2 – Valores dos Pontos de Corte da Escala Motivação .....	42
Figura 4.3 – Valores dos Pontos de Corte da Escala Estilos de Vida.....	43
Figura 4.4 – Valores dos Pontos de Corte da Escala Desempenho Profissional .....	47
Figura 4.5 – Histogramas de normalidade .....	48

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 3.1 – Critérios de Inclusão e Exclusão no Estudo.....	32
Quadro 3.2 – Classificação tripartida e estatística na amostra original .....	36
Quadro 4.1 – Estatísticas Descritivas da Escala Apoio de Gestão .....	41
Quadro 4.2 – Estatísticas Descritivas da Escala Motivação .....	42
Quadro 4.3 – Estatísticas Descritivas da Escala Estilos de Vida.....	43
Quadro 4.4 – Percentagens e estatísticas das subescalas do burnout nos profissionais de saúde do Hospital Distrital de Faro .....	45
Quadro 4.5 – Percentagens e estatísticas das subescalas do <i>burnout</i> nos profissionais de saúde do CHA – UF e estatísticas de referência .....	45
Quadro 4.6 – Percentagens das subescalas do <i>burnout</i> nos profissionais de saúde do CHA – UF por categorias profissionais .....	46
Quadro 4.7 – Estatísticas Descritivas da Escala Desempenho Profissional .....	46
Quadro 4.8 – Relação entre o apoio de gestão e o desempenho profissional .....	48
Quadro 4.9 – Relação entre a motivação e o desempenho profissional .....	49
Quadro 4.10 – Relação entre a os estilos de vida e o desempenho profissional.....	49
Quadro 4.11 – Relação entre o desempenho profissional e a exaustão emocional .....	50
Quadro 4.12 – Relação entre o desempenho profissional e a despersonalização .....	50
Quadro 4.13 – Relação entre o desempenho profissional e a realização pessoal .....	51
Quadro 4.14 – Relação entre o apoio de gestão e a exaustão emocional.....	51
Quadro 4.15 – Relação entre o apoio de gestão e a despersonalização .....	52
Quadro 4.16 – Relação entre o apoio de gestão e a realização pessoal .....	52
Quadro 4.17 – Relação entre a motivação e a exaustão emocional .....	52
Quadro 4.18 – Relação entre a motivação e a despersonalização .....	53
Quadro 4.19 – Relação entre a motivação e a realização pessoal.....	53
Quadro 4.20 – Relação entre os estilos de vida e a exaustão emocional .....	53
Quadro 4.21 – Relação entre os estilos de vida e a despersonalização.....	54
Quadro 4.22 – Relação entre os estilos de vida e a realização pessoal.....	54
Quadro 4.23 – Relação entre o sexo e a despersonalização.....	55
Quadro 4.24 – Relação entre a situação contratual e a despersonalização .....	55
Quadro 4.25 – Relação entre a situação contratual e a realização pessoal .....	55
Quadro 4.26 – Relação entre o apoio de gestão e se mudaria de profissão .....	56

Quadro 4.27 – Relação entre a motivação e se mudaria de profissão .....	56
Quadro 4.28 – Relação entre o desempenho profissional e se mudaria de profissão .....	56
Quadro 4.29 – Relação entre a exaustão emocional e se mudaria de profissão .....	57
Quadro 4.30 – Relação entre a despersonalização e se mudaria de profissão .....	57
Quadro 4.31 – Relação entre a realização pessoal e se mudaria de profissão .....	57
Quadro 4.32 – Relação entre as habilitações académicas e os estilos de vida .....	58
Quadro 4.33 – Relação entre as habilitações académicas e o desempenho profissional	58
Quadro 4.34 – Relação entre os estilos de vida e a profissão .....	59
Quadro 4.35 – Relação entre o apoio de gestão e a profissão .....	59
Quadro 4.36 – Relação entre a motivação e a profissão .....	59
Quadro 4.37 – Relação entre o desempenho profissional e a profissão .....	60

## LISTA DE ABREVIATURAS

CHA – UF - Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro

CIT – Contrato Individual de Trabalho

FP – Contrato em Funções Públicas

LSD - Ácido Lisérgico Dietilamida

MBI – *Maslach Burnout Inventory*

OMS - Organização Mundial de Saúde

QACS - Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

## 1. INTRODUÇÃO

A temática do *stress* ocupacional nos profissionais de saúde é um tema contemporâneo de debate e investigação.

Maslach e Jackson (1981) referem que o *burnout* se trata de um estado de esgotamento físico, emocional e mental, provocado pelo envolvimento prolongado em situações de grande exigência emocional no local de trabalho.

O conceito de *burnout* evoluiu, em 1978 Maslach definia-o como um síndrome de cansaço físico e emocional que apresentava impacto negativo na autoimagem, para com o trabalho e ainda a perda de interesse pelos utentes. Em 1981, o *burnout* passou a ser percecionado como uma resposta desadequada ao *stress* emocional crónico, já em 1982 a mesma autora voltou a definir este conceito como um síndrome de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal que surge frequentemente nos profissionais que trabalham diretamente com pessoas.

Já para Schaufelie e Greenglass (2001) o *burnout* consiste no estado de esgotamento físico, emocional e mental consequente da exposição prolongada em situações de trabalho consideradas emocionalmente exigentes. A síndrome de *burnout* origina-se a partir de situações de *stress* no trabalho, os principais fatores para o desenvolvimento desta síndrome passam pela falta de recompensas; pela falta de autonomia dos trabalhadores durante o desempenho das suas funções; pela falta de clareza entre as expectativas e a responsabilidade exigidas aos trabalhadores e ainda pela falta de suporte por parte dos grupos de trabalho (Jackson & Schuler, 1983; Maslach, 2003).

Nos últimos anos o *burnout* tem sido alvo de vários estudos de Psicologia Organizacional, visto que apresenta diversas complicações ao nível organizacional (Afonso, 2008).

Os profissionais de saúde vivem no seu dia-a-dia, no decorrer do exercício das suas funções, com situações que colocam em risco a sua própria existência. A diversidade e complexidade dos aspetos que caracterizam a prática profissional no contexto hospitalar como por exemplo: o aumento do número de doentes que recorrem aos serviços de saúde; as situações de doença em constante mutação (como os casos de infeções

hospitalares multirresistentes); as cargas horárias de trabalho cada vez mais pesadas; as relações familiares e pessoais colocadas em segundo plano devido ao escasso tempo que os profissionais de saúde têm para privilegiar estas mesmas relações, uma vez que se encontram demasiado tempo ausentes de casa; a gestão menos eficiente dos seus tempos livres; o escasso exercício físico; são apenas alguns aspetos que contribuem para o mal-estar destes profissionais.

Desta forma, tendo em linha de conta as condicionantes que envolvem o Serviço Nacional de Saúde, mais do que nunca, os profissionais de saúde confrontam-se com acontecimentos de vida que lhes provocam *stress*, dúvidas e angústias como por exemplo: o seu percurso profissional; as escolhas que devem e têm de tomar e que podem definir um futuro melhor ou pior, consoante a escolha que façam; a gestão dos seus tempos livres; a carga horária de trabalho, os turnos e conseqüentemente a perturbação da qualidade dos cuidados prestados ou ainda os seus relacionamentos familiares. As solicitações geradas por estes acontecimentos de vida podem exceder os seus recursos de resposta, originando situações de crises que, consoante as suas características, podem conduzir à síndrome de *burnout*.

Freudenberger (1983) considera que os estilos de vida são um dos aspetos cruciais para a existência da síndrome de *burnout*. Os relacionamentos que os profissionais de saúde mantêm com os seus colegas e os seus familiares, a ocupação dos seus tempos livres, entre outras situações podem desencadear situações de *stress*. É desejável que os profissionais de saúde consigam gerir da melhor forma possível as alterações originadas pelo exercício das suas funções na dicotomia saúde/doença e/ou vida/morte.

Alguns dos estudos realizados até à data referem que o *burnout* é um aspeto a ter em conta na organização das empresas ou instituições, em particular nas organizações hospitalares. Pacheco (2005) concluiu que os profissionais de saúde, tais como enfermeiros e médicos, apresentam elevados níveis de cansaço associado ao *stress* ocupacional derivado ao excesso de horas de trabalho, às dificuldades apresentadas nas relações interpessoais necessárias para um bom trabalho de equipa, ao trabalho por turnos, ou ainda devido às frequentes mudanças organizacionais nas instituições de saúde (e ao facto de em grande parte das vezes estas mudanças se darem sem que os profissionais de saúde sejam tidos em consideração).

A síndrome de *burnout* consiste desta forma, num problema social, visto que se trata de uma dificuldade de adaptação crónica, que lesa a qualidade de vida do profissional assim como a qualidade do seu trabalho, conduzindo ao aumento dos custos sociais e económicos.

É desta forma possível constatar que o *burnout* surge depois de um longo processo de exposição do profissional a pressões laborais (Benevides-Pereira & Moreno-Jimenez, 2003).

Importa ainda referir que apesar de existir alguma evidência de que os fatores de risco individuais podem facilitar situações de *burnout*, existem ainda mais evidências da importância das situações organizacionais para a origem do mesmo. Os longos anos de pesquisa acerca da temática do *burnout* identificaram vários fatores de risco organizacionais em diversas profissões e em países distintos (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). A maior parte dos estudos levados a cabo nas últimas duas décadas permitem mesmo concluir que o *burnout* se deve maioritariamente à natureza do trabalho, e não às particularidades de cada trabalhador (Maslach, 2009).

O presente estudo foi elaborado no Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro (CHA – UF) e tem como objetivo principal determinar quais são os fatores indutores do *burnout* nos profissionais de saúde do CHA – UF.

Como objetivos específicos pretende-se:

- Identificar o *burnout* percebido pelos profissionais de saúde que prestam serviços no CHA – UF;
- Identificar os estilos de vida adotados pelos profissionais de saúde que prestam serviços no CHA – UF;
- Identificar o apoio de gestão percebido pelos profissionais de saúde que prestam serviços no CHA – UF;
- Identificar a motivação intrínseca percebida pelos profissionais de saúde que prestam serviços no CHA – UF;

- Identificar o desempenho profissional percebido pelos profissionais de saúde que prestam serviços no CHA – UF.

Este estudo é transversal de cariz quantitativo, descritivo e descritivo correlacional. Durante este estudo foi utilizado o método não probabilístico por acessibilidade, sendo possível decompor a amostra em vários subgrupos ou estratos, como idade, género ou categoria profissional (Fortin, 2009). Para isso foi construído um instrumento de colheita de dados que possibilita inicialmente caracterizar a amostra em estudo.

O presente trabalho foi elaborado em dois momentos, numa primeira fase com um primeiro orientador onde foi desenvolvido o desenho da investigação, a seleção dos instrumentos e a colheita dos dados. Após incompatibilidades intransponíveis entre a orientanda e o primeiro orientador foi contactado o segundo orientador que cordialmente aceitou concluir o presente trabalho com os dados obtidos até ao momento. Após o estabelecimento do contacto com o segundo orientador avançou então a segunda fase do trabalho onde foi elaborada a análise dos dados obtidos.

O presente trabalho está dividido em quatro partes: a revisão bibliográfica da literatura onde é feita uma contextualização dos conceitos em estudo; a metodologia de investigação onde é possível encontrar os objetivos da investigação, o corpo de hipóteses, os instrumentos utilizados na colheita de dados e quais os procedimentos éticos e legais tidos em conta para a realização da investigação; a apresentação e discussão dos resultados obtidos onde é possível analisar as estatísticas descritivas, as estatísticas inferenciais, a análise à normalidade das distribuições e a discussão dos resultados das hipóteses de investigação e das restantes relações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo; e ainda a conclusão onde se encontram os principais resultados obtidos no estudo elaborado, a importância do desenvolvimento desta investigação para o dia-a-dia profissional do orientando, sugestões para linhas de investigação futuras e quais as principais limitações encontradas ao longo do desenvolvimento desta investigação.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1. *Burnout*

A palavra *burnout* foi introduzida por Freudenberger nos Estados Unidos da América pela primeira nos anos setenta do século XX. Segundo Maslach (1978) o *burnout* consiste numa resposta ao *stress* profissional crónico e que é árduo lidar com esta problemática, o que pode originar situações de desgaste gradual conduzindo posteriormente à exaustão, ao cinismo e inevitavelmente ao *burnout*.

Maslach,(1981) afirma que o *burnout* se trata de uma resposta imprópria ao *stress* emocional crónico, contudo em 1982, esta mesma autora acrescenta que este conceito é um síndrome de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal que tende a surgir nos indivíduos que trabalham de forma direta com outras pessoas.

Já em 1983, Freudenberger defendeu que o *burnout* se tratava de um estado de frustração e cansaço consequente da dedicação a uma causa, estilo de vida ou relação que não obteve os resultados esperados, estabelecendo-se assim uma relação com os estilos de vida dos sujeitos.

É ainda possível estabelecer uma relação entre o *burnout* e o sentido de competência ou sucesso no trabalho. Os fatores individuais que enfatizem o sucesso e a competência tendem a reduzir o *burnout*, já os fatores que promovem sentimentos de fracasso e incapacidade aumentam o *burnout* (Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

O *burnout* distingue-se da depressão, já que a depressão se verifica num contexto “livre”, enquanto que o *burnout* é considerado um problema do trabalho (Gil-Monte, 2001).

O *burnout* é um estado de esgotamento físico, emocional e mental motivado pelo envolvimento, por um período de tempo prolongado, em situações emocionalmente desgastantes no local de trabalho, podendo levar a que os membros da organização se tornem ineficientes (Gil-Monte, 2001). Este processo pode prolongar-se no tempo

levando a que existam sintomas físicos e psíquicos que indicam haver um estado de “exaustão” (Maslach et al, 2001; Schaufeli & Greenglass, 2001).

O *burnout* ganhou mais importância nas profissões de serviços humanos, que assentam essencialmente na relação entre o prestador de serviços e quem os recebe. Como é possível perceber, de acordo com estes critérios as profissões ligadas à saúde estão especialmente sujeitas a este síndrome uma vez que os profissionais se encontram envolvidos no atendimento a pessoas doentes tentando resolver esses problemas, podendo originar conflitos entre a profissão que desempenham, a satisfação ocupacional e a responsabilidade perante o cliente (Estella et al, 2002).

Esta síndrome pode desenvolver-se de forma gradual, contudo pode permanecer dissimulado por um extenso período de tempo sem ser percebida pelo indivíduo (Schaufeli & Buunk, 2003). É ainda possível verificar que esta síndrome está associada a estratégias de *coping* desajustadas, o que ajuda o *burnout* a perpetuar-se no tempo (Schaufeli & Buunk, 2003).

Qualquer pessoa pode estar sujeita ao *stress*, contudo o *burnout* só é experienciado pelas pessoas que apresentam elevados índices de motivação e envolvimento pessoal nas suas carreiras profissionais e que posteriormente se sentem frustrados, por exemplo, uma pessoa que apenas trabalha para ter dinheiro no final do mês poderá sofrer de *stress*, contudo nunca sofrerá de *burnout* (Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, 2005; Vaz Serra, 2005).

### **2.1.1. Origens do *Burnout***

Jackson e Schuler (1983) identificaram quatro condições organizacionais que originam *burnout*: a falta de recompensas, a falta de autonomia dos trabalhadores durante o desempenho das funções, a falta de clareza entre as expectativas e a responsabilidade exigidas aos trabalhadores e ainda a falta de suporte por parte dos grupos de trabalho (Jackson & Schuler, 1983).

O *burnout* é caracterizado por ser um processo de exposição prolongada ao *stress*. Este não é um síndrome originado apenas após um episódio de sobrecarga ou dificuldade no

trabalho, surge após um longo processo, que em muitos casos não é percebido pelo indivíduo, levando à decepção (Moreno-Jiménez & Peñacola, 1999).

Os autores Gil-Monte e Peiró (1999) mencionam que as variáveis que originam o *burnout* se podem dividir em três grupos: ambiente físico e conteúdo do trabalho; relações interpessoais e progressão da carreira e ainda o *stress* associado ao recurso às novas tecnologias entre outros aspetos organizacionais.

Através das investigações que foram realizadas ao longo de vários anos foi possível identificar as seis principais áreas organizacionais que levam ao aumento do risco de *burnout*: o excesso de trabalho, a falta de controlo, a carência de união no grupo de trabalho, a sensação de recompensa diminuta, as situações de injustiça e conflito de valores (Maslach et al, 2001; Maslach, 2009).

- Excesso de trabalho: verifica-se quando claramente existe um desajuste entre as exigências do trabalho e a capacidade dos indivíduos em satisfazer essas exigências.. Os indivíduos sentem que tem demasiado trabalho para desenvolver, pouco tempo para realizar as suas tarefas e falta de recursos para desenvolverem o seu trabalho de forma correta.
- Falta de controlo: verifica-se quando os indivíduos sentem que não apresentam autonomia para desenvolver as suas funções e tomar decisões no seu dia-a-dia de trabalho.
- Sensação de recompensa diminuta: ocorre quando os indivíduos sentem que não são recompensados de forma justa pelo seu desempenho. Importa realçar que os indivíduos acabam por valorizar muito mais o reconhecimento pelo seu trabalho do que as recompensas financeiras.
- Carência de união no grupo de trabalho: verifica-se quando existem quebras de confiança e falta de apoio entre os indivíduos, aumentando assim a hostilidade no grupo e tornando mais difícil a resolução de conflitos no grupo de trabalho.
- Situações de injustiça: ocorre quando existem situações de desigualdade salarial ou na carga de trabalho, aumentando assim as situações de hostilidade e diminuindo a motivação dos indivíduos no local de trabalho.
- Conflito de valores: surge quando existe um conflito entre os valores do indivíduo e as exigências organizacionais, originando muitas vezes situações em que os

indivíduos se encontram num dilema entre o que querem fazer e o que tem de fazer (Maslach et al, 2001; Maslach, 2009).

Importa contudo, compreender que a divergência entre o indivíduo e o trabalho não se verifica apenas numa das áreas referidas mas sim nas seis, assim sendo cada uma das áreas conduz a uma perspetiva distinta das interações entre os indivíduos e os seus locais de trabalho.

### **2.1.2. Consequências e Manifestações do *Burnout***

Maslach e Jackson (1981) afirmaram que existem alguns indicadores pessoais que se relacionam com o *burnout*, tais como: exaustão física, insónias, aumento do uso de substâncias como álcool e drogas e ainda a existência de problemas familiares e conjugais (Maslach & Jackson, 1981).

A síndrome de *burnout* é considerada um problema social, uma vez que prejudica a qualidade de vida do profissional bem como a qualidade do seu trabalho, conduzindo posteriormente a um aumento dos custos económicos e sociais (Estella et al, 2002).

Já em 2002 Spickard et al, mencionam que o *burnout* se encontra relacionado com a deterioração do desempenho profissional e as perturbações da saúde, como por exemplo: “fadiga, dores de cabeça, perturbações de sono, irritação, dificuldades conjugais, hipertensão, ansiedade, depressão, enfarte de miocárdio, alcoolismo e toxicodependência” (p. 1447).

Zamora et al (2004) referem que os problemas desencadeados pelo *burnout* podem ser “de ordem interpessoal (problemas familiares e sociais); pessoal (perturbações psicossomáticas, os problemas psicológicos, tais como, hostilidade, ansiedade e depressão) e comportamental (absentismo, atrasos e diminuição na qualidade do trabalho) que influenciam o rendimento no trabalho” (p. 325-326). Desta forma segundo estes autores as manifestações do *burnout* são passíveis de ser observadas aos níveis individual e organizacional.

### 2.1.3. Prevenção do *Burnout*

As estratégias de intervenção para a prevenção do *burnout* devem abordar três níveis:

- Considerar os processos cognitivos dos profissionais e o desenvolvimento de estratégias cognitivo-comportamentais para reduzir a fonte de *stress*, evitando assim a experiência de stress ou neutralizando as consequências negativas dessa experiência;
- Desenvolver a formação de habilidades sociais e apoio social das equipas profissionais;
- Eliminar ou reduzir os fatores de *stress* no ambiente organizacional que dão origem ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* (Gil-Monte, 2001).

Desta forma, é importante que a prevenção do *burnout* seja tratada como um problema coletivo e organizacional ao invés de um problema individual. Para prevenir o *burnout* devem ser adotadas medidas que: sejam atrativas e gratificantes a nível profissional; evitem o excesso de horas extra; invistam no aperfeiçoamento profissional; fomentem a participação destes profissionais nos processos de tomada de decisão; proporcionem condições de trabalho atrativas, entre outras (Gil-Monte, 2001).

### 2.1.4. *Burnout* em Profissionais de Saúde

O *burnout* tem sido muito estudado em profissionais de saúde, sendo que as principais categorias profissionais estudadas são os enfermeiros e os médicos.

Os enfermeiros tendem a passar por situações de maior *stress* do que os médicos. Este grupo de profissionais sofre mais de transtornos psicopatológicos do que a população em geral (Vaz Serra, 2005).

Num estudo mais recente sobre o *burnout* no trabalho em Portugal foi possível constatar que um em cada quatro enfermeiros, apresentam *burnout*. Foi possível perceber também que os profissionais mais jovens se encontram mais exaustos emocionalmente e fisicamente do que os profissionais com mais idade. Os profissionais que trabalham por turnos apresentam ainda menor eficácia profissional do que os profissionais com horário

fixo. Neste estudo foi ainda possível constatar que 11% dos profissionais pretendem mudar de profissão. Foi também possível verificar que os enfermeiros se tornam ineficazes quando não se encontram envolvidos, não existe união de grupo e existem problemas com os papéis e orientações, e não tanto pela pressão que o trabalho exige ou por terem pouca autonomia (Queirós, 2005).

Pacheco (2005) desenvolveu também um estudo sobre o *burnout* nos profissionais de saúde do Hospital Distrital de Faro, tendo constatado que 21% dos profissionais de saúde apresentavam altos níveis de exaustão emocional, 22,5% apresentavam níveis médios de exaustão emocional e que 56,5% apresentavam baixos níveis de exaustão emocional. Relativamente à despersonalização verificou que 25,8% dos profissionais apresentavam altos níveis de despersonalização, 20,4% apresentavam níveis médios de despersonalização e 53,8% apresentavam baixos níveis de despersonalização. Por fim no que se refere à realização pessoal este estudo mostrou que 39,2% dos profissionais apresentavam altos níveis de realização pessoal, 30,7% apresentavam níveis médios de realização pessoal e 30,1% apresentavam baixos níveis de realização pessoal.

## **2.2. Estilos de Vida**

Abordar a temática dos estilos de vida adotados, é atualmente, um fator imprescindível na nossa sociedade, pois só através de um levantamento dos principais problemas verificados na atualidade, é que os profissionais de saúde poderão adotar medidas, no sentido de os minimizar.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) a saúde tem que ser abordada num contexto bastante amplo, considerando todos os fatores que influenciam o bem-estar físico, emocional e social e não apenas a ausência de doença. Desta forma, a abordagem dos estilos de vida adotados é imprescindível, pois estes podem afetar direta ou indiretamente a saúde, a curto, médio e/ou longo prazo.

A OMS em 1986 referiu que os estilos de vida são definidos como um conjunto de padrões de conduta que explicam a forma de viver de um determinado indivíduo, estando associados aos valores, motivações e aspetos culturais, sociais e económicos.

Em 2008 Maia defendeu que os estilos de vida estão relacionados com as práticas diárias que envolvem escolhas particulares de cada um, pelo que estes condicionam a sua forma de agir, refletindo aquilo que as pessoas pensam de si mesmas, bem como aquilo que mais valorizam. Assim sendo, pode-se afirmar que os estilos de vida dos profissionais de saúde caracterizam aquilo que eles são enquanto indivíduos, sendo traduzido nas suas ações e interesses (Pacheco, 2008).

Segundo Pacheco (2008) os estilos de vida considerados saudáveis são os seguintes: “prática de exercício físico, alimentação equilibrada e saudável, ausência de consumo de álcool, tabaco e drogas e comportamentos sexuais conscientes” (p. 9).

➤ Exercício Físico

O exercício físico sendo uma das dimensões dos estilos de vida, pode ser definido como uma ação corporal que é delineada, combinada e repetitiva de forma a preservar ou melhorar as componentes para manter a boa forma física. Existem muitas formas de se realizar exercício físico, sendo que estas podem ser executadas em contexto individual ou em grupo, podendo ser de caráter de competição ou de lazer (Veigas & Gonçalves, 2009).

A realização de atividade física é crucial para a saúde e bem-estar do indivíduo e conseqüentemente da própria comunidade. A atividade física é um dos pilares importantes para a adoção de um estilo de vida saudável, em conjunto com as restantes dimensões existentes acerca do estilo de vida de cada indivíduo (Veigas & Gonçalves, 2009).

➤ Nutrição

Segundo a OMS (2012), a nutrição consiste na ingestão de alimentos de acordo com as carências nutricionais do organismo, sendo também influenciada pelo contexto em que o indivíduo se encontra. A escolha de uma dieta equilibrada, articulada com a realização de exercício físico é um dos pilares para manter a saúde e um estilo de vida saudável. Por outro lado, a má nutrição pode levar a problemas de saúde, dado que irá existir um maior aumento da suscetibilidade relativamente a doenças, lesando

o desenvolvimento físico do indivíduo assim como as suas capacidades mentais, diminuído a capacidade de produtividade (OMS, 2012).

➤ Autocuidado

A dimensão autocuidado relaciona-se com as horas que uma pessoa dorme durante a noite, se a vacinação está atualizada, se é realizado um *check-up* incluindo o dentista e a verificação anual da pressão arterial.

Engloba também, a precaução com a frequência de ambientes com fumo, ruidosos ou com ar poluído e ainda as atitudes e comportamentos adotados face à saúde sexual. Desta forma, é necessário atender a todas estas vertentes de acordo com a dimensão autocuidado (Ribeiro, 2004).

➤ Segurança Motorizada

A dimensão de estilo de vida relacionada com a segurança motorizada diz respeito ao facto de uma pessoa não beber quando vai conduzir ou não viajar com um condutor que tenha consumido álcool. O condutor deverá cumprir os limites de velocidade e utilizar sempre o cinto de segurança, de forma a serem evitados acidentes rodoviários (Ribeiro, 2004).

➤ Drogas

A droga trata-se de uma substância, natural ou sintética, que causa alterações no funcionamento do sistema nervoso central, causando em grande parte das vezes dependência física, psicológica ou funcional (Towsend, 2011).

As drogas provocam alterações na função cardíaca, respiratória, digestiva, imunitária e causam alterações na função psíquica da pessoa, causando mudanças de humor, memória e ansiedade. As drogas existentes podem ser classificadas em três grandes categorias: as depressoras, como o álcool e a heroína; as estimulantes, como a nicotina, a cocaína e as anfetaminas; e as perturbadoras, como o ácido lisérgico dietilamida (LSD) e cannabis (Towsend, 2011).

Desta forma, existem vários estilos de vida saudáveis e a sua compreensão depende de fatores individuais (atitudes, interesses, informação e educação) e familiares (grupo familiar, grupo social, ambiente de trabalho, comunidade em que está inserido), estando estes fatores em permanente interação, influenciando os comportamentos dos indivíduos (Martins, Rocha, Santos & Mestre, 2011).

### **2.3. Apoio de Gestão**

O apoio de gestão deve incluir objetivos claros por forma a possibilitar um ambiente de trabalho que promova a inovação, para isso deve ser dado tempo aos colaboradores para desenvolverem novas ideias, permitir às equipas experimentarem novos métodos e promover soluções inovadoras para os problemas (Amabile & Conti, 1999; Amabile et al, 2004).

Quando os colaboradores sentem que existe apoio por parte da gestão tendem a apresentar uma contribuição mais ativa para os objetivos da organização. A maior parte dos colaboradores considera importante que exista um tratamento justo e apoio por parte das chefias assim como condições de trabalho favoráveis no seu dia-a-dia de trabalho para que exista um nível de comprometimento mais elevado para com as tarefas que desenvolvem (Eisenberger & Rhoades, 2002).

Eisenberger et al. (1986) defendem que os colaboradores que a quem é fornecido um feedback positivo de forma regular, que se sentem tratados de forma justa e que são valorizados no local de trabalho apresentam um maior compromisso para com a organização onde desempenham funções.

O apoio de gestão baseado nas recompensas (sendo elas de vários níveis, como por exemplo remuneração, promoções, segurança no trabalho, autonomia, possibilidade de formação, entre outras) apresenta uma relação positiva para o trabalho desenvolvido (Eisenberger & Rhoades, 2002).

O apoio de gestão (por exemplo: disponibilidade de tempo, possibilidade de formação, demonstração de atenção para com o que se passa por parte das chefias, existência de *feedback* positivo e abertura às críticas) é considerado fundamental para a liberdade

criativa e motivação intrínseca dos colaboradores de qualquer organização, favorecendo desta forma a inovação no local de trabalho (Amabile, Schatzel, Moneta et al, 2004).

Desta forma é possível compreender que o apoio de gestão é de facto importante para o desempenho dos colaboradores nas organizações, e que a valorização das suas contribuições e a preocupação com o seu bem-estar tem uma influência positiva no comprometimento, lealdade e desempenho dos mesmos.

Importa ainda referir que até à data desta investigação, e após a realização de uma pesquisa bibliográfica aprofundada, foi possível perceber que não existiam estudos que relacionem diretamente o *burnout* com o apoio de gestão pelo que se tornou oportuno interligar estas duas variáveis por forma a perceber qual a influência do apoio de gestão no desenvolvimento da síndrome de *burnout* nos profissionais de saúde.

#### **2.4. Motivação**

Durante a Revolução Industrial a principal forma de motivação dos profissionais passava pela utilização de punições (de natureza psicológica e física) o que originava um ambiente de medo generalizado, contudo com o passar dos anos a preocupação com o aspeto motivacional dos profissionais no seu local de trabalho tem vindo a aumentar, com vista a melhorar os resultados obtidos pelas organizações (Bergamini, 1997).

Ao longo dos anos a preocupação com a melhoria dos procedimentos relativamente à forma de trabalhar foi aumentando. Os gerentes e administradores passaram a preocupar-se não só a encontrar as pessoas mais adequadas para desempenhar os diferentes cargos como também a treinar essas mesmas pessoas para a utilização de técnicas, ferramentas e métodos mais produtivos. A principal fonte de incentivo à motivação passou nesta altura a ser o dinheiro, uma vez que se passou a acreditar que a maioria dos trabalhadores seleccionaria os seus empregos de acordo com a sua remuneração salarial ao invés do conteúdo do cargo ou do tipo de trabalho que iriam desempenhar (Bergamini, 1997).

A motivação humana tem sempre como objetivo a procura de uma explicação para as possíveis razões que conduzem o indivíduo a agir. Contudo, a maior parte desses

determinantes relacionam-se com os traços de personalidade, emoções ou crenças dos indivíduos, o que torna o estudo da motivação muito complexo (Bergamini, 1997).

É de facto impressionante que ao contrário do que se possa pensar, grande parte dos indivíduos não possuem a mínima motivação pelo trabalho que desenvolvem, sendo que não sentem qualquer satisfação ou realização pessoal pelo trabalho que desempenham. O trabalho é, nestes casos, visto apenas como uma forma de obter recursos económicos que os indivíduos necessitam para poderem ser felizes fora do trabalho (Bergamini, 1997).

A palavra “motivação” deriva do latim “*movere*”, que significa movimento. É definida como sendo um estado interior que estimula e dirige o comportamento de um indivíduo (Woolfolk, 2000).

A motivação para o trabalho trata-se de um processo complexo, através do qual o comportamento é mobilizado e sustentado de acordo com o interesse da realização dos objetivos organizacionais (Du Brin, 2003).

Importa também compreender que a motivação pode ser considerada como o resultado da procura pela satisfação de desejos ou necessidades do indivíduo, levando a pessoa a agir com o intuito de alcançar os seus objetivos (Neto, 2004).

As organizações tendem a considerar os seus trabalhadores apenas como um elemento que as compõem e que têm obrigações, faltando muitas vezes algo crucial: a motivação. Os indivíduos sentem necessidade de fazer parte de um todo e não de serem apenas mais uma peça que compõem a máquina (Neto, 2004). Desta forma os chefes e os líderes desempenham um papel fundamental neste processo ao perceberem quais as individualidades dos seus funcionários por forma a poderem guiá-los a favor de toda a equipa para obter os melhores resultados possíveis para a organização (Neto, 2004).

Alguns estudos efetuados sobre a motivação no trabalho em profissionais de saúde (nas categorias profissionais: médicos e enfermeiros) referem que a motivação tem uma influência direta na satisfação profissional (García-Ramos, Luján-López & Martínez-Corona, 2007), diminuindo a ocorrência de *burnout*, aumentando ainda o tempo de

exercício profissional nos serviços (Newton, Kelly, Kremser, Jolly & Billet, 2008 cit in Murcho, 2010).

### **2.5. Desempenho Profissional**

As avaliações de desempenho realizadas pelas organizações servem para analisar os resultados alcançados pelos mesmos considerando os seguintes objetivos: frequência dos cursos de formação; disponibilizar os meios e os recursos necessários para a realização do trabalho; identificar as condições de trabalho que influenciam o desempenho dos colaboradores e ainda premiar, promover, advertir, punir ou até mesmo demitir os colaboradores (Beal, Cohen, Burke & McLendon, 2003).

Segundo Chiavenato (2004) a gestão de recursos humanos deve assentar no facto de o desempenho da organização depender fortemente da contribuição das pessoas que a compõem, da forma como os seus colaboradores se encontram motivados e capacitados.

É fundamental que o colaborador saiba a importância do seu papel dentro da organização, sendo que para isso é crucial que existam fatores dentro do seu ambiente de trabalho que estimulem um bom desempenho.

Chiavenato (2004) refere que o desempenho profissional e a motivação se encontram diretamente relacionados e que um dos maiores desafios das organizações nos dias de hoje é conseguirem obter o máximo potencial dos seus colaboradores e que para isso é primordial que estes se mantenham motivados por forma a conduzirem a organização a alcançar os objetivos desejados. Atualmente os colaboradores deixaram de ser vistos apenas como um simples recurso, mas sim como um meio imprescindível para as organizações conseguirem atingir os seus objetivos.

De acordo com Across (2005) um colaborador produtivo é aquele que se encontra numa posição onde evidencia as suas capacidades e cujo valor é reconhecido. Para isso é essencial que o clima organizacional seja favorável e permita o estabelecimento de relações sustentáveis e promova ainda uma boa comunicação entre os colaboradores.

Cada colaborador possui necessidades distintas, pelo que não devem ser tratados todos da mesma forma. É desta forma essencial perceber o que cada colaborador valoriza, possibilitando assim individualizar metas, níveis de envolvimento e recompensas por forma a ir de encontro às necessidades de cada um. As tarefas desenvolvidas também deverão ser planeadas de acordo com as necessidades individuais por forma a maximizar a motivação no trabalho de cada colaborador (Robbins, 2006).

Quanto maior for o desempenho dos profissionais maior será a sua produtividade, permitindo assim às organizações obter lucros, investir em novos equipamentos por forma a conseguir tornar os seus serviços mais competitivos e ainda remunerar melhor os seus colaboradores (Cabrita, 2009).

As organizações necessitam das pessoas para as organizar, dirigir e fazer funcionar por forma a alcançar os seus objetivos.

O desempenho individual está normalmente associado à capacidade de fazer o trabalho, ao ambiente de trabalho e às ferramentas, materiais e informações necessárias para a realização do mesmo, assim como à motivação para o fazer (Afful-Broni, 2012).

Já em 2012 Afful-Broni, defendeu que os funcionários que são envolvidos na tomada de decisão apresentam maior compromisso para com a organização e que se encontram mais motivados para dar o seu melhor a cada dia para ajudar a alcançar os objetivos da sua organização. Across (2005) refere ainda que os funcionários obtêm melhor desempenho nas situações em que desenvolvem o seu trabalho de forma autónoma.

Podemos desta forma concluir que as organizações não podem apenas investir os seus recursos em tecnologias para atingirem os seus objetivos se não investirem no seu principal recurso: os seus colaboradores.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. Desenho da Investigação

O presente estudo é transversal de cariz quantitativo, descritivo e descritivo-correlacional.

Qualquer que seja o método de investigação utilizado, seja qualitativo ou quantitativo, converge para a criação de conhecimento. O método quantitativo é definido por Fortin (2009) como um processo metódico de recolha de informação, observável e quantificável, no qual os resultados são devem apresentar o mais baixo nível de enviesamento possível. Este método tem ainda o intuito de autenticar conhecimentos, sendo possível também estender os resultados, assim como antedizer e verificar acontecimentos (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009),o estudo transversal é utilizado para avaliar a frequência do aparecimento de um caso ou problemática numa população num dado instante. Proceder-se-á a uma recolha por meio de questionários num espaço de tempo pré-definido, sendo que os resultados obtidos são imediatamente utilizáveis e financeiramente suportáveis.

O estudo descritivo-correlacional caracteriza-se pela exploração e determinação da ocorrência de ligações entre variáveis, de modo a encontrar relações significativas. Desta forma, o estudo descritivo-correlacional possibilita a exploração de relação entre variáveis, de modo a associar a um fenómeno estudado (Fortin, 2009).

#### 3.2. Objetivo geral e objetivos específicos

Como objetivo principal pretende-se determinar quais são os fatores indutores do *burnout* nos profissionais de saúde do CHA – UF.

Como objetivos específicos pretende-se:

- Identificar o *burnout* percebido pelos profissionais de saúde que prestam serviços no CHA – UF;
- Identificar os estilos de vida adotados pelos profissionais de saúde que prestam serviços no CHA – UF;
- Identificar o apoio de gestão percebido pelos profissionais de saúde que prestam serviços no CHA – UF;
- Identificar a motivação intrínseca percebida pelos profissionais de saúde que prestam serviços no CHA – UF;
- Identificar o desempenho profissional percebido pelos profissionais de saúde que prestam serviços no CHA – UF.

### 3.3. Determinação do corpo de hipóteses

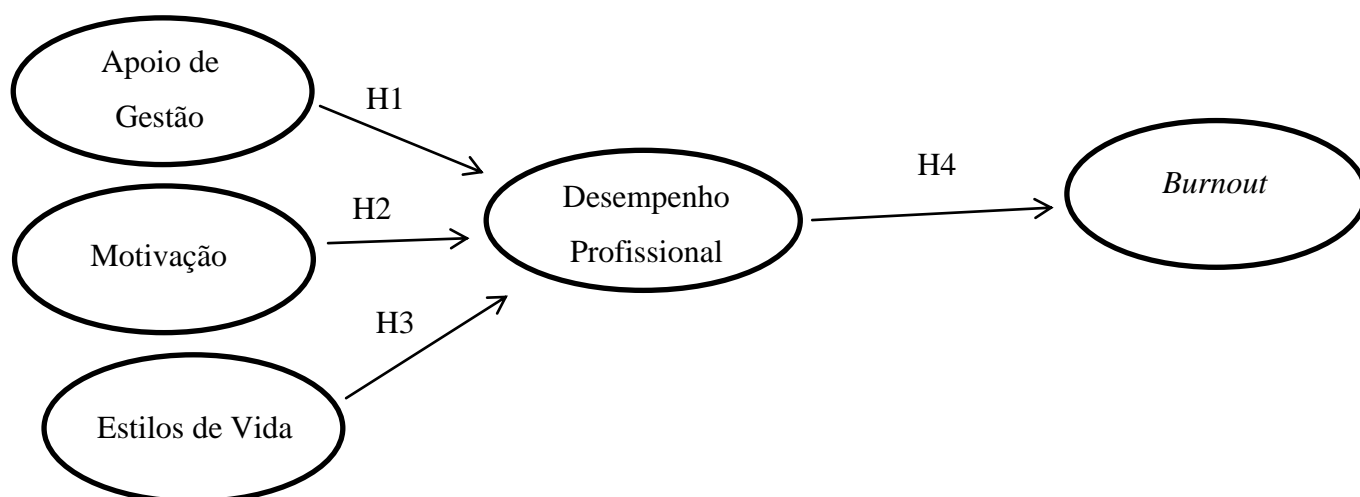
H1 – O apoio de gestão tem uma influência significativa no desempenho profissional

H2 – A motivação tem uma influência significativa no desempenho profissional

H3 – Os estilos de vida tem uma influência significativa no desempenho profissional

H4 – O desempenho profissional tem uma influência significativa no *burnout*

Figura 3.1 – Modelo de Referência



### 3.4. População e amostra

A nossa população será constituída por Assistentes Operacionais, Enfermeiros e Médicos a desenvolverem as suas funções no CHA – UF, 1726 indivíduos.

Desta forma, utilizaremos o método não probabilístico por acessibilidade, sendo possível decompor a amostra em vários subgrupos ou estratos como por exemplo, idade, género ou categoria profissional. A amostra representada será estratificada, pelo que é possível realizar a comparação entre os vários estratos, permitindo fazer uso de uma amostra reduzida e alcançar a mesma representatividade que com uma amostra maior (Fortin, 2009).

Relativamente ao tamanho da amostra tentámos obter o maior número possível dentro do período de tempo estipulado para a recolha dos dados (desde o dia 1 do mês de Março 2016 e o dia 30 do mês de Abril 2016), sendo que a amostra do presente estudo é de 225 indivíduos (limitado devido ao contexto académico do estudo em causa).

Quadro 3.1 – Critérios de inclusão e exclusão no estudo

Critérios de inclusão e exclusão no estudo	
População	- Assistentes Operacionais, Enfermeiros e Médicos a desenvolverem as suas funções no CHA – UF;
Critérios de inclusão	- Assistentes Operacionais, Enfermeiros e Médicos a desenvolverem as suas funções no CHA – UF;
Critérios de exclusão	- Questionários mal preenchidos e/ou incompletos.

### 3.5. O instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados desta investigação é composto pela caracterização sociodemográfica dos sujeitos e por cinco escalas (Apêndice 1): “*Management support*”, “*Intrinsic Motivation Scale*”, Questionário de Atitudes e Comportamentos de

Saúde (QACS), “*Maslach Burnout Inventory*” (MBI), e ainda “*Self-appraisals of Job Performance*”.

Importa referir que à exceção da escala MBI todas as outras escalas utilizadas neste estudo foram alteradas (acrescentando ou retirando itens) por indicação do primeiro orientado, sendo que a escala do desempenho profissional foi construída e fornecida pelo primeiro orientador.

#### ➤ Escala de Apoio de Gestão

A escala de apoio de gestão utilizada neste estudo é adaptada a partir da escala “*Management support*” inicialmente composta por 10 itens avaliados através de uma escala do tipo *Likert* que varia entre 1 (Discordo Totalmente) e 7 (Concordo Totalmente) variando o seu score entre 10 (valor mínimo de apoio de gestão) e 70 (valor máximo de apoio de gestão) (Cramm, Strating, Bal & Nieboer, 2013).

Para a realização deste estudo o primeiro orientador adaptou a escala original alterando os itens 1, 2, 3 e 6, eliminando o item 9 da escala original e acrescentando os itens 10 e 11 apresentados na escala apresentada neste estudo, por forma a avaliar se as chefias procuravam recompensar o trabalho desenvolvido e se atuavam de forma justa e isenta para com os colaboradores. Desta forma a escala utilizada neste trabalho é composta por 11 itens avaliados através de uma escala do tipo *Likert* que varia entre 1 (Discordo Totalmente) e 7 (Concordo Totalmente) variando o seu score entre 11 (valor mínimo de apoio de gestão) e 77 (valor máximo de apoio de gestão).

#### ➤ Escala de Motivação

A escala de motivação utilizada neste estudo tem por base a escala “*Intrinsic Motivation Scale*” desenvolvida por Grant (2008) e que é composta por oito itens. De acordo com Tabernero e Hernandez (2011) o recurso a esta escala é um bom preditor de desempenho, uma vez que quanto mais motivado estiver o colaborador, melhor será o seu desempenho.

Os itens desta escala são avaliados numa escala tipo *Likert* que varia entre o 1 (Discordo Totalmente) e o 7 (Concordo Totalmente), variando o seu score total entre 8 (valor mínimo de motivação intrínseca do colaborador) e o 56 (valor máximo de motivação intrínseca do colaborador).

➤ Escala de Estilos de Vida

Para estudar os estilos de vida foi adotada uma variação da escala QACS que foi originalmente desenvolvida por Hettler em 1982 na Universidade de Wisconsin-Stevens Point num programa desenvolvido com o objetivo de melhorar o estilo de vida dos estudantes, tendo sido adaptada e validada na população portuguesa por Ribeiro (2004). Após este programa foi possível compreender que cada pessoa adota um estilo de vida próprio que se vai alterando diariamente de acordo com as suas necessidades emocionais, sociais, físicas, profissionais e espirituais (Ribeiro, 2004).

Ribeiro (2004) afirma que o QACS se trata de uma forma de “classificação de comportamentos de saúde, com características adequadas para avaliar o que as pessoas fazem para cuidar da sua saúde e evitar as doenças” (p. 393).

A escala QACS adaptada e validada para a população portuguesa por Ribeiro (2004) é composta originalmente por 28 itens avaliados através de uma escala do tipo *Likert* que varia entre 1 (Quase Sempre – 90% ou mais das vezes) e 5 (menos de 10% das vezes) (Ribeiro, 2004).

A versão utilizada neste estudo é uma versão adaptada e transformada do QACS, pelo primeiro orientador, composta por 22 itens (sendo que o item 1 foi alterado e os itens 2, 15, 18, 19, 26 e 27 da escala original foram eliminados) avaliados através de uma escala tipo *Likert* que varia de quase sempre: 90% - 100% onde é atribuído o valor 7 a quase nunca: 0 - 10% das vezes onde é atribuído o valor 1. O *score* obtido pode variar entre os 154 (melhor comportamento e atitude face à saúde) e 22 (pior atitude e comportamento face à saúde) (Ribeiro, 2004).

Esta escala é composta por cinco dimensões, estando os itens distribuídos pelas mesmas da seguinte forma:

Exercício Físico – 1, 2

Nutrição – 3, 4, 5, 18

Autocuidado – 7, 8, 9, 10, 11, 19, 20, 21, 22

Segurança Motorizada – 12, 13

Drogas e similares – 6, 14, 15, 16, 17

➤ Escala de *Burnout*

A escala de *burnout* utilizada neste estudo tem por base a versão adaptada e traduzida para português por Melo, Gomes e Cruz (1999) do “*Maslach Burnout Inventory*” (Gomes & Cruz, 2004; Maslach, & Jackson, 1981), é composta por 22 itens, com uma escala de *Likert* composta por 7 graus de resposta que variam entre o “0” (Nunca) e o “6” (Todos os dias) e apresenta um alfa de Cronbach’s de 0.75 (Melo, Gomes & Cruz, 1999).

Esta escala apresenta uma estrutura tridimensional a partir da qual se definiram as variáveis do sujeito com *burnout* (Fonte, 2011; Maslach, & Jackson, 1981):

- Exaustão emocional – os itens desta escala descrevem os sentimentos de uma pessoa emocionalmente exausta pelo próprio trabalho.
- Despersonalização – os seus itens descrevem uma resposta fria e impessoal face aos clientes dos serviços. Tanto nesta escala como na anterior, os profissionais de saúde com pontuações altas apresentam graus elevados da síndrome de *burnout*. Contudo, apesar de serem medidas de conceitos diferentes, encontram-se relacionadas.
- Realização pessoal – os itens desta escala descrevem sentimentos de êxito e competência no trabalho com pessoas. Ao contrário das outras duas escalas, as pontuações mais baixas são indicativas da existência da síndrome de *burnout*. Esta variável pode ser considerada como o oposto do cansaço emocional e da despersonalização. Apesar disso é ainda possível observar correlações baixas com as outras escalas.

Para podermos afirmar que um individuo sofre de *burnout* é necessário que este apresente elevados níveis de exaustão emocional e despersonalização e baixos níveis de realização pessoal.

A versão traduzida e adaptada do “*Maslach Burnout Inventory*” tem por base as pontuações abaixo indicadas (Quadro 3.2):

Quadro 3.2 - Classificação tripartida e estatística na amostra original

		Classificação			Estatística	
Amostra Original	Escalas	Baixa	Média	Alta	Média	Desvio Padrão
Profissionais Médicos (N = 1.104)	EE	<19	19-26	>26	22,19	9,53
	DP	<6	6-9	>9	7,12	5,22
	RP	>39	34-39	<34	36,53	7,34

Os itens desta escala estão distribuídos pelas suas três dimensões da seguinte forma:

Exaustão Emocional – 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20

Despersonalização – 5, 10, 11, 15, 22

Realização Pessoal – 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

#### ➤ Escala de Desempenho Profissional

Por forma a avaliar a perceção de cada colaborador ao seu desempenho profissional foi utilizada nesta investigação uma escala construída e fornecida pelo primeiro orientador que teve por base a escala “*Self-appraisals of Job Performance*” desenvolvida por Meyer (1980).

A escala original é composta por quatro itens que são avaliados segundo uma escala do tipo *Likert* que varia entre 1 (Discordo Totalmente) e 7 (Concordo Totalmente), variando o seu score total entre 4 (valor mínimo de desempenho profissional do colaborador) e o 28 (valor máximo de desempenho profissional do colaborador).

Contudo a escala utilizada neste estudo, trata-se de uma versão adaptada pelo primeiro orientador (onde foram transformados todos os 4 itens iniciais e acrescentados mais dois itens), é composta por seis itens avaliados segundo uma escala do tipo *Likert* que varia entre 1 (Péssimo) e 7 (Excelente), variando o seu score total entre 5 (valor mínimo de desempenho profissional do colaborador) e o 42 (valor máximo de desempenho profissional do colaborador).

### **3.6. Procedimentos éticos e legais**

O processo de um estudo de investigação que seja realizado junto da população implica o levantamento de problemas morais e éticos. Deste modo, e face à conduta humana, foram realizadas leis e normas que se regem por um conjunto de valores que permitem a orientação de julgamentos, segundo as atitudes e comportamentos de indivíduo ou de uma população. No sentido de responder à violação destas regras e normas construídas segundo aquilo que se prevê que seja uma sociedade e respeitando cada ser de forma holística, foram desenvolvidos códigos de ética no âmbito nacional e internacional com o objetivo de dirigir o processo de investigação junto da população (Fortin, 1999).

Deste modo, e por forma a respeitar a integridade humana e toda a sua vertente holística, cada participante selecionado para fazer parte do estudo tem o direito de decidir se pretende efetivamente participar ou não, e conhecer as características e objetivos do trabalho de investigação. Neste estudo foi então utilizada uma declaração do consentimento de participação informado (Apêndice 2) que permite ao indivíduo ter conhecimento do objetivo do estudo e consentir a sua participação no mesmo após o esclarecimento de dúvidas existentes. Existe também o cumprimento no que diz respeito à privacidade do indivíduo, tendo o mesmo o direito de não querer a divulgação da sua informação pessoal, sendo que é intrínseco o respeito à confidencialidade de cada participante no trabalho de investigação, mantendo desta forma o questionário no anonimato (Meireles, 2007).

Para proceder à colheita de dados junto da amostra selecionada foi ainda realizado um pedido de autorização ao Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração do

CHA (Apêndice 3), com o objetivo de respeitar os valores éticos e legais da referida instituição.

## 4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo será apresentada a análise aos dados obtidos através da aplicação dos questionários aos profissionais de saúde do Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro. Serão apresentadas estatísticas descritivas por forma a possibilitarem uma apresentação simples da informação e também as estatísticas inferenciais de forma a apresentar as relações significativas existentes entre as variáveis em estudo.

### 4.1. Estatísticas Descritivas

A caracterização da população em estudo é obtida através da primeira parte do questionário aplicado, onde é possível encontrar um conjunto de questões de âmbito sociodemográfico e contextual dos profissionais de saúde inquiridos.

No presente estudo foram analisados 225 questionários considerados válidos. Neste estudo 80,4% dos indivíduos são do género feminino e 19,6% são do género masculino. O que seria de esperar uma vez que nas profissões analisadas a maioria dos profissionais são do género feminino.

Verificamos que as idades dos inquiridos das diferentes profissões variam entre os 19 e os 66 anos, sendo a média de 31,97 anos.

Relativamente ao estado civil verifica-se que a maioria dos inquiridos são solteiros, 60,9%, já o estado civil com menos representação são os viúvos, 3,1%. Este resultado vai de encontro à média de idades obtida, uma vez que atualmente os indivíduos se casam e constituem família mais tarde e a média de idades obtida nos demonstra que se trata de uma população mais jovem.

Da análise dos filhos dependentes a cargos é possível concluir que a maioria dos inquiridos não apresenta filhos a cargo 69,8%, e dos indivíduos com filhos a maioria tem apenas um filho, 18,7%.

Quando se analisa as habilitações académicas é possível constatar que 53,3% indivíduos detêm a Licenciatura, 16,9% o grau de Mestre e 10,7% o Ensino Secundário, sendo estas as habilitações mais observadas.

Em relação ao local de residência foi possível concluir que a maioria dos inquiridos vive em meio urbano 76,4%, enquanto que apenas 23,6% vivem em meio rural.

Em termos da profissão que exerce a maioria dos indivíduos inquiridos são Enfermeiros, 60,9% enquanto 21,3% são Assistentes Operacionais e 17,8% Médicos. Esta análise também confirma os resultados obtidos na variável habilitações académicas confirmando que a maioria dos indivíduos tem habilitações académicas mais qualificadas.

Foi ainda possível constatar a grande amplitude de anos de exercício de profissão dos inquiridos que variam entre 1 ano e 41 anos, sendo a média de anos de profissão de 7,01 anos.

Relativamente à situação contratual a maioria dos inquiridos encontra-se em regime de Contrato Individual de Trabalho, 81,3% enquanto que apenas 18,7% se encontram em Contrato de Funções Públicas.

Verificamos ainda que a generalidade dos inquiridos não se encontra em situação de pluriemprego, 66,2%.

Relativamente à diversidade de horas de trabalho semanais constatamos que variam entre as 35 horas semanais e as 80 horas semanais, sendo a média de 43,52 de horas de trabalho semanais.

Na análise à questão se mudaria de profissão a maioria dos inquiridos responde não, 67,1%, contra os 32,9% que afirmam que gostariam de mudar de profissão.

- **Estatísticas da escala Apoio de Gestão**

Devido às alterações efetuadas nesta escala para a sua utilização na colheita de dados deste estudo não foi possível efetuar o estudo psicométrico desta escala por não existir

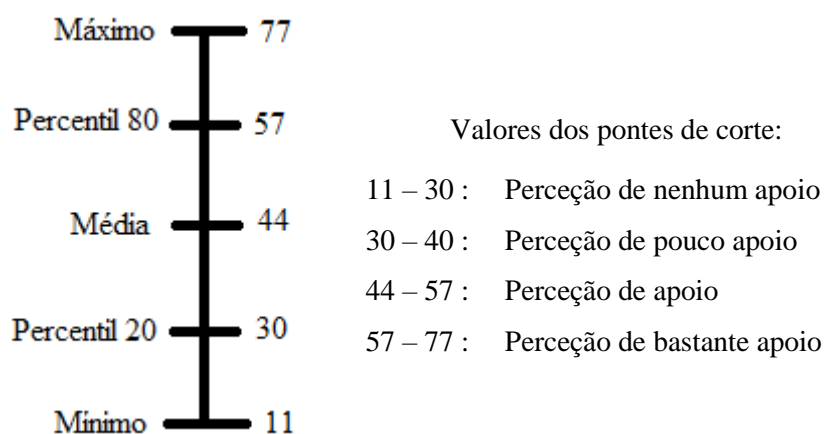
poder de comparação. Contudo são apresentados os valores considerados como mais relevantes da análise descritiva:

Quadro 4.1 – Estatísticas Descritivas da Escala Apoio de Gestão

Escala Apoio de Gestão	Média	Desvio Padrão
	44,36	14,363

Na impossibilidade de comparar os nossos valores com os valores de referência da escala original (por ter sido alterada), recorreremos aos pontos de corte para uma melhor interpretação dos resultados. Desta forma considerámos que valores acima da média são bons valores, que valores superiores ao percentil 80 são muito bons valores e que os valores inferiores ao percentil 20 são muito maus valores.

Figura 4.1 – Valores dos pontos de corte da Escala Apoio de Gestão



Da análise destes dados concluímos que a maioria dos inquiridos (52,9%) refere sentir-se apoiado pelas suas chefias. Sendo que os profissionais que apresentam melhores valores de apoio de chefia são os assistentes operacionais (31,9% referem sentir-se bastante apoiados).

- **Estatísticas da escala Motivação**

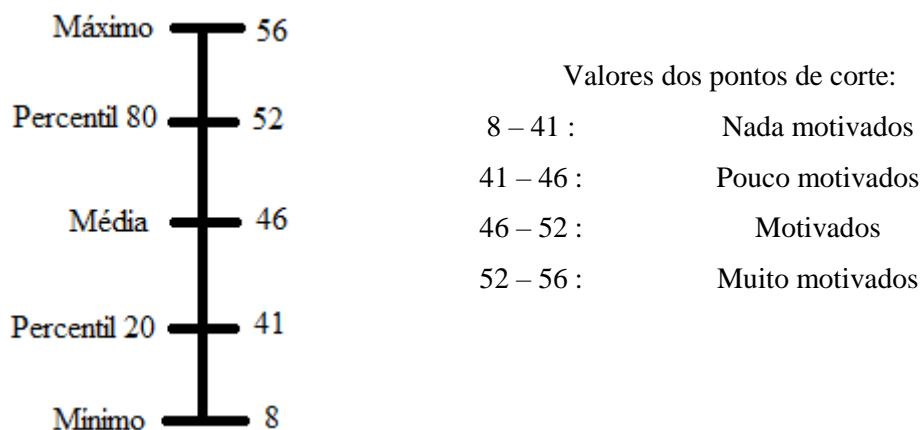
Devido às alterações efetuadas nesta escala para a sua utilização na colheita de dados deste estudo não foi possível efetuar o estudo psicométrico desta escala, não existindo por isso poder de comparação. Contudo são apresentados os valores considerados como mais relevantes da análise descritiva:

Quadro 4.2 – Estatísticas Descritivas da Escala Motivação

Escala Motivação	Média	Desvio Padrão
	45,74	7,455

Na impossibilidade de comparar os nossos valores com os valores de referência da escala original (por ter sido alterada), recorreremos aos pontos de corte para uma melhor interpretação dos resultados. Desta forma considerámos que valores acima da média são bons valores, que valores superiores ao percentil 80 são muito bons valores e que os valores inferiores ao percentil 20 são muito maus valores.

Figura 4.2 – Valores dos pontos de corte da Escala Motivação



Da análise destes dados constatámos que a maioria dos inquiridos (63,5%) refere sentir-se motivado. Sendo que os profissionais que apresentam melhores valores de motivação são os enfermeiros (22,6% referem sentir-se muito motivados) seguidos dos médicos (22,5% referem sentir-se muito motivados).

- **Estatísticas da Escala Estilos de Vida**

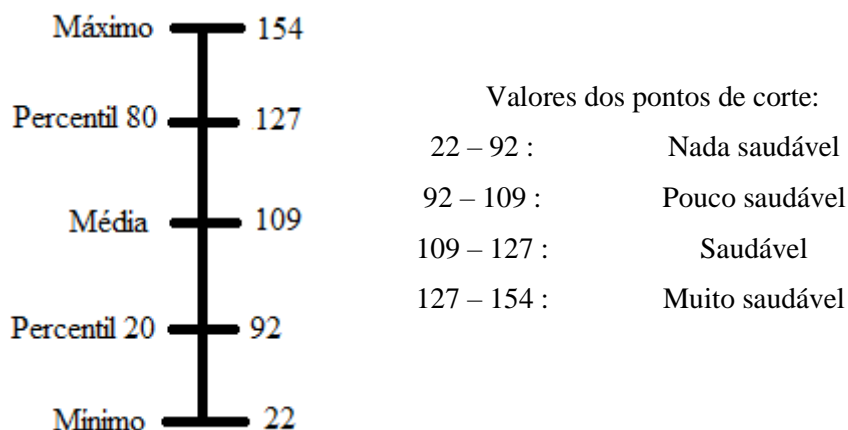
Devido às alterações efetuadas nesta escala para a sua utilização na colheita de dados deste estudo não foi possível efetuar o estudo psicométrico desta escala, não existindo por isso poder de comparação. Contudo são apresentados os valores considerados como mais relevantes da análise descritiva:

Quadro 4.3 – Estatísticas Descritivas da Escala Estilos de Vida

Dimensão	Média	Desvio Padrão
Exercício Físico	6,16	4,491
Nutrição	17,54	5,987
Auto-Cuidado	46,52	9,325
Segurança Motorizada	10,24	3,403
Drogas e Similares	28,94	6,228
Score Total	109,41	20,529

Na impossibilidade de comparar os nossos valores com os valores de referência da escala original (por ter sido alterada), recorreremos aos pontos de corte para uma melhor interpretação dos resultados. Desta forma considerámos que valores acima da média são bons valores, que valores superiores ao percentil 80 são muito bons valores e que os valores inferiores ao percentil 20 são muito maus valores.

Figura 4.3 – Valores dos pontos de corte da Escala Estilos de Vida



Da análise destes dados verificamos que a maioria dos inquiridos (56%) refere adotar estilos de vida saudáveis. Sendo que os profissionais que apresentam melhores comportamentos face aos estilos de vida são os enfermeiros (22,6%).

- **Estatísticas da escala “*Maslach Burnout Inventory*” - MBI**

Para a análise descritiva das subescalas que compõe o *burnout* nos profissionais de saúde consideradas no presente estudo (vide Quadro 4.5), foram calculadas as percentagens, as médias e os desvios padrão utilizando os valores de referência dos autores apresentados no Quadro 3.2 da página 36.

Desta forma para a subescala Exaustão Emocional (EE) nos profissionais de saúde do CHA – UF verificamos que 44,9% apresentam altos níveis de Exaustão Emocional, 17,3% apresentam níveis médios de Exaustão Emocional e 37,8% apresentam baixos níveis de Exaustão Emocional.

Para a subescala Despersonalização (DP) nos profissionais de saúde do CHA – UF verificamos que 29,3% apresentam altos níveis de Despersonalização, 17,8% apresentam níveis médios de Despersonalização e 52,9% apresentam baixos níveis de Despersonalização.

Já para a subescala Realização Pessoal (RP) nos profissionais de saúde do CHA – UF verificamos que 35,6% apresentam altos níveis de Realização Pessoal, 31,1% apresentam níveis médios de Realização Pessoal e 33,3% apresentam baixos níveis de Realização Pessoal.

Comparativamente com os valores de referência da versão traduzida e adaptada do “*Maslach Burnout Inventory*” foi possível verificar que nas subescalas Exaustão Emocional (EE) e Despersonalização (DP) os valores das médias do presente estudo são ligeiramente mais elevados já na subescala Realização Pessoal (RP) o valor da média do presente estudo é ligeiramente mais baixo. Foi ainda possível constatar que os valores do desvio padrão de todas as subescalas do presente estudo são também eles ligeiramente superiores aos valores de referência, o que nos indica uma amplitude de respostas superior (vide Quadro 4.5).

Fazendo uma comparação com os dados obtidos por Pacheco (2005) num estudo em que foi avaliado o *burnout* nos profissionais de saúde do Hospital Distrital de Faro (vide quadro 4.4) é possível constatar que no presente estudo as percentagens de profissionais com altos níveis de exaustão emocional (44,9%) e de despersonalização (29,3%) são maiores assim como existe também uma maior percentagem de baixo nível de realização pessoal (33,3%), o que nos permite concluir que os profissionais de saúde do CHA – UF apresentam neste momento maior risco de *burnout* do que em 2005.

Quadro 4.4 – Percentagens e estatísticas das subescalas do *burnout* nos profissionais de saúde do Hospital Distrital de Faro (Pacheco, 2005)

Amostra	Escala	Percentagens			Estatística	
		Baixa	Média	Alta	Média	Desvio Padrão
Profissionais de Saúde (N = 186)	EE	56,5	22,5	21	17,82	11,572
	DP	53,8	20,4	25,8	6,47	5,581
	RP	30,1	30,7	39,2	34,63	7,641

Quadro 4.5 - Percentagens e estatísticas das subescalas do *burnout* nos profissionais de saúde do CHA – UF e estatísticas de referência

Amostra CHA – UF	Escala	Classificação						Estatística do Estudo		Estatísticas de Referência	
		Baixa	%	Média	%	Alta	%	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Profissionais de Saúde (N = 225)	EE	<19	37,8	19-26	17,3	>26	44,9	24,63	11,915	22,19	9,53
	DP	<6	52,9	6-9	17,8	>9	29,3	7,14	5,638	7,12	5,22
	RP	>39	33,3	34-39	31,1	<34	35,6	35,10	7,360	36,53	7,34

Da análise destes dados constatámos que a relativamente à Exaustão Emocional os profissionais com valores mais elevados são os assistentes operacionais (58,3%), seguidos dos enfermeiros (44,5%) e por fim dos médicos (30%). Já em relação à Despersonalização os enfermeiros são os profissionais com valores mais elevados (29,9%), seguidos dos assistentes operacionais (29,2%) e por fim dos médicos (27,5%). Por fim no que se refere à realização pessoal os assistentes operacionais são os que

apresentam valores mais elevados (39,6%), seguidos dos médicos (35%) e por fim dos enfermeiros (34,3%) (vide Quadro 4.6).

Quadro 4.6 - Percentagens das subescalas do *burnout* nos Assistentes Operacionais do CHA – UF por categorias profissionais

Amostra CHA – UF	Escala	Classificação					
		Baixa	%	Média	%	Alta	%
Assistentes Operacionais (N = 48)	EE	<19	31,3	19-26	10,4	>26	58,3
	DP	<6	54,2	6-9	16,7	>9	29,2
	RP	>39	37,5	34-39	22,9	<34	39,6
Enfermeiros (N = 137)	EE	<19	37,2	19-26	18,2	>26	44,5
	DP	<6	49,6	6-9	20,4	>9	29,9
	RP	>39	31,4	34-39	34,3	<34	34,3
Médicos (N = 40)	EE	<19	47,5	19-26	22,5	>26	30,0
	DP	<6	62,5	6-9	10,0	>9	27,5
	RP	>39	35,0	34-39	30,0	<34	35,0

- **Estatísticas da escala Desempenho Profissional**

Devido às alterações efetuadas nesta escala para a sua utilização na colheita de dados deste estudo não foi possível efetuar o estudo psicométrico desta escala, não existindo por isso poder de comparação. Contudo são apresentados os valores considerados como mais relevantes da análise descritiva:

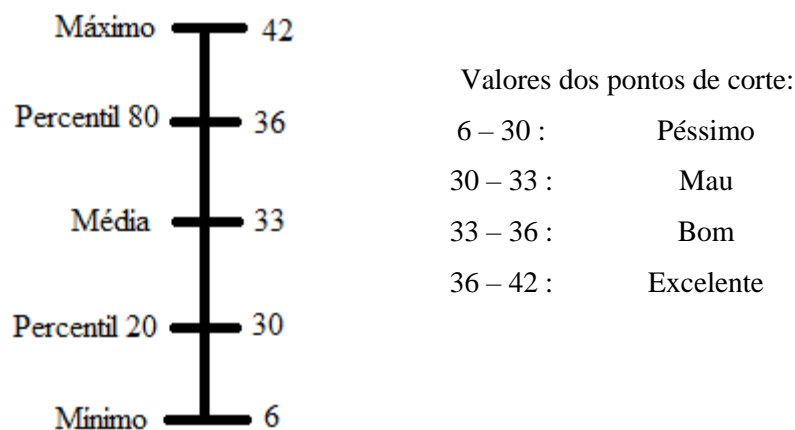
Quadro 4.7 – Estatísticas Descritivas da Escala Desempenho Profissional

Escala Desempenho Profissional	Média	Desvio Padrão
	32,64	3,982

Na impossibilidade de comparar os nossos valores com os valores de referência da escala original (por ter sido alterada), recorreremos aos pontos de corte para uma melhor interpretação dos resultados. Desta forma considerámos que valores acima da média são

bons valores, que valores superiores ao percentil 80 são muito bons valores e que os valores inferiores ao percentil 20 são muito maus valores.

Figura 4.4 – Valores dos pontos de corte da Escala Desempenho Profissional



Da análise destes dados constatámos que a maioria dos inquiridos (52,9%) refere apresentar um desempenho negativo. Sendo que os profissionais que apresentam melhores valores de desempenho profissional são os médicos (30% referem apresentar um desempenho excelente) seguidos dos enfermeiros (29,2% referem apresentar um desempenho excelente).

## 4.2. Estatísticas Inferenciais

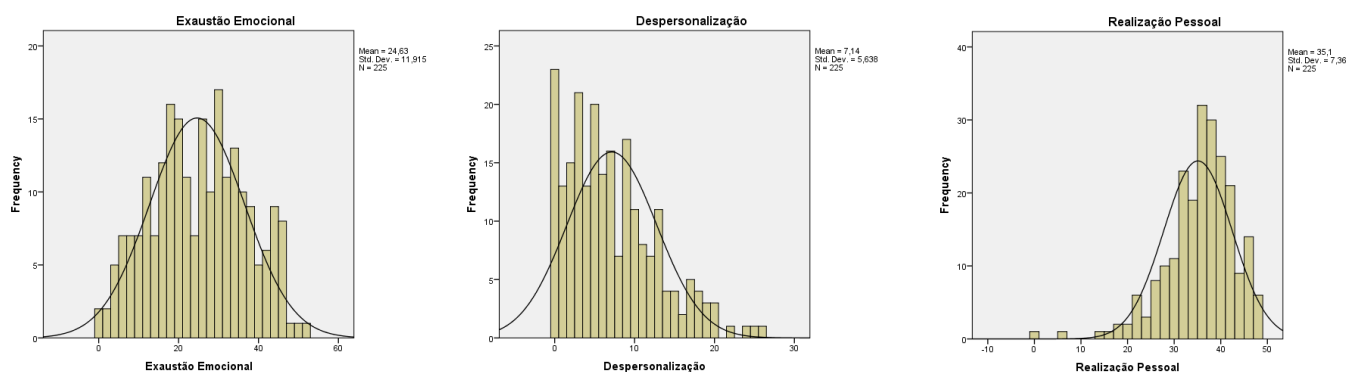
Para além da análise descritiva apresentada anteriormente, realizaram-se testes de hipóteses entre variáveis por forma a avaliar a existência de relações significativas entre as mesmas, possibilitando a inferência de fenómenos de causa efeito e identificação de problemas. Foram cruzadas todas as variáveis consideradas relevantes para o estudo, para um  $\alpha = 0,05$ .

## 4.3. Análise da normalidade das distribuições

De forma a pudermos decidir quais os testes de hipótese mais adequado a utilizar neste estudo foi avaliada a normalidade das distribuições, tendo sido realizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* = 0,051 por ser o teste utilizado para amostras superiores a 50.

Após a análise à normalidade das distribuições do *burnout*, foi possível constatar que a amostra não segue uma distribuição normal (tal como é ilustrado nos histogramas seguintes) motivo pelo qual foram utilizados os testes não paramétricos para a análise dos dados.

Figura 4.5 – Histogramas de Normalidade



#### 4.4. Resultados das hipóteses de investigação

##### H1 – O apoio de gestão tem uma influência significativa no desempenho profissional

Após a aplicação do Teste de Correlação de *Spearman*, obtivemos resultados sem significado estatístico (tal como ilustrado no Quadro 4.8), revelando-se por isso, a inexistência de relação estatisticamente significativa entre o apoio de gestão e o desempenho profissional.

Quadro 4.8 – Relação entre o apoio de gestão e o desempenho profissional

Rho	p
0,054	0,420

Importa ainda referir que ao contrário do que seria espectável o apoio de gestão não influencia o desempenho dos profissionais, este fator pode estar relacionado com o facto de o apoio de gestão ser um conceito bastante complexo e neste estudo ter sido avaliado

por um instrumento composto por poucos itens e ainda aparentemente estes avaliarem mais a chefia do que a liderança.

### **H2 – A motivação tem uma influência significativa no desempenho profissional**

Após a aplicação do Teste de Correlação de *Spearman*, foi possível constatar que existem diferenças estatisticamente significativas (vide Quadro 4.9) entre a motivação e o desempenho profissional, sendo que quanto mais motivados os profissionais de saúde estejam melhor será o seu desempenho profissional.

Quadro 4.9 – Relação entre a motivação e o desempenho profissional

Rho	p
0,464	0,0001

### **H3 – Os estilos de vida tem uma influência significativa no desempenho profissional**

Após a aplicação do Teste de Correlação de *Spearman*, foi possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas (tal como ilustrado no Quadro 4.10) entre os estilos de vida e o desempenho profissional.

Quadro 4.10 – Relação entre os estilos de vida e o desempenho profissional

Rho	p
0,201	0,002

Existe entre estas duas variáveis uma correlação fraca contudo estatisticamente significativa entre as mesmas, o que demonstra que quanto mais saudáveis são os estilos de vida adotados pelos profissionais de saúde melhor será o seu desempenho profissional.

**H4 – O desempenho profissional tem uma influência significativa no *burnout***

- Relação entre o desempenho profissional e a exaustão emocional

Após a aplicação do Teste de Correlação de *Spearman*, concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas (vide Quadro 4.11) entre o desempenho profissional e a exaustão emocional, sendo que quanto pior desempenho profissional os indivíduos apresentam maiores são os seus níveis de exaustão emocional apresentados.

Quadro 4.11 – Relação entre o desempenho profissional e a exaustão emocional

Rho	p
-0,259	0,0001

- Relação entre o desempenho profissional e a despersonalização

Após a aplicação do Teste de Correlação de *Spearman*, foi possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas (tal como ilustrado no Quadro 4.12) entre a percepção do desempenho profissional e a despersonalização, sendo que quanto pior desempenho profissional os indivíduos apresentam maiores são os níveis de despersonalização apresentados.

Quadro 4.12 – Relação entre o desempenho profissional e a despersonalização

Rho	p
-0,148	0,027

- Relação entre o desempenho profissional e a realização pessoal

Após a aplicação do Teste de Correlação de *Spearman*, foi possível constatar que existem diferenças estatisticamente significativas (tal como ilustra o Quadro 4.13) entre o desempenho profissional e a realização pessoal, sendo que quanto melhor desempenho profissional os indivíduos apresentam maiores são os seus níveis de realização pessoal apresentados.

Quadro 4.13 – Relação entre o desempenho profissional e a realização pessoal

Rho	P
0,476	0,0001

Além dos testes realizados às quatro hipóteses principais em estudo foram ainda realizados testes correlacionais entre outras variáveis consideradas como significativas para o estudo. Sendo os resultados destas correlações apresentados abaixo.

○ **Relação entre o apoio de gestão e a exaustão emocional**

Após a aplicação do Teste de Correlação de *Spearman*, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas (vide Quadro 4.14) entre o apoio de gestão e a exaustão emocional, sendo que quanto pior o apoio de gestão prestado aos profissionais de saúde maiores são os seus níveis de exaustão emocional apresentados.

Quadro 4.14 – Relação entre o apoio de gestão e a exaustão emocional

Rho	P
-0,287	0,0001

Mais uma vez este facto parece estar relacionado com o facto do instrumento que avalia o apoio de gestão estar mais virado para avaliação de chefia do que para a avaliação da liderança.

○ **Relação entre o apoio de gestão e a despersonalização**

Após a aplicação do Teste de Correlação de *Spearman*, obtivemos resultados sem significado estatístico (vide Quadro 4.15), revelando-se por isso, a inexistência de relação estatisticamente significativa entre o apoio de gestão e a despersonalização.

Quadro 4.15 – Relação entre o apoio de gestão e a despersonalização

Rho	p
-0,126	0,059

○ **Relação entre o apoio de gestão e a realização pessoal**

Após a aplicação do Teste de Correlação de Spearman, obtivemos resultados sem significado estatístico (tal como ilustra o Quadro 4.16), revelando-se por isso, a inexistência de relação estatisticamente significativa entre o apoio de gestão e a realização pessoal.

Quadro 4.16 – Relação entre o apoio de gestão e a realização pessoal

Rho	p
0,113	0,092

○ **Relação entre a motivação e a exaustão emocional**

Após a aplicação do Teste de Correlação de Spearman, concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas (vide Quadro 4.17) entre a motivação e a exaustão emocional, sendo que quanto menor for a motivação dos profissionais de saúde maiores são os seus níveis de exaustão emocional.

Quadro 4.17 – Relação entre a motivação e a exaustão emocional

Rho	p
-0,384	0,0001

○ **Relação entre a motivação e a despersonalização**

Após a aplicação do Teste de Correlação de Spearman, foi possível constatar que existem diferenças estatisticamente significativas (tal como ilustrado no Quadro 4.18) entre a motivação e a despersonalização, sendo que quanto menor a motivação dos profissionais de saúde maiores são os níveis de despersonalização.

Quadro 4.18 – Relação entre a motivação e a despersonalização

Rho	p
-0,202	0,002

○ **Relação entre a motivação e a realização pessoal**

Após a aplicação do Teste de Correlação de *Spearman*, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas (vide Quadro 4.19) entre a motivação e a realização pessoal, sendo que quanto maior for a motivação dos profissionais de saúde melhores são os seus níveis de realização pessoal.

Quadro 4.19 – Relação entre a motivação e a realização pessoal

Rho	p
0,366	0,0001

○ **Relação entre os estilos de vida e a exaustão emocional**

Após a aplicação do Teste de Correlação de *Spearman*, obtivemos resultados sem significado estatístico (tal como ilustra o Quadro 4.20), revelando-se por isso, a inexistência de relação estatisticamente significativa entre os estilos de vida e a exaustão emocional.

Quadro 4.20 – Relação entre os estilos de vida e a exaustão emocional

Rho	p
-0,077	0,251

○ **Relação entre os estilos de vida e a despersonalização**

Após a aplicação do Teste de Correlação de *Spearman*, obtivemos resultados sem significado estatístico (vide Quadro 4.21), revelando-se por isso, a inexistência de relação estatisticamente significativa entre os estilos de vida e a despersonalização.

Quadro 4.21 – Relação entre os estilos de vida e a despersonalização

Rho	p
-0,031	0,648

○ **Relação entre os estilos de vida e a realização pessoal**

Após a aplicação do Teste de Correlação de Spearman, concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas (vide Quadro 4.22) entre os estilos de vida e a realização pessoal, sendo que quanto melhores forem os estilos de vida adotados pelos profissionais de saúde melhores são os seus níveis de realização pessoal.

Quadro 4.22 – Relação entre os estilos de vida e a realização pessoal

Rho	p
0,213	0,001

Importa referir que provavelmente o facto de os profissionais de saúde envolvidos neste estudo apresentarem estilos de vida considerados saudáveis (Média = 109,41) leva a que não existam repercussões estatisticamente significativas dos estilos de vida na exaustão emocional nem na despersonalização.

#### 4.5. Outras relações estatísticas entre as variáveis em estudo

Para além das relações entre as hipóteses de investigação inicialmente formuladas foram ainda encontradas relações estatisticamente significativas entre outras variáveis em estudo.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o género e a despersonalização. Os homens sofrem mais do fenómeno de despersonalização do que as mulheres.

Quadro 4.23 – Relação entre o género e a despersonalização

	Média dos Postos	Mann-Whitney U	p
Homens	136,31	2.956,500	0,008
Mulheres	107,33		

No que diz respeito à variável situação contratual foi possível perceber que existem diferenças estatisticamente significativas com a despersonalização. Os profissionais em situação de Contrato Individual de Trabalho (CIT) apresentam níveis mais elevados de despersonalização do que os profissionais com Contrato em Funções Públicas (FP).

Quadro 4.24 – Relação entre a situação contratual e a despersonalização

	Média dos Postos	Mann-Whitney U	P
CIT	120,94	5.296,500	0,0001
FP	78,39		

Relativamente à variável situação contratual é ainda possível perceber que apresenta diferenças estatisticamente significativas em relação à realização pessoal. Os profissionais em Contrato em Funções Públicas apresentam melhores níveis de realização pessoal do que os profissionais com Contrato Individual de Trabalho.

Quadro 4.25 – Relação entre a situação contratual e a realização pessoal

	Média dos Postos	Mann-Whitney U	P
CIT	108,50	3.019,500	0,030
FP	132,61		

No que respeita à variável apoio de gestão é possível encontrar diferenças estatisticamente significativas com o facto da possibilidade de mudar de profissão. Os profissionais que têm mais apoio de gestão não mudariam de profissão.

Quadro 4.26 – Relação entre o apoio de gestão e se mudaria de profissão

	Média dos Postos	Mann-Whitney U	p
Mudaria de profissão	98,61	6.652,000	0,020
Não mudaria de profissão	120,05		

Relativamente à variável motivação é possível perceber que apresenta diferenças estatisticamente significativas com a motivação. Os profissionais mais motivados não ponderam mudar de profissão.

Quadro 4.27 – Relação entre a motivação e se mudaria de profissão

	Média dos Postos	Mann-Whitney U	p
Mudaria de profissão	68,31	8.894,000	0,0001
Não mudaria de profissão	134,90		

No que se refere ao desempenho profissional é possível perceber que existem diferenças estatisticamente significativas com o facto de querer mudar de profissão. Os profissionais com melhores níveis de desempenho profissional não ponderam mudar de profissão.

Quadro 4.28 – Relação entre o desempenho profissional e se mudaria de profissão

	Média dos Postos	Mann-Whitney U	p
Mudaria de profissão	86,70	7.533,500	0,0001
Não mudaria de profissão	125,89		

Relativamente à variável exaustão emocional é perceptível que existem diferenças significativas com o facto de querer mudar de profissão. Os profissionais que sofrem de maiores níveis de exaustão emocional são os que referem que gostariam mudar de profissão.

Quadro 4.29 – Relação entre a exaustão emocional e se mudaria de profissão

	Média dos postos	Mann-Whitney U	p
Mudaria de profissão	159,55	2.142,000	0,0001
Não mudaria de profissão	90,19		

No que respeita à variável despersonalização foi possível perceber que apresenta diferenças estatisticamente significativas com o facto de querer mudar de profissão. Os profissionais que sofrem mais de despersonalização são os que referem que gostariam de mudar de profissão.

Quadro 4.30 – Relação entre a despersonalização e se mudaria de profissão

	Médias dos Postos	Mann-Whitney U	P
Mudaria de profissão	134,43	4,001,500	0,001
Não mudaria de profissão	102,50		

Relativamente à variável realização pessoal apresenta diferenças estatisticamente significativas com a variável mudaria de profissão. Os profissionais que tem melhores níveis de realização pessoal são os que não pretendem mudar de profissão.

Quadro 4.31 – Relação entre a realização pessoal e se mudaria de profissão

	Média dos Postos	Mann-Whitney U	p
Mudaria de profissão	92,87	7.076,500	0,001
Não mudaria de profissão	122,86		

No que se refere à variável habilitações académicas apresenta diferenças estatisticamente significativas com a variável estilos de vida. Os profissionais especialistas e mestres são os que adotam melhores estilos de vida.

Quadro 4.32 – Relação entre as habilitações académicas e os estilos de vida

	Média dos Postos	Chi-Square	p
Ensino Básico	77,68	20,660	0,002
Ensino Secundário	75,96		
Bacharelato	214,50		
Licenciatura	116,37		
Pós-Graduação	122,13		
Mestrado	132,20		
Especialização	132,59		

Relativamente à variável desempenho profissional esta apresenta diferenças estatisticamente significativas para com a variável habilitações académicas. Os indivíduos pós-graduados são os que apresentam melhor desempenho profissional seguidos dos especializados e dos mestres.

Quadro 4.33 – Relação entre as habilitações académicas e o desempenho profissional

	Média dos Postos	Chi-Square	p
Ensino Básico	77,55	15,541	0,016
Ensino Secundário	101,00		
Bacharelato	178,00		
Licenciatura	112,53		
Pós-Graduação	163,75		
Mestrado	118,51		
Especialização	125,23		

No que respeita à variável estilos de vida foi possível perceber que apresenta diferenças estatisticamente significativas para com a profissão. Os enfermeiros são os profissionais que adotam melhores estilos de vida, seguidos pelos médicos e depois pelos assistentes operacionais.

Quadro 4.34 – Relação entre os estilos de vida e a profissão

	Média dos Postos	Chi-Square	p
Assistentes Operacionais	85,46	10,933	0,004
Enfermeiros	120,69		
Médicos	119,71		

Relativamente à variável de apoio de gestão foi possível perceber que apresenta diferenças estatisticamente significativas com a profissão exercida. Os assistentes operacionais são os que se sentem mais apoiados pelas chefias, seguidos dos médicos e por fim dos enfermeiros.

Quadro 4.35 – Relação entre o apoio de gestão e a profissão

	Média dos Postos	Chi-Square	p
Assistentes Operacionais	133,53	7,276	0,026
Enfermeiros	104,53		
Médicos	117,36		

No que se refere à variável motivação foi possível perceber que apresenta diferenças estatisticamente significativas com a profissão desempenhada. Os médicos são os que apresentam maiores níveis de motivação, seguidos dos enfermeiros e dos assistentes operacionais.

Quadro 4.36 – Relação entre a motivação e a profissão

	Média dos Postos	Chi-Square	p
Assistentes Operacionais	96,81	7,331	0,026
Enfermeiros	112,42		
Médicos	134,41		

Relativamente à variável desempenho profissional foi possível perceber que apresenta diferenças estatisticamente significativas com a variável profissão. Os enfermeiros são os profissionais que apresentam melhor desempenho, seguidos dos médicos e dos assistentes operacionais.

Quadro 4.37 – Relação entre o desempenho profissional e a profissão

	Média dos Postos	Chi-Square	p
Assistentes Operacionais	90,42	7,454	0,024
Enfermeiros	119,69		
Médicos	117,19		

Não deixa de ser curioso que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a profissão desempenhada e as três dimensões que compõe a escala do *burnout*.

Por fim importa ainda referir que foram realizados os mesmos cruzamentos com as variáveis: local de residência, situações de pluriemprego e estado civil contudo nestes casos não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas.

## 5. CONCLUSÕES

Neste capítulo é apresentada uma síntese geral do trabalho de investigação realizado, realçando os principais resultados obtidos. É ainda realizada uma análise crítica ao desenvolvimento do mesmo referindo as principais limitações e sugestões para estudos futuros.

Tendo como área de interesse o *burnout* nos profissionais de saúde, este estudo teve como primeiro propósito determinar quais são os fatores indutores do *burnout* nos profissionais de saúde do CHA – UF.

Dos resultados obtidos foi possível constatar que os profissionais de saúde em estudo apresentam elevados níveis de exaustão emocional (44,9%), foram ainda encontrados valores consideráveis de elevada despersonalização (29,3%) assim como valores preocupantes de baixa realização pessoal (33,3%). Da análise entre os diferentes grupos profissionais foi possível constatar que os assistentes operacionais (58,3%) são os que apresentam valores mais elevados de exaustão emocional, seguidos dos enfermeiros (44,5%) e dos médicos (30%); relativamente à despersonalização os enfermeiros apresentam os valores mais altos (29,9%), seguidos dos assistentes operacionais (29,2%) e dos médicos; por fim no que se refere à realização pessoal foi possível concluir que os assistentes operacionais são os que apresentam valores mais elevados (39,6%), seguidos dos médicos (35%) e dos enfermeiros (34,3%).

Estes valores levam-nos a acreditar que existem vários profissionais de saúde do CHA – UF em *burnout* e muitos outros com elevado risco de desenvolverem esta síndrome.

Relativamente a outras variáveis em estudo foi possível perceber que os profissionais se consideram apoiados pelas suas chefias (52,9%), encontram-se motivados (63,5%), adotam estilos de vida saudáveis (56%) contudo consideram apresentar um desempenho profissional abaixo do desejável (52,9%).

Fazendo uma análise entre os diferentes grupos profissionais foi possível concluir que os assistentes operacionais são a classe profissional com os melhores índices de perceção de apoio de gestão (31,9%); os enfermeiros (22,6%) seguidos pelos médicos

(22,5%) são os profissionais mais motivados; já no que se refere aos estilos de vida os enfermeiros demonstraram adotar estilos de vida mais saudáveis (22,6%); relativamente ao desempenho profissional os médicos (30%) e os enfermeiros (29,2%) demonstram ser os que apresentam melhores valores.

Torna-se ainda importante realçar que os profissionais de saúde com contrato CIT (contrato com maior número de representantes nesta unidade hospitalar) apresentam valores mais baixos de realização pessoal, os enfermeiros são os que consideram apresentar piores níveis de apoio de gestão contudo são a classe profissional em estudo com melhores valores de desempenho e uma das que apresenta melhores níveis de motivação.

Os resultados obtidos neste estudo estão de acordo com os resultados obtidos em estudos realizados anteriormente, porém a ausência de influência estatisticamente significativa entre o apoio de gestão no desempenho profissional causa alguma estranheza. Este fator pode contudo estar relacionado com o facto de o apoio de gestão ser um conceito bastante complexo e neste estudo ter sido avaliado através de um instrumento composto por poucos itens e aparentemente estes mesmos itens avaliarem mais a chefia do que a liderança.

Contudo é ainda igualmente importante referir que apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis apoio de gestão e desempenho profissional, o apoio de gestão influencia a exaustão emocional sendo que os profissionais com pior apoio de gestão apresentam maiores níveis de exaustão profissional.

Importa ainda destacar que os restantes resultados se mostraram bastante satisfatórios ilustrando a influência da motivação no desempenho profissional (quanto maior a motivação dos profissionais melhor é o seu desempenho), assim como a influência da adoção de estilos de vida saudáveis no desempenho profissional (a adoção de estilos de vida mais saudáveis está associada a um melhor desempenho profissional) e ainda a influência do desempenho profissional no *burnout* (quanto menor for o desempenho profissional maior o risco de desenvolvimento da síndrome de *burnout*).

Desta dissertação podem ser retirados resultados bastante importantes para o trabalho diário dos profissionais de saúde, assim como das chefias, decisores políticos e equipas de gestão por forma a reduzir os custos organizacionais assim como o absentismo dos seus profissionais. É indispensável a reflexão sobre os fatores indutores (tais como: o excesso de trabalho, a falta de controlo, a carência de união no grupo de trabalho, a sensação de recompensa diminuta, as situações de injustiça e conflito de valores) do *burnout*, por forma a prevenir o aparecimento dos mesmos. Por esta razão os resultados obtidos serão transmitidos à direção do CHA – UF.

Foi no entanto importante a consciencialização da existência de algumas limitações que condicionaram a realização deste estudo.

Uma das limitações consiste no facto deste estudo se ter desenvolvido num contexto particular e não permitir a extrapolação de resultados a nível nacional.

É ainda igualmente importante referir como limitação deste trabalho as incompatibilidades que se tornaram insuperáveis entre a orientanda e o primeiro orientador levando à necessidade de procurar um segundo orientador que aceitasse concluir o presente trabalho com as limitações apresentadas.

Por último, fica a sugestão para que no futuro possam ser realizados mais trabalhos (com profissionais de saúde de outras áreas e instituições, em populações distintas e em diferentes momentos de avaliação) que comprovem a solidez destas conclusões e possam acrescentar novos fatores indutores da síndrome de *burnout*, uma vez que ainda existe muito para desenvolver nesta área de estudos tendo em consideração a importância dos profissionais para a obtenção de bons resultados nas organizações.

---

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Across, R. (2005). *Psychology, the science and mind and behaviour*. London: Dubai for Hodder Arnold Euston.
- Afful-Broni, A. (2012). Relationship between motivation and job performance at the University of Mines and Technology, Tarkwa, Ghana: leadership lessons. *Creative Education*, 3 (3), 309-314. Acedido a 8 de janeiro de 2016 em: <http://dx.doi.org/10.4236/ce.2012.33049/>.
- Afonso, P.J.A. (2008). *Burnout e o significado do trabalho: a importância das redes sociais em guardas prisionais*. Tese de Mestrado: Departamento de Psicologia Social e das Organizações do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Amabile, T.M. & Conti, R. (1999). Changes in the work environment for creativity during downsizing. *Academy of Management Journal*, 42, 630-640.
- Amabile, T.M., Schatzel, E.A., Moneta, G.B. et al (2004). Leader behaviours and the work environment for creativity: perceived leader support. *Leadership Quarterly*, 14, 5-32.
- Beal, D.J., Cohen, R.R., Burke, M.R. & McLendon, C.L. (2003). Cohesion and performance in groups: a meta-analytic clarification of construct relations. *Journal of Applied Psychology*, 88, 989-1004.
- Benavindes-Pereira, A.M.T. & Moreno-Jiménez, B. (2003). *O Burnout e o profissional de Psicologia*. Revista Eletrónica InterAcção Psy, 1, 1, 68-75.
- Bergamini, C.W. (1997). *Motivação nas Organizações*. São Paulo: Editora Atlas – Brasil.
- Cabrita, M.R. (2009). *Capital intelectual e desempenho organizacional*. Lisboa: Lidel.
- Chiavenato, I. (2004). *Recursos humanos: o capital humano das organizações*. São Paulo: Atlas.
- Cramm, J.M., Strating, M.M.H., Bal, R. & Nieboer, A.P. (2013). A large-scale longitudinal study indicating the importance of perceived effectiveness, organizational and management support for innovative culture. *Social Science & Medicine*, 83, 119-124.
- DuBrin, A.J. (2003). *Fundamentos do comportamento organizacional*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Eisenberger, R. & Rhoades, L. (2002). Perceived Organizational Support: a review of the literatura. *Journal of Applied Psychology*, 87, 698-714.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S. & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 77, 1026-1040.

- 
- Estella, G.F., Díaz, J.A., Alonso, J.A.B., Garzón, P.J.C., Camacho, A.F., Sendín, J.J.R., Pedro, I.S. & Camiño, J.M.S. (2002). *Síndrome de Burn-out en el médico general*. Grupo de Habilidades en Salud Mental de la SEMG. *Medicina General*, 43, 278-283.
- Fonte, C.M.S. (2011). *Adaptação e Validação para Português do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra: Faculdade de Economia.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Freudenberger, H.J. (1983). Burnout: Contemporary issues, trends, and concerns. In B.A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon Press, 23-28.
- García-Ramos, M., Luján-López, M.E. & Martínez-Corona, M.A. (2007). Satisfacción laboral del personal de salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15(2), 63-72.
- Gil-Monte, P.R. & Peiró, J. (1999). *Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo*. *Anales de Psicología*, Volume 15, 2, 261-268.
- Gil-Monte, P.R. (2001). *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención*. *Revista electrónica Psicología Científica.com*. Acedido a 15 de março de 2015 em: <http://psicopediahoy.com/burnout-teoria-intervencion/>
- Gomes, A.R. & Cruz, J.F. (2004). A experiência de stress e “burnout” em psicólogos portugueses: um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 193-212.
- Grant, A.M. (2008). Does intrinsic motivation fuel the prosocial fire? Motivational synergy in predicting persistence, performance, and productivity. *Journal of Applied Psychology*, 93(1), 48-58.
- Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university Campus. In M. M. Faber, & A. M. Reinhardt (Eds.), *Promoting health through risk reduction* (pp. 207-238). New York: Collier Macmillan Publishers
- Jackson, S.E. & Schuler, R.S. (1983). *Preventing Employee Burnout*. AMACOM Periodicals Division, American Management Associations, 58-68.
- Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E. & Christensen, K.B. (2005). *The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout*. *Work & Stress*, 19, 3, 192-207.
-

- Maia, A.C.S.B. (2008). *Saúde e Adolescência – Hábitos e Comportamentos dos Adolescentes que frequentam clínica privada no Concelho do Barreiro*. Dissertação de Mestrado. Universidade Técnica de Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Martins, A.I.C; Rocha, B.M.P; Santos, P.I.M. & Mestre, R.E.S (2011). *Diagnóstico de Saúde: População Adolescente dos 14 aos 18 anos do Concelho de Olhão*. Tese de Especialidade. Instituto Politécnico de Beja: Escola Superior de Saúde.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). *The asurement of experienced burnout*. Journal of Occupational Behaviour, 2, 99-113.
- Maslach, C. (1978). *The client role in staff burnout*. Journal of Social Issues, 34, 111-124. Acedido a 2 de março de 2015 em: [http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1540-4560.1978.tb00778.x?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1&purchase\\_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase\\_site\\_license=LICENS E DENIED NO CUSTOMER](http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1540-4560.1978.tb00778.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENS E DENIED NO CUSTOMER)
- Maslach, C. (1982). Burnout: A social psychological analysis. In J.W. Jones (Ed.), *The burnout syndrome: Current research, theory, investigations*. Park Ridge, IL: London House Press.
- Maslach, C. (2003). *Job Bournout: New Directions in Research and Intervention*. Current Directions in Psychological Science, 12, 5, 189-192.
- Maslach, C. (2009). *Entendendo o burnout (Understanding burnout)*. Ciência e Trabajo, 11, 32, 37-43.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001). *Job Burnout*. In S.T. Fiske, D.L. Schacter & C. Zahn-Waxler (Eds.), Annual Review of Psychology, 52, 397-422.
- Meireles, M.A. (2007). Aspectos éticos em investigação qualitativa. In Queiroz, A.A., Meireles, M.A. & Cunha, S.R. (2007). *Investigar para compreender*. Loures: Lusociência.
- Melo, B.T., Gomes, A.R. & Cruz, J.F. (1999). *Desenvolvimento e Adaptação de um Instrumento de avaliação do burnout para os profissionais de psicologia*. APPORT: Braga.
- Meyer, H. H. (1980). Self-appraisals of job performance. *Personnel Psychology*, 33, 291-295.
- Moreno-Jimenes, B. & Peñacoba, C. (1999). *El Estrés asistencial de los servicios de salud*. En M.A. Simón (Ed.), Manual de Psicología de la salud. Siglo XXI, 739-764.
- Murcho, N.A.C. (2010). *Mal-estar e Bem-estar em enfermeiros: levantamento da situação e perspectivas de intervenção*. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Algarve: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Neto, A.C.S. (2004). A motivação na gestão da qualidade total. Acedido em [http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver\\_opiniao.php?codigo=AoPoo19&area=d3](http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_opiniao.php?codigo=AoPoo19&area=d3) em 3 de abril de 2015.

- OMS (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Versão portuguesa “Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública”, 17-21 Novembro, Ottawa, Canada*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- OMS (2000). *European Alcohol Action Plan 2000-2005*. Acedido em <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf> em 28 de março de 2015.
- OMS (2012). *Nutrition*. Acedido em <http://www.who.int/topics/nutrition/en/> em 30 de março de 2015.
- Pacheco, A.S.R. (2008). *Estilos de Vida, Qualidade de Vida Pessoal, Motivação e Sucesso Académico: O caso da Universidade do Algarve*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Algarve: Faculdade de Ciências Humanas e Social.
- Pacheco, E.P.P. (2005). *Burnout e Estilos de Vida em Profissionais de Saúde*. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Algarve: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Queirós, P.J.P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra, Formasau, Ed. Sinais Vitais.
- Ribeiro, J.P. (2004). *Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças*. Análise Psicológica. Vol.22, 387-397. Acedido em [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/221/1/2022\(2\)%20387-397.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/221/1/2022(2)%20387-397.pdf) em 23 de junho de 2015.
- Robbins, S. (2006). *Organizational Behaviour*. New Jersey: Prentice Hall.
- Schaufeli, W.B. & Buunk, B.P. (2003). *Burnout: An Overview of 25 years of Research and Theorizing*. In: M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst and C.L. Cooper (Eds), *The Handbook of Work and Health Psychology*. New York: John Wiley e Sons, Ltd.: 383-425.
- Schaufeli, W.B. & Greenglass, E.R. (2001). *Introduction to special issues on burnout and health*. *Psychology and Health*, 16, 501-510.
- Schaufeli, W.B., Maslach, C. & Marek, T. (1993). *Professional Burnout: Recent development in Theory and Research*. Philadelphia, Taylor & Francis.
- Spickard, A., Gabbe, S.G. & Christensen, J.F. (2002). *Mid-Career Burnout in Generalist and Specialist Physicians*. *JAMA* 288, 12: 1447-1450.
- Taberner, C., & Hernandez, B. (2011). Self-efficacy and intrinsic motivation guiding environmental behavior. *Environment and Behavior*, 43(5), 658-675.
- Towsend, M.C. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. (6ª Ed.). Lusociência: Loures.
- Vaz Serra, A. (2005). *O Stress na vida de todos os dias*. Vaz Serra AA e editor: Coimbra.

Veigas, J. & Gonçalves, M. (2009). *A influência do exercício físico na ansiedade, depressão e stress*. Acedido em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0485.pdf> em 22 de março de 2015.

Woolfolk, A. (2000). *Psicologia da Educação*. Porto Alegre: Artmed.

Zamora, G.L.H., Castejón, E.O. & Ibáñez, I. (2004). *Estar quemado (burnout) y su relación el afrontamento*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Volume 4, 2, 323-336.

# APÊNDICES

## APÊNDICE 1 – Questionário

### QUESTIONÁRIO SOBRE O *BURNOUT* NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CHA – UNIDADE DE FARO

Este questionário insere-se no âmbito do trabalho da Dissertação do Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, que estou a elaborar com o tema “O *Burnout* nos profissionais de saúde do Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro”.

A sua colaboração no preenchimento deste questionário é imprescindível para que consiga concluir o meu trabalho. Por isso solicito-lhe que responda a algumas questões sobre apoio da chefia, motivação, *burnout* e desempenho no seu trabalho. Na maioria das questões terá apenas de assinalar com uma cruz (X). Solicito que responda de forma honesta, tendo em conta o modo como se sente e não a forma como gostaria de se sentir. O tempo necessário para responder é apenas cerca de 15 minutos.

O preenchimento é confidencial e em caso algum serão divulgadas informações individuais, pelo que não deverá colocar a sua identificação no questionário. Após o preenchimento agradeço que coloque o questionário no envelope fechado.

Grata desde já pela sua preciosa colaboração.

Joana Rita Pereira

#### Parte I

1. Género:      Masculino       Feminino
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Estado Civil:      Solteiro(a)       Casado(a)/União de facto       Divorciado(a)       Viúvo(a)
4. Número de filhos dependentes a seu cargo: \_\_\_\_\_
5. Habilitações académicas:  
    Ensino Básico       Ensino Secundário       Bacharelato       Licenciatura   
    Pós-Graduação       Mestrado       Doutoramento       Especialização
6. Local de residência:      Rural       Urbano
7. Qual a profissão que exerce:  
    Assistente Operacional       Enfermagem       Medicina
8. Há quantos anos exerce esta profissão? \_\_\_\_\_
9. Qual a sua situação contratual? \_\_\_\_\_
10. Está em situação de pluri-emprego? \_\_\_\_\_
11. Qual é, em média, o número total de horas semanais que trabalha? \_\_\_\_\_
12. Se pudesse mudaria de profissão? \_\_\_\_\_

**Parte II**

Nesta parte do inquérito há algumas afirmações sobre o apoio de gestão das suas chefias. Deve indicar a sua opinião sobre cada uma das afirmações marcando com um X o seu grau de concordância. A escala de concordância/discordância é a apresentada no quadro abaixo. Tenha como período de referência para a resposta os últimos 12 meses.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Moderadamente	Não Concordo nem Discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo Totalmente

		1	2	3	4	5	6	7
1.	As chefias apoiam o serviço.							
2.	As chefias prestam atenção às atividades realizadas no serviço.							
3.	As chefias agem como um agente motivador.							
4.	As chefias encorajam os profissionais a melhorarem o seu desempenho profissional.							
5.	Eu poderia recorrer às chefias para tentar solucionar um problema pessoal.							
6.	As chefias fornecem feedback positivo acerca do trabalho desempenhado no serviço.							
7.	As chefias apresentam uma atitude de abertura face às críticas.							
8.	As chefias disponibilizam tempo para que os profissionais possam refletir sobre o trabalho desenvolvido.							
9.	Estou satisfeito com a forma como as chefias apoiam a equipa no serviço.							
10.	As chefias procuram recompensar de alguma forma o trabalho desempenhado.							
11.	As chefias procuram ter uma atuação justa e isenta para com os profissionais.							

**Parte III**

Nesta parte do inquérito há algumas afirmações que procuram avaliar a sua motivação no trabalho. Deve indicar a sua opinião sobre cada uma das afirmações marcando com um X o seu grau de concordância. A escala de concordância/discordância é a apresentada no quadro abaixo. Tenha como período de referência para a resposta os últimos 12 meses.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Moderadamente	Não Concordo nem Discordo	Concordo Moderadamente	Concordo	Concordo Totalmente

**Estou motivado no trabalho porque...**

		1	2	3	4	5	6	7
1.	Procuro beneficiar os outros com o meu trabalho.							
2.	Quero ajudar os outros com o meu trabalho.							
3.	Gosto de criar um impacto positivo nos outros.							
4.	É importante para mim fazer bem aos outros através do trabalho.							
5.	Aprecio o trabalho que faço.							
6.	É divertido.							
7.	Considero o meu trabalho cativante.							
8.	Gosto daquilo que faço.							

<b>Parte IV</b>
-----------------

Esta parte do inquérito respeita aos comportamentos do dia-a-dia que afetam a sua própria saúde. Deve indicar a frequência com que adota esses comportamentos marcando com um X. A escala a utilizar é a do quadro seguinte. Tenha como período de referência para a resposta os últimos 12 meses.

1	2	3	4	5	6	7
<u>Quase Nunca</u> (0 – 10%)	10 – 25% das vezes	25 – 40% das vezes	<u>Muitas vezes</u> (40 -60%)	60 – 75% das vezes	75 – 90% das vezes	<u>Quase sempre</u> (90 – 100%)

		1	2	3	4	5	6	7
1.	Faço exercício físico durante pelo menos 3 horas por semana.							
2.	Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (ex.: corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, ou outro).							
3.	Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho.							
4.	Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal.							
5.	Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes.							
6.	Bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia.							
7.	Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado.							
8.	Mantenho as minhas vacinas em dia.							
9.	Verifico anualmente a minha pressão arterial.							
10.	Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes.							
11.	Vou anualmente ao médico fazer um check-up.							
12.	Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais.							
13.	Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade.							
14.	Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico.							
15.	Evito fumar.							
16.	Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames.							
17.	Evito tomar tranquilizantes.							
18.	Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.).							
19.	Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco.							
20.	Evito ambientes ruidosos.							
21.	Evito os ambientes que tenham ar poluído.							
22.	Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções.							

**Parte V**

Nesta parte do inquérito encontram-se algumas afirmações relativas a sentimentos relacionados com a atividade profissional. Deve indicar a frequência com que sente cada um desses sentimentos, marcando com um X e usando a escala da tabela abaixo. Tenha como período de referência para a resposta os últimos 12 meses.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias

		1	2	3	4	5	6	7
1.	Sinto-me emocionalmente insatisfeito(a) com o meu trabalho.							
2.	No final do meu dia de trabalho, sinto-me como se tivesse sido “usado(a)”.							
3.	Sinto-me fatigado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho.							
4.	Posso facilmente compreender como é que os meus utentes se sentem em relação às coisas.							
5.	Sinto que trato alguns utentes como se fossem objetos impessoais.							
6.	Trabalhar com pessoas todo o dia, constitui realmente uma pressão para mim.							
7.	Lido de forma muito eficaz com os problemas dos meus utentes.							
8.	Sinto-me esgotado(a) com o meu trabalho.							
9.	Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.							
10.	Tornei-me mais “frio” com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão.							
11.	Preocupa-me o facto deste trabalho me estar a tornar mais “duro(a)” ou “rígido(a)” do ponto de vista emocional.							
12.	Sinto-me com muitas energias.							
13.	Sinto-me frustrado(a) com o meu emprego.							
14.	Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu emprego.							
15.	Não me interessa realmente o que acontece a alguns dos meus utentes.							
16.	Trabalhar diretamente com pessoas gera-me demasiado <i>stress</i> .							
17.	Sou capaz de criar facilmente um ambiente relaxado com os meus utentes.							
18.	Sinto-me contente depois de trabalhar “de perto” com os meus utentes.							
19.	Neste emprego consegui muitas coisas que valeram a pena.							
20.	Sinto-me como se estivesse no limite das minhas capacidades.							
21.	No meu trabalho lido muito calmamente com os problemas emocionais.							
22.	Sinto que os utentes me culpam por alguns dos seus problemas.							

**Parte VI**

Nesta última parte do inquérito abordamos a sua opinião sobre o seu desempenho profissional. Para podermos avaliar se há algum impacto (e qual o impacto) do *burnout* sobre o desempenho dos profissionais de saúde, pedimos-lhe que indique tão rigorosamente quanto possível qual a sua performance em cada um dos aspetos seguintes. Tenha como período de referência para a resposta os últimos 12 meses.

1	2	3	4	5	6	7
Péssimo	Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente

**Como avalia...**

		1	2	3	4	5	6	7
1.	A qualidade do seu trabalho.							
2.	A quantidade do trabalho por si desenvolvido.							
3.	O seu contributo para a eficiência no seu serviço.							
4.	Os procedimentos que adota para promover a qualidade no seu trabalho.							
5.	A segurança dos pacientes sob os seus cuidados.							
6.	A satisfação dos utentes com o seu trabalho.							

## APÊNDICE 2 – Declaração de Consentimento de Participação Informado

### Declaração de Consentimento de Participação Informado

*Ex<sup>o</sup>/<sup>a</sup> Sr./<sup>a</sup>*

Joana Rita Pereira estudante do Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde na Faculdade de Economia da Universidade do Algarve pretende desenvolver um trabalho de investigação de fim de curso com o tema “O *Burnout* nos profissionais de saúde do Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro”.

Peço-lhe que leia toda a informação presente neste documento e que coloque as questões que entender, antes de assinar.

Os dados que pretendo recolher através deste questionário são de carácter pessoal, pelo que, e que para as conclusões a que eventualmente chegar sejam válidas, necessito da sua inteira sinceridade nas respostas.

É garantido o respeito pela confidencialidade e anonimato na recolha e análise dos dados, que serão usados exclusivamente para esta investigação. Caso estes requisitos de participação não sejam satisfeitos, ou caso seja sua vontade, poderá anular a sua colaboração.

Se após a leitura deste texto ainda tiver dúvidas, estarei ao dispor para as esclarecer.

Grata pela sua disponibilidade e participação.

Atenciosamente,  
Joana Rita Pereira

Se se considera bem informado(a) e aceita participar, por favor assine este documento.

Eu, \_\_\_\_\_, tomei conhecimento de toda a informação anterior. Compreendi a explicação que me foi dada acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias. Foram-me explicados os objetivos, os métodos e os benefícios do estudo. Por isso, consinto participar respondendo às questões propostas.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura da investigadora: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Em caso de dúvida contactar:

Joana Rita Pereira (j.rita.pereira@gmail.com) – 963974652

Estudante do Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve

Faculdade de Economia  
Universidade do Algarve  
Edifício 9  
Campus de Gambelas  
8005 – 139 Faro  
Telefone 289 800 915

**APÊNDICE 3 – Pedido de autorização para a realização do estudo**

Exmo Senhor Presidente  
do Conselho de Administração  
do Centro Hospitalar do Algarve

Faro, 10 de abril de 2015

**ASSUNTOS:**

1 - Pedido de autorização para a aplicação de um questionário aos profissionais de saúde (Assistentes Operacionais, Enfermeiros e Médicos) do Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro, no âmbito do Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

2 – Disponibilização de dados relativos ao número de profissionais de saúde nas categorias: Assistentes Operacionais, Enfermeiros e Médicos.

O meu nome é Joana Rita Pereira, sou Enfermeira a exercer funções no Serviço de Medicina Interna II na Unidade de Faro do Centro Hospitalar do Algarve e encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde na Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, sob orientação do Professor Doutor Carlos Joaquim Farias Cândido e pretendo realizar um trabalho de investigação sobre “O *Burnout* nos profissionais de saúde do Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Faro”, assim venho por este meio solicitar que V. Exa se digne a autorizar a aplicação do questionário (que segue em anexo) e o acesso ao número de funcionários da Unidade de Faro do Centro Hospitalar do Algarve nas categorias profissionais: Assistentes Operacionais, Enfermeiros e Médicos.

Os anonimatos das pessoas serão sempre assegurados, os questionários serão dirigidos a uma amostra de profissionais de saúde que exercem funções na Unidade de Faro do Centro Hospitalar do Algarve, sendo os resultados do estudo facultados ao Conselho de Administração assim que apreciados em Dissertação na Universidade do Algarve.

Atenciosamente pede deferimento,