

A SÍNDROME DE BURNOUT NOS MÉDICOS DENTISTAS EM PORTUGAL

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2009

Daniela Sofia Sobral Carreira

A SÍNDROME DE BURNOUT NOS MÉDICOS DENTISTAS EM PORTUGAL

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2009

Daniela Sofia Sobral Carreira

A SÍNDROME DE BURNOUT NOS MÉDICOS DENTISTAS EM PORTUGAL

**Monografia apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos
para obtenção do grau de licenciada em
Medicina Dentária.**

RESUMO / SUMÁRIO

A Síndrome de Burnout é uma doença profissional (excede o stress profissional e pode mesmo induzir depressão) (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997). Esta síndrome atinge diversas categorias profissionais (Delbrouck, M., 2006), onde existe contacto interpessoal (Pereira, A. M. T. B., 2002) e apresenta três fases evolutivas: a exaustão profissional, a despersonalização e o sentimento de incapacidade (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997 e Delbrouck, M., 2006).

No presente trabalho de pesquisa pretendeu-se avaliar, através da utilização do MBI (*Maslach Burnout Inventory*) a Síndrome de Burnout (nas três dimensões) em Médicos Dentistas (MD) que exercem a sua actividade em Portugal continental.

De um total de 184 MD (taxa de resposta para os inquiridos de 20,29% [IC95%: 17,67% - 22,91%]), 2,2% [IC95%: 0,1% - 4,3%] apresentou valores elevados para as três dimensões, sendo que 9,8% da amostra apresentou classificação elevada para o Esgotamento Emocional [IC95%: 5,5% - 14,1%], 5,4% [IC95%: 2,1% - 8,7%] para a Despersonalização e 15,2% [IC95%: 10,0% - 20,4%] para a Ausência de Realização Pessoal.

Identificou-se que 82,5% dos inquiridos acreditam que a vida profissional interfere na vida pessoal e 52,7% pensou mudar de profissão. Os resultados obtidos revelaram que 60,3% da amostra trabalha mais do que cinco dias por semana e que quem trabalha mais que cinco dias por semana se encontra em níveis moderados de Despersonalização (T. Qui-quadrado, $p < 0,05$). De acordo com as respostas fornecidas, existe elevada Realização Pessoal nos profissionais que só exercem medicina dentária, ao contrário dos que também exercem outras actividades profissionais (T. Qui-quadrado, $p < 0,05$)

Ressalta-se a necessidade de estruturar programas de prevenção da síndrome em médicos dentistas e considera-se a indispensabilidade de se efectuarem novos estudos capazes de superar obstáculos como a dimensão da amostra, a necessidade de se encontrarem valores de corte para a escala do MBI e a necessidade de complementar o questionário com a avaliação do especialista, como por exemplo o psiquiatra.

Palavras-chave: Burnout, Maslach, *Occupational stress*, *Salud mental*, *Dentists*, *Odontólogo*

ABSTRACT

Burnout syndrome is an occupational disease (it exceeds occupational stress and it can even induce depression) (Maslach, C. and Leiter, M. P., 1997). This syndrome reaches several professional categories (Delbrouck, M., 2006), where there is interpersonal contact (Pereira, AMTB, 2002) and it has three phases: the professional exhaustion, the depersonalization and the feelings of inadequacy or incapacity (Maslach, C. and Leiter, M. P., 1997 and Delbrouck, M., 2006).

In the present research work we intended to evaluate the Syndrome of Burnout (in the three dimensions) in Dentists (MD) that practices this activity in Continental Portugal, through the use of MBI (Maslach Burnout Inventory).

Of a total of 184 MD (response rate for surveys of 20,29% [IC95%: 17.67% - 22.91%]), 2.2% [IC95%: 0.1% - 4.3%] showed high levels for the three dimensions, and 9.8% of the sample had high ratings of Emotional Exhaustion [IC95%: 5.5% - 14.1%], 5.4% [IC95%: 2.1% - 8.7%] of Depersonalization and 15.2% [IC95%: 10.0% - 20.4%] of the Absence of Personal Accomplishment.

It was verified that 82.5% of the inquired ones believe that the professional life intervenes with their personal life, and 52.7% thought of changing career. The obtained results had disclosed that 60.3% of the sample works more than five days per week, and who works more than this per week, have moderate levels of Depersonalization (T. Chi square, $p < 0.05$). In agreement with the supplied answers, the professionals with high Personal Accomplishment only practice dental medicine, unlike the other ones who are still engaged in other professional activities (T. Chi square, $p < 0.05$).

It is essential and necessary to structure programs for the prevention of this syndrome in Dentists, and considered important, essential to carry out new studies to overcome obstacles, such as the sample size, the need of finding cut values for the scale of MBI, and the need to complement the questionnaire with the specialist's evaluation, such as the psychiatrist.

Keywords: Burnout, Maslach, Occupational stress, *Salud mental*, Dentists, *Odontólogo*.

DEDICATÓRIA E AGRADECIMENTOS

As normas para a elaboração da monografia concedem ao autor, uma a duas páginas para que o mesmo possa manifestar a sua gratidão para com aqueles que contribuíram directa ou indirectamente na execução deste trabalho. Porém este capítulo é possivelmente o mais difícil de redigir, uma vez que se trata de sumariar todo um extenso e árduo percurso. É uma tarefa ingrata na medida em que o risco de descurar alguém é elevado, contudo é uma oportunidade de reconhecimento imprescindível à qual não tencionei, em momento algum, renunciar.

O diálogo genuíno do Dr. Abel Salgado sobre um ignorado artigo relacionado com a saúde dos médicos esteve na origem da eleição do tema “Síndrome de Burnout”, sem que este docente se tenha apercebido da sua influência. Esta opção tornou-se irrevogável, logo que recebi o extraordinário apoio dos meus pais e do Dr. José Frias Bulhosa.

A elaboração da revisão bibliográfica exigiu de mim bastante dedicação, todavia reconheço que esta minha função foi facilitada pelo auxílio da Prof. Doutora Conceição Manso, bem como do Dr. José Frias Bulhosa e dos meus pais, especialmente o meu pai pelo seu auxílio como médico psiquiatra.

À ilusão de conseguir um estudo excepcional e à teimosia inerente de quem queria provar que os sonhos se podem tornar realidade juntaram-se as contrariedades previstas e que foram anunciadas, por diversas vezes, por quem sempre me orientou no sentido de um trabalho exemplar e factual. Percorri todos os distritos de Portugal continental, várias cidades por distrito e substituí a visita a museus e catedrais pelo maior número de consultórios que consegui encontrar. Foi uma batalha difícil de travar, essencialmente porque aos muitos médicos dentistas e seus colaboradores que me estimularam a enfrentá-la, a ausência de participação e a desconsideração de muitos minorava esse mesmo estímulo.

Assim sendo, o meu “muito obrigada” aos meus pais, os quais criaram todas as condições à realização do estudo; ao João, meu namorado, por me ter acompanhado sempre nestas extenuantes viagens, suportando o cansaço, a minha impaciência e teimosia; à minha madrinha pela sua extraordinária cooperação; aos familiares que me acolheram e acarinharam; aos meus amigos pela sua activa participação; à Prof. Doutora Conceição Manso pelas

palavras de alento e de contínua demonstração de confiança, que me foram encorajando e me concederam determinação para a conclusão deste trabalho e pela sua preciosa ajuda e a todos os supracitados por insistirem em me aturar.

Por fim, pretendo dedicar todas as minhas conquistas às únicas pessoas a quem devo TUDO o que sou hoje, aos meus pais: Sois para mim um exemplo e eu ser-vos-ei eternamente grata.

MUITO OBRIGADA

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP – Análise factorial de Componentes Principais

ANOVA – *Analysis of variance*

ARP – Ausência de Realização Pessoal (Inverso da Realização Pessoal)

D – Despersonalização

DP - Desvio padrão

EE – Exaustão / Esgotamento Emocional

IC – Intervalo de Confiança

MBI – *Maslach Burnout Inventory*

MD – Médicos Dentistas

NR – Não Respondeu

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

RP – Realização Pessoal

SPSS – *Statistic Package for the Social Sciences*

Máx - Máximo

Me - Mediana

Min - Mínimo

n - Frequência

P₂₅- Percentil 25

P₇₅ - Percentil 75

T. - Teste

x - Média

% - Percentagem

ÍNDICE PRINCIPAL

I. INTRODUÇÃO.....	1
II. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	4
1. A SÍNDROME DE BURNOUT	4
1.1. DO <i>STRESS</i> AO BURNOUT: DEFINIÇÕES E DIFERENÇAS CONCEPTUAIS	4
1.2. VARIÁVEIS DESENCADEANTES DO BURNOUT.....	6
1.2.1. O INDIVÍDUO.....	7
1.2.2. A INSTITUIÇÃO E O TRABALHO.....	9
1.2.3. A SOCIEDADE	12
1.3. DESENVOLVIMENTO DA SÍNDROME DE BURNOUT	13
2. PREVENÇÃO E/OU INTERVENÇÃO NO FENÓMENO DE BURNOUT.....	16
2.1. ESTRATÉGIAS DE IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO INDIVIDUAIS.....	17
2.2. ESTRATÉGIAS DE IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO ORGANIZACIONAIS	20
2.3. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL.....	22
2.4. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO ORGANIZACIONAL	23
3. A SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS DENTISTAS.....	24
3.1. FACTORES DE RISCO, CONSEQUÊNCIAS E PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT NA MEDICINA DENTÁRIA	24
3.2. ESTUDOS EM ALGUNS PAÍSES EUROPEUS SOBRE A SÍNDROME DE BURNOUT NOS MÉDICOS DENTISTAS	27
3.2.1. ESPANHA	27
3.2.2. HOLANDA.....	28
3.2.3. LITUÂNIA.....	30
4. MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)	30

III. MATERIAIS E MÉTODOS	34
1. DESENHO E METODOLOGIA	34
1.1. OBJECTIVO DO ESTUDO	34
1.1.1. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	34
1.2. TIPOLOGIA DO ESTUDO	34
1.3. POPULAÇÃO.....	35
1.4. AMOSTRA	35
1.4.1. Critérios de inclusão / exclusão da amostra	37
1.4.2. Recolha de informação	38
1.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA	39
2. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	41
3. DADOS OCUPACIONAIS / PROFISSIONAIS	42
4. RESULTADOS DO MBI (MASLACH BURNOUT INVENTORY).....	48
V. DISCUSSÃO.....	57
VI. CONCLUSÕES	62
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
VIII. ANEXOS.....	71

ÍNDICE DE EQUAÇÕES

Equação 1	36
-----------------	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Distritos de Portugal continental. Fonte: http://www.districtosportugal.com [consultado em 5/12/2008].....	36
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de inquiridos de MD considerados em diversas localidades de Portugal continental para análise neste estudo.	40
Gráfico 2 - Distribuição de frequências (n e %) da amostra para a variável "estado civil" (n=183).	41
Gráfico 3 - Distribuição de frequências para o número de filhos (n=73)	41
Gráfico 4 - Distribuição de frequências (n e %) de inquiridos por sector onde exerce medicina dentária (público, privado ou ambos) (n=183).	42
Gráfico 5 - Frequências (n e %) para a variável "vínculo contratual" (n=184).	43
Gráfico 6 - Frequências (n e %) para a variável "tipo de contrato" (n=66).	43
Gráfico 7 - Frequências (n e %) para a variável "actividade".	44
Gráfico 8 - Frequências (n e %) da amostra para a variável "quando" utilizados para trabalhar em medicina dentária (n=111).	45
Gráfico 9 - Frequências (n e %) da amostra para a variável "outras profissões" (n=21).	46

Gráfico 10 - Frequências (n e %) da amostra para a variável "ocupação do tempo livre" (n=524).....	46
Gráfico 11 - Frequências (n e %) da amostra para a variável "outras ocupações do tempo livre" (n=16).....	47
Gráfico 12 - Frequências (n e %) da amostra para a variável "pensar em mudar de profissão".	47
Gráfico 13 - Distribuição de frequências para o resultado obtido para a soma de respostas de todas as questões do MBI (n=184): a) Histograma, b) Diagrama boxplot.....	48
Gráfico 14 - Diagramas Boxplot para as observações obtidas para a amostra para as 3 componentes do MBI: a) Esgotamento Emocional; b) Despersonalização e c) Realização Pessoal. As linhas a tracejado simples indicam os limites de cada dimensão e as linhas a tracejado complexo indicam os limites para os níveis elevado, moderado e baixo. O símbolo • indica que a observação correspondente é detectada como estranha (aberrante/outlier).....	50

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Valores de subescalas das três dimensões da Síndrome de Burnout	31
Tabela 2 - Número de MD inscritos na Ordem dos Médicos Dentistas, nos diversos distritos em 2006, previsão para 2009, questionários a realizar por distrito, para um grau de confiança de 95%. *Fonte: Os números da Ordem. Estatísticas 2007. Disponível em http://www.ond.pt/PT-PT/images/Informativo/EstatisticasOMD.html [Consultado em 04/12/2008]	37
Tabela 3 - Resultados para a variável "idade" (anos), para todo o grupo e subdividido por género. *NR: não respondeu; **Teste de <i>Mann-Whitney</i> . ^{a,b} – letras diferentes indicam medianas significativamente diferentes.	41
Tabela 4 - Análise estatística os anos de actividade dos inquiridos, no total e por género. *NR: não respondeu; **Teste de <i>Mann-Whitney</i> . ^{a,b} – letras diferentes indicam medianas significativamente diferentes.....	42
Tabela 5 - Frequências (n e %) dos inquiridos por "local onde exerce". *NR: não respondeu.	43
Tabela 6 - Frequências (n e %) da amostra para a variável "actividade", no total e por género.	44
Tabela 7 - Frequências (n e %) da amostra para a variável "cargo directivo", no total e por género.	44
Tabela 8 - Análise estatística para as variáveis "(média de) horas de trabalho por dia" e "(média de) pacientes atendidos por dia".*NR: não respondeu.	45
Tabela 9 - Distribuição de frequências (n e %) para a auto-avaliação do bem-estar físico e mental. *NR: não respondeu.	48
Tabela 10 - Valores de <i>Alpha de Cronbach</i> para as três dimensões do MBI.....	49

Tabela 11 - Análise estatística e distribuição de frequências (n e %) para os três níveis (baixo, moderado e elevado) habitualmente considerados para caracterizar as três dimensões do MBI. Apresentam-se os valores de coeficiente de correlação de <i>Spearman</i> (r_s) para a relação entre a escala MBI e cada uma das suas três dimensões, assim como o respectivo valor de prova (p).	51
Tabela 12 - Frequência (n e %) da relação das três dimensões para a Síndrome de Burnout..	52
Tabela 13 - Frequências absolutas da amostra para as dimensões Esgotamento Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal em relação à auto-avaliação do bem-estar físico e mental, bem como os valores resultantes do estudo da relação entre as variáveis Esgotamento Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal com as variáveis “bem-estar físico” e “bem-estar mental”. *Teste de Qui-quadrado.	53
Tabela 14 - Frequências (n e %) da amostra para a variável "género" relativamente às dimensões Esgotamento Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal. *Teste de Qui-quadrado.....	54

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO.....	72
ANEXO 2.....	77
Anexo 2, Tabela 1 – Matriz das componentes (ou dimensões) após aplicação do método de rotação <i>Varimax</i> com normalização Kaiser, para as 22 questões do MBI.....	78
Anexo 2, Tabela 2 – Valor de <i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> global para a dimensão Esgotamento Emocional e do coeficiente de correlação intra-classe (valores do intervalo de confiança a 95% de confiança), e os obtidos se cada questão fosse eliminada.....	79
Anexo 2, Tabela 3 – Valor de <i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> global para a dimensão Despersonalização e do coeficiente de correlação intra-classe (valores do intervalo de confiança a 95% de confiança), e os obtidos se cada questão fosse eliminada.....	79
Anexo 2, Tabela 4 – Valor de <i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> global para a dimensão Realização Pessoal e do coeficiente de correlação intra-classe (valores do intervalo de confiança a 95% de confiança), e os obtidos se cada questão fosse eliminada.....	79
Anexo 2, Tabela 5 – Frequências (n e %) da amostra para o Esgotamento Emocional, a Despersonalização e a Realização Pessoal em relação ao género.....	80
Anexo 2, Tabela 6 – Frequências (n e %) da amostra para o Esgotamento Emocional, a Despersonalização e a Realização Pessoal em relação à variável “ter filhos”. *Teste de Qui-quadrado.....	81
Anexo 2, Tabela 7 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Esgotamento Emocional em relação ao género e à variável “ter filhos”. *Teste de Qui-quadrado.....	82
Anexo 2, Tabela 8 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Despersonalização em relação ao género e à variável “ter filhos”. *Teste de Qui-quadrado.....	83
Anexo 2, Tabela 9 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Realização Pessoal em relação ao género e à variável “ter filhos”. *Teste de Qui-quadrado.....	84

Anexo 2, Tabela 10 – Análise estatística para a variável “tempo de actividade” dos inquiridos, em anos, por níveis de Esgotamento Emocional.....	85
Anexo 2, Tabela 11 – Análise estatística para a variável “tempo de actividade” dos inquiridos, em anos, por níveis de Despersonalização.	85
Anexo 2, Tabela 12 – Análise estatística para a variável “tempo de actividade” dos inquiridos, em anos, por níveis de Realização Pessoal.	86
Anexo 2, Tabela 13 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Esgotamento Emocional em relação à variável “actividade”. *Teste de Qui-quadrado.	87
Anexo 2, Tabela 14 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Despersonalização em relação à variável “actividade”. *Teste de Qui-quadrado.	88
Anexo 2, Tabela 15 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Realização Pessoal em relação à variável “actividade”. *Teste de Qui-quadrado.	89
Anexo 2, Tabela 16 – Frequências (n e %) da amostra para as variáveis Esgotamento Emocional e Despersonalização em relação à variável “cargo directivo”. *Teste de Qui-quadrado.....	90
Anexo 2, Tabela 17 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Realização Pessoal em relação à variável “cargo directivo”. *Teste de Qui-quadrado.	91
Anexo 2, Tabela 18 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Esgotamento Emocional em relação à variável “vínculo contratual”. *Teste de Qui-quadrado.....	92
Anexo 2, Tabela 19 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Despersonalização em relação à variável “vínculo contratual”. *Teste de Qui-quadrado.	93
Anexo 2, Tabela 20 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Realização Pessoal em relação à variável “vínculo contratual”. *Teste de Qui-quadrado.	94
Anexo 2, Tabela 21 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Esgotamento Emocional em relação à variável “tipo de contrato”. *Teste de Qui-quadrado.	95

Anexo 2, Tabela 22 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Despersonalização em relação à variável “tipo de contrato”. *Teste de Qui-quadrado.	96
Anexo 2, Tabela 23 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Realização Pessoal em relação à variável “tipo de contrato”. *Teste de Qui-quadrado.	97
Anexo 2, Tabela 24 – Análise estatística para a variável “(média de) horas de trabalho por dia”, por níveis de Esgotamento Emocional.	98
Anexo 2, Tabela 25 – Análise estatística para a variável “(média de) horas de trabalho por dia”, por níveis de Despersonalização.....	99
Anexo 2, Tabela 26 – Análise estatística para a variável “(média de) horas de trabalho por dia”, por níveis de Realização Pessoal.	100
Anexo 2, Tabela 27 – Análise estatística para a variável “(média de) pacientes atendidos por dia”, por níveis de Esgotamento Emocional.	101
Anexo 2, Tabela 28 – Análise estatística para a variável “(média de) pacientes atendidos por dia”, por níveis de Despersonalização.....	102
Anexo 2, Tabela 29 – Análise estatística para a variável “(média de) pacientes atendidos por dia”, por níveis de Realização Pessoal.	103
Anexo 2, Tabela 30 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “outra actividade profissional” em relação à variável Esgotamento Emocional. *Teste de Qui-quadrado.	104
Anexo 2, Tabela 31 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “outra actividade profissional” em relação à variável Despersonalização. *Teste de Qui-quadrado.	105
Anexo 2, Tabela 32 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “outra actividade profissional” em relação à variável Realização Pessoal. *Teste de Qui-quadrado.	106
Anexo 2, Tabela 33 – Frequências absoluta para as outras actividades profissionais enumeradas pelos inquiridos em relação às três dimensões do MBI.	107

Anexo 2, Tabela 34 – Frequências absolutas para a variável “atividade extra-semanal” em relação às dimensões do MBI. *Teste de Qui-quadrado.....	108
Anexo 2, Tabela 35 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “atividade extra-semanal” em relação à variável Esgotamento Emocional. *Teste de Qui-quadrado....	109
Anexo 2, Tabela 36 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “atividade extra-semanal” em relação à variável Despersonalização. *Teste de Qui-quadrado.....	110
Anexo 2, Tabela 37 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “atividade extra-semanal” em relação à variável Realização Pessoal. *Teste de Qui-quadrado.	111
Anexo 2, Tabela 38 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “quando” em relação ao Esgotamento Emocional. *Teste de Qui-quadrado.	112
Anexo 2, Tabela 39 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “quando” em relação à Despersonalização. *Teste de Qui-quadrado.	113
Anexo 2, Tabela 40 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “quando” em relação à Realização Pessoal. *Teste de Qui-quadrado.....	114
Anexo 2, Tabela 41 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “interferência da vida profissional na vida pessoal” em relação à variável Esgotamento Emocional. *Teste de Qui-quadrado.....	115
Anexo 2, Tabela 42 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “interferência da vida profissional na vida pessoal” em relação à variável Despersonalização. *Teste de Qui-quadrado.....	116
Anexo 2, Tabela 43 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “interferência da vida profissional na vida pessoal” em relação à variável Realização Pessoal. *Teste de Qui-quadrado.....	117
Anexo 2, Tabela 44 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “pensar em mudar de profissão” em relação à variável Esgotamento Emocional. *Teste de Qui-quadrado.	118

Anexo 2, Tabela 45 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “pensar em mudar de profissão” em relação à variável Despersonalização. *Teste de Qui-quadrado.....	119
Anexo 2, Tabela 46 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “pensar em mudar de profissão” em relação à variável Realização Pessoal. *Teste de Qui-quadrado.	120
Anexo 2, Tabela 47 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “pensar em mudar de profissão” em duas categorias, em relação ao Esgotamento Emocional. *Teste de Qui-quadrado.....	121
Anexo 2, Tabela 48 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “pensar em mudar de profissão” em duas categorias, em relação à Despersonalização. *Teste de Qui-quadrado. .	122
Anexo 2, Tabela 49 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “pensar em mudar de profissão” em duas categorias, em relação à Realização Pessoal. *Teste de Qui-quadrado..	123

I. INTRODUÇÃO

A Síndrome de Burnout é uma doença profissional que excede o *stress* profissional e pode mesmo induzir depressão. Esta síndrome apresenta três fases evolutivas: a exaustão profissional, a despersonalização e o sentimento de incapacidade (Delbrouck, M., 2006).

O termo “Burnout” traduzido do inglês como “combustão completa” induz-nos a perceber esta síndrome como um comprometimento aos níveis emocional e físico, onde aspectos individuais, como lacunas no seu carácter, no seu comportamento ou na sua produtividade, associados ao ambiente social no trabalho, como a estrutura e funcionamento do local de trabalho, a interacção das pessoas, o reconhecimento do lado humano no trabalho, podem ser factores etiológicos (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997).

Esta doença é denominada, em alguns artigos, por “Stress ocupacional e institucional”. Segundo Ana Maria T. Benevides Pereira (2002), toma a designação de “stress”, uma vez que interfere directamente na vida do sujeito, no entanto, envolve atitudes e condutas negativas em relação aos clientes, pacientes, alunos, ou seja, usuários dos seus serviços, o que exige a anexação do termo “ocupacional” e / ou “institucional”.

Herbert Freudenberg, em 1975, admitiu que a Síndrome de Burnout se manifesta essencialmente em profissionais que mantêm uma relação constante e directa com outras pessoas, principalmente quando estas estão mais susceptíveis e existem interacções intensas ou emocionalmente carregadas (médicos, enfermeiros, professores), ou seja, quando existe um contacto interpessoal, de entreajuda, mais exigente (Pereira, A. M. T. B., 2002).

Os trabalhadores da área de saúde, como por exemplo os médicos, parecem exercer trabalhos com altos níveis de *stress* e serem mais propensos à Síndrome de Burnout. Estudada cada vez mais em profissionais da educação, guardas prisionais e em várias especialidades médicas, entre as quais, enfermeiros e médicos psiquiatras (Pereira, A. M. T. B., 2002 e Delbrouck, M., 2006), carece ainda, em Portugal, de estudos publicados que abordem a relação desta síndrome com os Médicos Dentistas.

A escolha do tema “Síndrome de Burnout nos Médicos Dentistas” revelou-se pertinente para a autora pela escassez de estudos análogos, pela curiosidade que tal facto lhe suscitou, bem como, porque não foi um assunto abordado durante toda a licenciatura.

Este trabalho tem como principais objectivos caracterizar a Síndrome de Burnout (nas suas três dimensões) em Médicos Dentistas que exercem a sua actividade em Portugal Continental, difundir e alertar a todos os profissionais de saúde, com especial atenção para os Médicos Dentistas, sobre as causas e sintomas presentes nesta síndrome, a fim de se tornar possível a prevenção ou intervenção precoce, procurando-se, desta forma, premiar a saúde e a qualidade de vida profissional.

Tendo em conta os propósitos supracitados, o trabalho encontra-se dividido em duas partes, a revisão bibliográfica e o estudo experimental com colheita de dados. A primeira parte é, essencialmente, de índole propedêutica, encontrando-se organizada em quatro sub-capítulos. O primeiro é dedicado à elucidação de algumas diferenças conceptuais do Burnout e à análise das variáveis desencadeantes e manifestações da síndrome. O segundo compreende as estratégias de identificação, prevenção e intervenção no âmbito individual e organizacional. A relação da Síndrome de Burnout com os Médicos Dentistas encontra-se no sub-capítulo três, onde são descritos os factores de risco específicos desta profissão. Ainda neste sub-capítulo inserem-se alguns estudos europeus. Por fim, particulariza-se a utilização do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) por ser um método essencial do estudo experimental deste trabalho.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bibliotecas da Universidade Fernando Pessoa, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e do Hospital Magalhães Lemos e através dos motores de busca *Pubmed*, *Scholar.google*, *B-on*, *Scielo*, *Science Direct*. As palavras-chave utilizadas, individualmente ou agregadas, para esta pesquisa foram: Burnout, Maslach, *Occupational stress*, *Salud mental*, *Dentists*, *Odontólogo*. Foram adquiridos alguns livros.

Os capítulos três, quatro e cinco compõem a segunda parte deste trabalho, ou seja, o estudo experimental. No capítulo três revelam-se o tipo de estudo, os métodos utilizados, a amostra e, entre outras coisas, as resistências suscitadas que interferem directamente com a viabilidade e exequibilidade da experimentação. No quarto capítulo são apresentados e interpretados os

resultados deste estudo, no quinto é apresentada a discussão, deixando-se para o sexto capítulo as conclusões e recomendações deste trabalho.

II. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. A SÍNDROME DE BURNOUT

1.1. DO *STRESS* AO BURNOUT: DEFINIÇÕES E DIFERENÇAS CONCEPTUAIS

Para uma apropriada compreensão da Síndrome de Burnout deve ser analisada a relação dos factores individuais, de que é exemplo o *stress*, com o desenvolvimento do desgaste profissional (Cuevas, C. et al., 1997). Esta síndrome é habitualmente confundida com depressão e *stress*, porém estas designam diferentes fenómenos. No caso da depressão, a divergência reside no facto de não se limitar aos problemas profissionais como acontece no Burnout (Schwartzmann, L., *cit. in* Notargiovanni, C., 2008). No entanto, num estudo realizado por Ahola Kirsi e Jari Hakanen (2007) comprovou-se que existe uma relação recíproca entre a Síndrome de Burnout e os sintomas depressivos.

A palavra “stress” tem origem no latim *strictus* que significa aperto e que parece associar-se à denotação que damos a esta palavra na actualidade (Frasquilho, M. A., 2005a). O *stress* é uma percepção individual, pelo que, o que para uma pessoa é um desafio, para outra pode ser um problema, ou seja, não deve ser ajuizado como um valor negativo imperiosamente, pois pode, em algumas circunstâncias e dependendo da pessoa que o vivencia, ter valor positivo (Cuevas, C. et al., 1997 e Cooper, C. L. et al., 1989). Anteriormente, também Hans Selye (1959) identificou um *stress* positivo, ao qual deu o nome de “eustresse”, pois não é prejudicial e permite o crescimento, o prazer e o desenvolvimento emocional e intelectual e um *stress* negativo ou “distresse”, o qual denota maior gravidade e é, para a pessoa atingida, uma verdadeira ameaça.

O *stress* atinge toda a sociedade a nível financeiro e social, com consequências que podem promover reacções psicológicas (ansiedade, depressão e alterações cognitivas), reacções fisiológicas (podem acarretar doenças em todos os órgãos, envolvendo todos os sistemas biológicos) e reacções comportamentais (uso de tóxicos, conflitos, alterações do estilo de vida e hábitos de conduta) (Frasquilho, M. A., 2005a).

Cuevas (1997) refere que a distinção entre *stress* e *Burnout* é complexa, uma vez que ambos estão intimamente relacionados. Porém, já se apreendeu que, contrariamente ao *stress*, o *Burnout* tem sempre uma conotação negativa e é um fenómeno caracterizado pela sua cronicidade (Selye, H., 1959). Cuevas (1997) reconhece que o *stress* crónico, que implica estar continuamente sob circunstâncias que o provocam, pode ser física e emocionalmente fatigante e conduzir à Síndrome de Burnout.

Maria Antónia Frاسquilho (2005b) associou-se às ideias supracitadas de Selye e definiu o Burnout como o término de um processo de quatro fases. O decurso tem origem no “eustress”, uma “fase de lua-de-mel” ou de idealismo, onde vigora o entusiasmo, a dedicação à profissão, a alta produtividade e cooperação interpessoal, a motivação e atitudes positivas e construtivas. Segue-se uma fase de insatisfação, desilusão e ressentimento, mas de procura de reconhecimento a que a autora designa de “fase do despertar”. A “fase de chamuscado ou alheamento” é a etapa representativa do início da síndrome, uma vez que a fadiga se torna crónica, o profissional começa a revelar irritabilidade, criticismo, negativismo e a procurar o isolamento e a fuga, tornando-se evidente o “distresse”. A última fase do “distresse” onde se instala o desânimo, o cinismo, a irritabilidade, a desmotivação, o tédio, o pessimismo, a fadiga física e mental, o isolamento efectivo e se caminha na direcção do abandono do posto de trabalho ou da profissão, da depressão grave e até mesmo do suicídio é o estágio da Síndrome de Burnout, a “fase de calcinação”.

A ideia de exaustão foi inserida por Herbert Freudenberg em 1970 (*cit. in* Delbrouck, M., 2006) e descrita pelo mesmo em 1974 como um estado de elevado cansaço e frustração provocado pela intensa dedicação a uma causa, a um estilo de vida ou aquando do confronto da não correspondência às expectativas (Freudenberg, H., 1974) e explorada pelos mais variados autores, de entre os quais a própria Christina Maslach e a sua equipa em 1981 (*cit. in* Delbrouck, M., 2006).

Christina Maslach e Michael P. Leiter (1997) consideram que há vinte anos atrás, o Burnout foi uma questão de primordial importância para os trabalhadores e orientada para ocupações como os serviços humanos, saúde e educação. Na terminologia de hoje, essas ocupações são de alto risco, isto é, ocupações que envolvem contacto de cara-a-cara. Esses empregos podem ser tão emocionalmente e fisicamente exigentes que o risco de Burnout é elevado. A

dedicação que estes empregos procuram e as horas de trabalho desmesuradas são extenuantes, pelo que são possíveis conflitos com os clientes, doentes, estudantes, colegas ou supervisores.

Herbert Freudenberg (1975), já anteriormente tinha afirmado que a Síndrome de Burnout se manifesta essencialmente em profissionais que mantêm uma relação constante e directa com outras pessoas, principalmente quando estas estão mais susceptíveis e existem interações intensas ou emocionalmente carregadas (médicos, enfermeiros, professores).

Assim sendo, a Síndrome de Burnout atinge diversas categorias profissionais (Delbrouck, M., 2006), e todas elas parecem ter em comum o contacto interpessoal e de entreajuda exigente (Pereira, A. M. T. B., 2002). Michel Delbrouck (2006) incluiu todos os “prestadores de cuidados”, bem como os seus auxiliares ou assistentes, os funcionários dos serviços sociais e assistentes sociais, os professores e os alunos, os juízes, os advogados, os funcionários das penitenciárias, os funcionários da polícia e da manutenção da ordem pública, entre muitas outras, nas profissões consideradas de risco eminente.

As emoções e comportamentos são muito perceptíveis nesta síndrome e, por esse motivo, a sabedoria convencional assume que o Burnout é essencialmente um problema do indivíduo, isto é, as pessoas têm Burnout por causa de falhas nas suas características, comportamento, ou na sua produtividade. No entanto, Christina Maslach e Michael P. Leiter (1997) defendem o contrário, ou seja, que o Burnout não é um problema do próprio indivíduo, mas do ambiente social no qual as pessoas trabalham, como a estrutura e o funcionamento do local de trabalho e a forma como as pessoas interagem com os outros e como realizam os seus empregos. Assim, o poder económico, político e a força cultural estão a afectar o trabalho, criando um clima mais favorável do que nunca para o Burnout.

1.2. VARIÁVEIS DESENCADEANTES DO BURNOUT

A Síndrome de Burnout dissemina-se gradual e continuamente ao longo do tempo, colocando as pessoas numa espiral descendente da qual é difícil recuperar (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997).

Michel Delbrouck (2006) lembra que o médico é constantemente afrontado pelas pessoas que procura cuidar. O paciente transmite com frequência a sensação de abandono quando o seu médico se atrasa. Por sua vez, o profissional de saúde encobre esta mesma sensação sempre que o paciente falta sem justificação às suas consultas ou quando, mesmo que irracionalmente, o paciente o reprova pela demora do diagnóstico ou pela escolha da terapêutica. O médico é forçado a suportar a queixa e a “aceitar as descargas pulsionais” dos seus pacientes, tal como lhe é exigido o segredo profissional. Assim, percebe-se que se o terapeuta não tomar consciência dos fenómenos de defesa, de resistência e de transferência torna-se susceptível da espiral descendente acima referida.

Maria Antónia Frasquilho (2005b) considera existir uma panóplia de factores de risco que propendem à exaustão gradual e contínua dos médicos e, de acordo com a *World Health Organization* (1998), esses factores podem ser incluídos em quatro dimensões: o indivíduo, a instituição, o trabalho e a sociedade. Com o intuito de facilitar a interpretação e tendo em conta que os factores instituição e trabalho estão na prática emparelhados e que a maioria dos autores não os dissocia, serão posteriormente desenvolvidos em simultâneo. Juan Gestal Otero (*cit. in* Horta, A. e Esteves, M., 2006), em 1993, referencia como factores intrínsecos de *stress* capazes de levar à Síndrome de Burnout a classe médica em geral, o contacto com o paciente e seus familiares, a necessidade de, por vezes, provocar dor no paciente, mesmo que subordinada à terapia, a indispensabilidade de impor restrições dificilmente aprovadas pelo mesmo, o contínuo receio de errar no diagnóstico e tratamento, entre outros. Como factores extrínsecos, o autor destaca a ausência de condições físicas mínimas adequadas ao trabalho médico; a debilidade económica da população, a carência de estruturas de apoio e a dificuldade de acesso imediato a alguns exames auxiliares de diagnóstico.

1.2.1. O INDIVÍDUO

Os profissionais de saúde subsistem bastante à síndrome depressiva, contudo não estão totalmente ressalvados. Eles empregam toda a sua atenção no paciente, descentralizando-se deles próprios. No entanto, este modo de lidar com os factores de risco para o Burnout ainda que possa protelar o diagnóstico, pode complicar abruptamente o seu estado de esgotamento. Além do mais, o médico é, manifestamente, um péssimo paciente, tendo em conta que menospreza os seus sinais e sintomas, se auto-diagnostica, se auto-medica e, em última

instância, questiona um colega sobre o seu estado clínico num qualquer “corredor” (Delbrouck, M., 2006).

A imunidade ou a predisposição para a Síndrome de Burnout parece ser influenciada pela personalidade. Para Wilmar B. Schaufeli et al. (1998) e Christina Maslach et al. (2001) existem alguns padrões de personalidade que põem o indivíduo em risco de Burnout. Pessoas com tendências perfeccionistas que possuem uma atitude hiper-crítica face ao que não se manifesta perfeito, pelo que são bastante exigentes consigo próprias e para com os outros; pessoas pessimistas, as quais se centram unicamente nos aspectos negativos e nas práticas pior sucedidas, prevendo sempre o insucesso e sofrendo constantemente por antecipação; pessoas impacientes, de baixa tolerância à adversidade e que não aprendem facilmente respostas de inibição da acção ou pessoas de personalidade passiva e que, portanto, se mantêm sempre na defensiva, têm índices superiores para a Síndrome.

Os médicos não podem ser entendidos como, na sua globalidade, pessoas perfeccionistas. Porém todos eles têm um sentido de autocrítica intransigente e procuram, permanentemente, desafiar todos os limites e dedicam-se integralmente à medicina, procurando, de modo incessante, a perfeição, chegando mesmo a adiar a sua vida pessoal. Esta ideologia, capaz de suscitar esgotamento no profissional, explica de forma elementar a susceptibilidade dos médicos à Síndrome de Burnout (Delbrouck, M., 2006 e Frásquilho, M. A., 2005b).

Christina Maslach et al. (2001) sugerem também que a síndrome de exaustão profissional ocorre em maior percentagem em pessoas com um nível educacional superior, bem como, em solteiros, viúvos ou divorciados. Ronald Burke e Esther Greenglass (1989) revelam que a síndrome é invariável para o género, tendo as mulheres maior pontuação em exaustão emocional e os homens em despersonalização.

Em conformidade com o supracitado, Wilmar B. Schaufeli et al. (1998) e Christina Maslach et al. (2001) afirmam que as pessoas que encaram as situações com optimismo e como oportunidade de aprendizagem, que se responsabilizam pelos seus sucessos encarando-os como consequência das suas capacidades e esforços e que possuem auto-estima, autoconfiança e auto-eficácia dispõem de características que os distancia da Síndrome de Burnout.

1.2.2. A INSTITUIÇÃO E O TRABALHO

Embora seja a pessoa que experiencia o Burnout, é a situação no trabalho a sua principal causa (Maslach, M. e Leiter, M. P., 1997).

O poder das emoções na motivação no trabalho, no desempenho profissional e nos relacionamentos é surpreendentemente subestimado pela maioria das pessoas. Os empregos são decretados em termos de competências e resultados, os sentimentos são vistos como irrelevantes para a tarefa de emprego ou até mesmo como encargos capazes de interferir com o trabalho. As emoções são consideradas pessoais e o indivíduo deve assumir a plena responsabilidade pelas mesmas. No entanto, elas são também uma função do contexto social e moldam a resposta ou reacção do profissional a determinado evento. Assim sendo, as emoções são, diversas vezes, a explicação para o desajuste entre o trabalhador e o seu trabalho, ou seja, são um factor de risco de elevada importância para a Síndrome de Burnout (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997).

Porém, o risco de exaustão profissional tem início antes mesmo de se ter emprego. A formação do médico, por exemplo, também interfere na sua saúde física e psíquica, tendo em conta que este é conduzido a adoptar sempre o ideal, o qual pode não ser exequível. Ao profissional, ou futuro profissional, é imposto um contínuo sacrifício acoplado à obrigatoriedade de cumprir protocolos de elevada exigência e incompatíveis com as “competências relacionais” e com a abundância de novas funções. Ao médico é exigida uma formação exemplar e em contínua actualização (Frasquilho, M. A., 2005b). Herbert Freudenberg (1977) revela que o médico é obrigado a tomar decisões de elevada importância em períodos reduzidos de tempo e que transporta, muitas vezes, para o seu ambiente familiar emoções provenientes do trabalho, o que o leva a um estado progressivo de exaustão. A perfeição por ele procurada a todo o custo, como já fora referido, e reivindicada pelos pacientes e seus familiares, é cada vez mais difícil de ser alcançada com o desenvolvimento crescente de novos recursos diagnósticos e terapêuticos, com a influência da indústria farmacêutica e de equipamentos e com o aumento do número de instituições a comprarem os serviços médicos, por exemplo, a partir de convenções. Este progresso científico tem um elevado impacto sobre a saúde do médico (Delbrouck, M., 2006 e Nogueira-Martins, L. A. et al., 1991).

De acordo com Christina Maslach e Michael P. Leiter (1997) estamos, cada vez mais, a trabalhar em empregos onde os valores humanos se encontram num distante segundo lugar atrás da natureza económica. Assim sendo, procura-se fazer muito em pouco tempo e com muito poucos recursos. O ritmo aumenta ainda mais à medida que as pessoas assumem um segundo emprego ou um outro cargo, numa tentativa de satisfazer as pressões financeiras e manter as suas opções de empregos em aberto.

A sobrecarga de trabalho (“*Work overload*”) é talvez, para Christina Maslach e Michael P. Leiter (1997), a mais óbvia das seis indicações de um desfasamento entre a pessoa e o seu trabalho. Também Juan Gestal Otero (*cit. in* Horta, A. e Esteves, M., 2006) inclui o excesso de horas de trabalho nos factores intrínsecos de *stress* capazes de levar à Síndrome de Burnout a classe médica em geral.

À sobrecarga supracitada junta-se, quase sempre, o trabalho por turnos ou nocturno que acarreta distúrbios físicos e psicológicos, essencialmente quando não são metódicos (Frasquilho, M. A., 2005b).

Outro importante factor de risco para o Burnout está no excesso de normas exigidas, na obrigatoriedade de se preencherem formulários, relatórios, entre outros, que impedem a autonomia e a participação criativa. Este aumento da burocracia é descrito como desencadeante da exaustão profissional por diversos autores (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997 e Delbrouck, M., 2006 e Frasquilho, M. A., 2005b).

Christina Maslach e Michael P. Leiter (1997) associam as frequentes alterações das regras e normas organizacionais que predispõem os funcionários ao erro por provocarem insegurança, a falta de controlo (“*Lack of control*”). As pessoas querem a oportunidade de fazer escolhas e tomar decisões, usar as suas capacidades para utilizar e resolver problemas, pelo que a falta de controlo é considerada pelos autores outro importante desfasamento entre a pessoa e o emprego. Maria Antónia Frasquilho (2005b) acrescenta a contradição e incoerência das mudanças organizacionais, à progressiva redução de autonomia, à anulação da participação nas decisões de topo, os “sistemas organizacionais neuróticos”, os quais acarretam instabilidade, ambiguidade, indução de culpa e insegurança. Os autores sustentam que a comunicação entre a instituição e os trabalhadores deve ser eficiente, uma vez que a

comunicação enviesada ou paradoxal provoca distorções e demora na disseminação da informação (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997 e Delbrouck, M., 2006 e Frاسquilho, M. A., 2005b).

O relacionamento conflituoso entre colegas, a falta de confiança, respeito e consideração entre os mesmos provoca um clima social prejudicial. As pessoas prosperam na união e funcionam melhor quando o louvor, o conforto, a alegria, o humor são partilhados com outras pessoas que gostam e respeitam. O que é mais destrutivo para um sentimento de união são os conflitos crónicos e por resolver, como a frustração, a raiva, o medo, a ansiedade, o desrespeito e a suspeita. Diminui-se o apoio social, tornando-se menos provável que as pessoas se venham a ajudar umas às outras, principalmente quando em situações duras. A desagregação da união (“*Lack of community*”) ocorre quando as pessoas perdem uma relação positiva com os colegas no local de trabalho e é, portanto, outro dos seis desfasamentos entre a pessoa e o emprego considerados por Christina Maslach e Michael P. Leiter (1997).

Um factor intimamente relacionado com a ausência de companheirismo dentro de uma instituição é, para Maria Antónia Frاسquilho (2005b), a injustiça. A falta de equidade (“*Lack of fairness*”) no local de trabalho é um sério desarranjo entre as pessoas e o ambiente de trabalho. O respeito mútuo entre as pessoas que trabalham em conjunto é o cerne de qualquer sentido de união. Perdemos a confiança numa instituição que não mostra equidade, porque isso implica que as autoridades não são honestas e não respeitam quem somos. A injustiça é mais evidente durante os processos de avaliação e promoção, no entanto, também as interações do dia-a-dia podem ser injustas quando, por exemplo, as pessoas são culpadas por coisas que não fizeram (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997).

Também as contrariedades à progressão na carreira, a incapacidade de ter garantia de oportunidade para o uso das suas competências específicas, de melhorar o seu salário, de reconhecimento pelo seu trabalho, entre outros, podem provocar grande prostração nos trabalhadores (Frاسquilho, M. A., 2005b). A falta de recompensa (“*Lack of reward*”) para as contribuições sobre o trabalho é um desencontro entre o trabalho e a pessoa. Em vez de beneficiar financeiramente da compensadora carreira, as pessoas aguentam o tédio do congelamento salarial, a ansiedade dos seus empregos de curto prazo, e o purgatório do contrato de trabalho de lento pagamento (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997).

Em alguns casos, um trabalho pode levar as pessoas a fazerem coisas que são antiéticas e que colidem com os seus valores pessoais, operando num meio maquiavélico onde os fins justificam os meios. A subsequente erosão moral pode ser alta. Os valores conflitantes (“*Value conflict*”) ocorrem quando há um desequilíbrio entre as exigências do trabalho e os nossos princípios pessoais. As pessoas fazem o seu melhor quando acreditam no que estão a fazer e quando podem manter o seu orgulho, integridade e auto-respeito (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997).

Em conformidade com Juan Gestal Otero (*cit. in* Horta, A. e Esteves, M., 2006), Maria Antónia Frasquilho (2005b) refere que ambientes de trabalho pobres, desconfortáveis e não protegidos, com ausência de design ergonómico ou em risco eminente físico, químico, biológico e emocional podem, igualmente, criar nos trabalhadores sensações ou sentimentos capazes de induzir à Síndrome de Burnout.

1.2.3. A SOCIEDADE

As expectativas e a representação social são um agente de *stress*. O médico é culturalmente divinizado, o que exige dele omnisciência, onipotência e onnipresença inexecutável. Porém, a finalidade ‘curar’ nem sempre é possível. O profissional de saúde tem de lidar, vezes sem conta, com casualidades e emergências. Para o médico é uma enorme responsabilidade e que limitada ao controlo dos factores intervenientes. Trabalhar com o sofrimento e a dor de outras pessoas é excessivamente fatigante (Frasquilho, M. A., 2005b).

A imagem do profissional é corroída pelos interesses políticos, financeiros e ideológicos do momento que procuram, e por vezes conseguem, manipulá-lo. É exemplo, o conflito criado em redor do médico por parte do poder público, das farmácias e até dos pacientes para a prescrição de fármacos genéricos (Frasquilho, M.A, 2005b e Delbrouck, M., 2006).

A evolução da ciência tem sido, como já foi relatado aquando da dimensão “a instituição e o trabalho”, colossal, mas também os recursos tecnológicos têm vindo a sofrer grandes avanços. Aqueles a quem o profissional procura aliviar a dor e o sofrimento, prevenir ou curar de doenças, da melhor forma possível e que conhece, têm hoje à sua disposição toda a informação que desejam, sendo esta muitas vezes interpretada pelos pacientes ou seus

familiares de forma errónea, produzindo-lhes ilusórias expectativas. Além do mais, a promulgação de novas leis, normas e regulamentos resultantes do progresso da Bioética e do exercício da cidadania têm levado os pacientes e familiares a processar os médicos ou instituições, com enorme frequência, por ausência de proficiência, imprudência ou negligência, repercutindo, obviamente, nas relações médico-paciente e levando o profissional ao esgotamento (Nogueira-Martins, L. A. et al., 1991 e Delbrouck, M., 2006).

1.3. DESENVOLVIMENTO DA SÍNDROME DE BURNOUT

Ao abraçar um novo desafio profissional, um novo emprego, as pessoas não começam com sensação de Burnout. Pelo menos, esperam que ele lhes proporcione um rendimento estável e alguma segurança, independentemente de estarem emocionadas pelo actual trabalho em si. As pessoas começam por se sentir totalmente envolvidas com o seu trabalho, sentem-se energéticas, prontas para ceder mais tempo e esforço para as tarefas do trabalho. O sentimento de realização que ganham com estas actividades faz a pessoa sentir-se competente e eficaz. Quando o Burnout começa, este sentimento de compromisso começa a desvanecer-se e a energia transforma-se em exaustão, o envolvimento em cinismo e a eficácia em ineficácia (Maslach, M. e Leiter, M. P., 1997).

Michel Delbrouck (2006) incorporou os sinais e sintomas que vão ocorrendo no processo evolutivo da Síndrome de Burnout num conjunto de fases evolutivas, as quais incluem a exaustão profissional, a despersonalização e o sentimento de incompetência. O autor destaca a necessidade de um diagnóstico psiquiátrico para reduzir o risco desta síndrome evoluir no sentido de uma depressão patológica.

Christina Maslach e Michael P. Leiter (1997) dão uma designação diferente aos três estádios supracitados. Embora com denominações ligeiramente diferentes – esgotamento, cinismo e incompetência – parecem concordar que são fases imperativas às pessoas que sofrem de Burnout.

Para estes autores, uma das fases é o esgotamento (similar à exaustão profissional referida por Michel Delbrouck (2006)). Esta ocorre quando as pessoas se sentem cansadas além do limite, tanto emocional como fisicamente. Caem drenadas, esgotadas e sem capacidade para

descontrair e recuperar. Quando acordam de manhã sentem-se tão cansadas como quando foram para a cama. Falta-lhes a energia para enfrentar um outro projecto ou de outra pessoa. O sofrimento mental revela-se sob a forma, então, de astenia e desânimo, de ansiedade, de depressão e distúrbios do sono, seja insónia ou hipersónia. Exaustão é a primeira reacção ao *stress* do trabalho, às demandas ou grandes mudanças (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997).

Uma outra fase é designada de cinismo por Christina Maslach e Michael P. Leiter (1997) e de despersonalização por Michel Delbrouck (2006) como já foi mencionado. Esta sucede quando as pessoas se sentem cínicas, se tornam frias, distantes na atitude no trabalho e para com as pessoas com quem trabalham. Tentam minimizar o seu envolvimento no trabalho e até mesmo desistir dos seus ideais. De certa forma, o cinismo é uma tentativa de se protegerem da fadiga e da decepção (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997), ou seja, o profissional torna-se impaciente, alienado e irónico, surgem sentimentos de alienação e de solidão (Pereira, A. M. T. B., 2002). Começam, então, a manifestar-se alterações emocionais e atitudes agressivas ou defensivas (Curiel-García, J. et al., 2006). A frustração e a raiva caracterizam o desgaste emocional que surge quando o indivíduo está impedido de atingir as suas metas ou não está a receber as recompensas esperadas, provocando reacções negativas para com as outras pessoas, como procurar bodes expiatórios, culpar os outros pelos seus problemas e responder de forma mais agressiva e punitiva. É também provável que seja rígido na forma como faz o seu trabalho e que não seja receptivo a novas alternativas. Por sua vez, a humilhação ou embaraço sentido pelos profissionais relativamente ao seu trabalho resulta em hostilidade. Se as pessoas não são tratadas com respeito e confiança e, se o seu trabalho não é valorizado, a sua auto-estima e o senso de competência encontram-se ameaçadas. As pessoas começam a sentir-se alienadas no trabalho e podem, até mesmo, provocar tentativas de actos destrutivos de retaliação, como o roubo ou a sabotagem (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997).

Por fim, o sentimento de incompetência ou ineficácia. Christina Maslach e Michael P. Leiter (1997) expuseram que este estágio sucede quando as pessoas se sentem ineficazes, sentem um crescente sentimento de inadequação. Cada novo projecto parece esmagador. Eles perdem confiança na sua capacidade de fazer diferença, perdem confiança em si próprios e os outros perdem a confiança neles. Michel Delbrouck (2006) descreve esta fase como um conjunto de sentimentos de insucesso profissional ou a diminuição da realização pessoal, ou seja, quando a pessoa se auto-desvaloriza, culpabiliza e desmotiva. Também José Curiel-García et al.

(2006) referem, analogamente ao exposto pelos autores supramencionados, que neste estágio se verificam a desmotivação e a diminuição acentuada no rendimento laboral, acompanhada de isolamento por parte da pessoa afectada, problemas de relações interpessoais, insatisfação e desilusão frente ao trabalho, bem como percepção do incumprimento das expectativas criadas no início da vida profissional.

A evolução referida é acompanhada de distintos sinais e sintomas considerados físicos, de entre os quais se destacam as alterações cardiovasculares (por exemplo, pressão arterial elevada), fadiga crónica, cefaleias ou enxaquecas, problemas gastrointestinais, perda de peso, mialgias e perturbações dermatológicas. (Villamil *cit. in* Horta, A. e Esteves, M., 2006 e Curiel-García, J. et al., 2006). Ana Maria T. Benevides Pereira (2002) acrescenta, ainda, possíveis distúrbios do sistema respiratório, imunodeficiência, disfunções sexuais e alterações menstruais nas mulheres.

Para tentar lidar com o *stress*, algumas pessoas aumentam o consumo de chá ou café (Bocchino, S., *cit. in* Notargiovanni, C., 2008), de álcool, de drogas (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997) como, por exemplo, de benzodiazepinas e analgésicos. Surgem também alterações alimentares (Curiel-García, J. et al., 2006), bem como o sedentarismo (Bocchino, S., *cit. in* Notargiovanni, C., 2008).

José Curiel-García et al. (2006) consideram que se é possível identificar, com alguma facilidade, as manifestações que vão surgindo de acordo com a fase evolutiva em que o trabalhador se encontra, dever-se-ia conseguir estabelecer estratégias adequadas para a prevenção da Síndrome de Burnout ou para o tratamento oportuno da mesma.

Christina Maslach e Michael P. Leiter (1997) relatam que a Síndrome de Burnout foi desvendada há muito tempo, pelo que também lhes surge a questão: “Se já tínhamos conhecimento sobre o Burnout há algum tempo, porque é que não descobrimos o que fazer?” A esta questão os autores responderam alegando que esta síndrome tem sido subestimada, banalizada, sem que nunca tenha sido tomada a sério. Assumiu-se que o Burnout não representa grandes perigos de danos físicos ou morte, que se trata de uma erosão crónica dos sentimentos e aptidões ao longo do tempo não sendo tão impressionante como uma crise imediata. As pessoas julgam erradamente os riscos, consideram que, se continuarem a

trabalhar, mesmo que não tão bem como antes, não há ameaças graves para a produtividade geral, além de assumirem que não vai acontecer com elas. Visto a partir dessa perspectiva, Burnout é apenas um “cop-out”, as lamúrias dos fracos que não podem lidar com um trabalho sério e não admitem a falha. A sensação é de que “não há realmente nada a fazer” sobre o Burnout. No entanto, nesta perspectiva tudo está errado, já que é baseada em mitos e equívocos sobre a razão pela qual as pessoas trabalham e como elas funcionam.

É fundamental abolir a vulgarização do Burnout, uma vez que as pessoas que estão em Burnout são susceptíveis de abandonar o trabalho, tanto física como psicologicamente. A queda na qualidade e quantidade de trabalho produzido está na linha inferior do profissional com a síndrome. Casualmente, algumas pessoas chegam ao ponto de ter de desistir. Mesmo quando é necessário, tal decisão pode ser muito dolorosa, se isso significa andar longe de uma carreira que foi outrora uma fonte de orgulho, prestígio e identidade pessoal (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997). Os trabalhadores citam, cada vez mais, o *stress* e outros distúrbios mentais provocados pelo trabalho como razões para tentar obter a reforma antecipada (McDaid, D. (Ed), 2008). Michel Delbrouck (2006) alega que o *stress*, o abuso de substâncias, a exaustão, as exigências da profissão e a depressão são as causas de suicídio nos médicos, evidenciando-se assim a gravidade patente na Síndrome de Burnout.

2. PREVENÇÃO E/OU INTERVENÇÃO NO FENÓMENO DE BURNOUT

Jordi Cebrià-Andreu (2005) afirmou que a Síndrome de Burnout está a revelar-se como um problema de saúde pública, uma vez que se esta síndrome atingir os prestadores de cuidados, as consequências negativas recaem por toda a sociedade. Torna-se, assim evidente que, cuidar da saúde física e psicológica de todos os profissionais de ajuda é uma prioridade social.

No Livro Branco da Comissão "Juntos pela saúde: uma abordagem estratégica para a UE 2008-2013" destacam-se os custos económicos substanciais que são despendidos nos distúrbios mentais, uma vez que a maioria destes é devido à perda de produtividade no local de trabalho (McDaid, D. (Ed), 2008).

Para Christina Maslach e Michael P. Leiter (1997), o Burnout em trabalhadores individuais diz mais sobre as condições do seu trabalho do que sobre eles. Os autores argumentam que

respostas eficazes à prevenção do Burnout devem envolver mais do que apenas o tratamento. O maior sucesso em lidar com o Burnout será a incidência sobre a promoção do envolvimento com o trabalho em vez de se concentrarem, apenas, na redução do Burnout. Assim, defendem um modelo organizacional de saúde que inclui a promoção dos valores humanos no trabalho, e não apenas de natureza económica.

Tendo em conta as projecções da OMS, os problemas psicológicos serão a principal fonte de incapacidade em 2020, pelo que é defendida, como prioridade, uma mudança no sentido de uma maior cultura preventiva, incluindo a da promoção da saúde mental no local de trabalho (McDaid, D. (Ed), 2008).

Wilmar B. Schaufeli (2006) distribui a sua atenção em duas estratégias, uma primeira que designa de estratégias individuais e uma segunda que denomina de estratégias organizacionais. O objectivo de identificação, prevenção e tratamento é focado em ambas.

2.1. ESTRATÉGIAS DE IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO INDIVIDUAIS

As pessoas gostam de estar envolvidas em projectos que vão para além delas próprias. Elas querem desenvolver a sua eficácia e ultrapassar desafios que exigem a totalidade das suas capacidades, exigindo um empenho total das suas competências físicas, emocionais e de energia criativa. No entanto, esta atitude intrínseca do ser humano é o alicerce da Síndrome de Burnout (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997).

A identificação da síndrome é conseguida através do “auto-seguimento”. As pessoas devem conhecer os sinais e os sintomas da síndrome para os reconhecer quando ocorrem em si próprios. A “auto-observação” é um método útil para o reconhecimento do Burnout e é possível, por exemplo, a partir da criação de um diário onde o indivíduo possa escrever sobre os seus pensamentos, sensações e contrariedades que viveu no seu dia de trabalho, bem como as suas reacções perante tais situações e, deste modo, garantir o registo da frequência com que sucedem os sinais e sintomas de exaustão. Por outro lado, se o profissional preferir pode responder a um qualquer teste validado que avalie o Burnout e comparar os seus resultados com os de um grupo de referência (Schaufeli, W. B., 2006).

Michel Delbrouck (2006), em concordância com o supracitado, reconhece que o médico, bem como qualquer profissional, deve estar esclarecido em relação aos factores de risco, à normalização das respostas perante os factores referidos, aos sinais e sintomas de exaustão e ao tratamento, ou seja, deve conseguir identificar os sinais de alarme. Quaisquer funcionários devem saber reconhecer situações de colisão com o seu esquema pessoal e tomar consciência dos seus fenómenos de defesa, de resistência e de transferência.

Porém, não é apenas importante saber identificar quando a Síndrome de Burnout está presente, mas também saber preveni-la (Schaufeli, W. B., 2006).

Muitas vezes, o profissional não sabe gerir o seu tempo o que o leva a cumprir demasiadas tarefas num curto período, sentindo-se inoperante e tendendo a desvalorizar-se. Wilmar B. Schaufeli (2006) refere que os profissionais não sabem economizar, controlar e gerir o tempo e, para evitar situações como a referida, o autor aconselha a organização de sessões de formação, em que os profissionais percebam a indispensabilidade de se estabelecerem compromissos e metas para, assim, controlarem as situações de tensão, de reconhecerem os seus serviços de acordo com as suas prioridades, de planearem de forma realista as actividades que conseguem realizar com a máxima eficácia não esperando que se cumpram prazos e de delegarem responsabilidades, como o trabalho de secretariado, conseguindo assim que os objectivos sejam conseguidos com elevado sucesso. Nesta formação também seria indispensável demonstrar aos profissionais de ajuda que, embora lhes seja muito difícil, é preciso dizer-se “não”. Só aprendendo a dizer “não”, os próprios limites são respeitados (Delbrouck, M., 2006 e Schaufeli, W. B., 2006).

McCue (*cit. in* Horta, A. e Esteves, M., 2006) afirma que os médicos necessitam de apreender a diferença entre trabalho e lazer, exigindo tempo para a execução de ambas as situações. Eles devem participar em actividades físicas e em *hobbies* agradáveis e distintos da sua actividade profissional e, provavelmente, desenvolver talentos pessoais. Ainda como estratégia individual, Wilmar B. Schaufeli (2006) destaca os grupos de colegas, os quais estruturados ou não, permitem a troca de informações e conhecimentos, o apoio emocional e a resolução dos problemas que ocorrem no emprego. Estes grupos garantem o reconhecimento, o apoio e a compreensão pretendida por todos os profissionais.

A implantação de grupos de discussão e reflexão é também para Michel Delbrouck (2006) uma considerável medida profilática. O autor sugere os Grupos Balint desenvolvidos por Michael Balint (1896-1970), psicanalista de origem húngara. Estes são compostos por médicos e/ou outros profissionais de saúde e coordenados por um analista (médico psicoterapeuta ou psiquiatra) e por um médico com experiência adquirida num destes grupos. Estas reuniões não são terapêuticas nem seminários de casos clínicos, embora contribuam como propedêutica para o estudo da relação paciente - prestador de cuidados e como análise das emoções envolvidas de ambos os protagonistas, de modo a perceber-se a utilidade desta interacção para o paciente.

A primeira sociedade Balint surgiu em França em 1968, mas actualmente existe a Federação Internacional Balint que congrega cerca de trinta países, dos quais Portugal é um dos membros efectivos (Delbrouck, M., 2006).

Adriana Horta e Manuel Esteves (2006) mostram a importância do profissional admitir que a prática da Medicina compreende riscos e erros intransponíveis, bem como o confronto com dificuldades éticas e médico-legais. Os médicos devem-se manter actualizados e frequentar congressos, formações contínuas ou outras; mas não se devem julgar nunca infalíveis. Michel Delbrouck (2006) pactua da mesma opinião, o que é declarado na sua obra através das seguintes expressões: “É urgente extinguir a ideia do prestador de cuidados ideal” e “É tomando consciência do princípio de incerteza e do facto de não podermos curar todos os doentes, continuando a exercer a nossa profissão na serenidade que transcende a imperfeição e aceitando-a, que melhor nos protegeremos da exaustão”.

Cada médico deve procurar a “dose” certa de envolvimento de acordo com os pacientes e com a sua experiência, de forma a manter entusiasmo, boa relação familiar e social, bem como a conseguir a sua realização pessoal e profissional. A melhor forma de diminuir os efeitos do *stress* profissional consiste numa modificação do estilo de vida (Horta, A. e Esteves, M., 2006 e Vasconcellos (2002) *cit. in* Presta, A. A. et al., 2006).

Michel Delbrouck (2006) sugere que o médico pode “armar-se contra a exaustão”, se adquirir hábitos saudáveis de vida. Manter uma dieta saudável, balanceada e em horários regulares, evitar fumar, beber álcool e consumir drogas, fazer exercício físico, empregar 5 horas por

semana num passatempo e uma hora diária nos seus interesses pessoais, sustentar boas relações sociais e dormir bem são alguns exemplos de um modo de vida são (Horta, A. e Esteves, M., 2006 e Delbrouck, M., 2006 e Vasconcellos (2002) *cit. in* Presta, A. A. et al., 2006).

2.2. ESTRATÉGIAS DE IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO ORGANIZACIONAIS

As seis áreas da vida organizacional onde pode ocorrer o desajuste entre o funcionário e o seu trabalho são o trabalho, o controlo, a recompensa, a comunidade, a justiça e os valores, e são moldadas pela intervenção organizacional (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997).

O primeiro passo no desenvolvimento de medidas preventivas é o de identificar as fontes de *stress* no local de trabalho. Estes podem variar consideravelmente, dependendo da natureza do sector do emprego e do tipo de trabalhador (McDaid, D. (Ed), 2008).

A identificação da síndrome, como estratégia organizacional, é conseguida a partir de auditorias de *stress* ou revisões de Burnout. Estas auditorias ou revisões periódicas, provocam reacções nos trabalhadores, as quais revelam os problemas organizacionais que os afectam, facilitando à instituição a criação de estratégias de acção para melhorar a eficácia e o bem-estar do trabalhador (Schaufeli, W. B., 2006).

A principal causa da Síndrome de Burnout é a sobrecarga quantitativa e qualitativa de trabalho. Para reduzir a sobrecarga, as instituições assumem algumas estratégias como, por exemplo, reestruturar as tarefas, aumentando a responsabilidade e permitindo a participação dos funcionários na tomada de decisões e tornando-as mais estimulantes e mais gratificantes, esclarecer o papel do trabalhador e diminuir a ambiguidade das suas funções, melhorar o ambiente onde são exercidas as funções dos seus funcionários e modificar os horários do trabalhador, reduzindo o número de horas de trabalho e proporcionando períodos de lazer (Schaufeli, W. B., 2006 e McDaid, D. (Ed), 2008).

David McDaid (2008) enuncia ainda outras estratégias adoptadas pelas instituições, ou que o deveriam ser, para melhorar a saúde profissional como por exemplo, concederem adequadas recompensas para os esforços no local de trabalho, garantirem a possibilidade de progressão

de carreira, melhorarem as condições de trabalho, ou seja, impondo medidas práticas como minimizar o ruído excessivo, a má qualidade do ar, a exposição a substâncias químicas, temperaturas limítrofes, a má iluminação e medidas de ergonomia e assegurarem que os seus funcionários utilizam as férias anuais a que têm direito.

Wilmar B. Schaufeli (2006) lembra também que as grandes expectativas são um factor de risco para a Síndrome de Burnout que pode ser evitado se a instituição promover, logo de início ou mesmo antes da contratação, uma visão realista do trabalho e reduzir, assim, o choque com a realidade. Outra estratégia utilizada pelas instituições, também considerada pelo autor de “socialização antecipatória”, é criar condições para expor gradualmente os seus trabalhadores às exigências das suas funções, por exemplo, introduzir os novos trabalhadores situando-os a assistir ao rigor das tarefas dos funcionários mais antigos.

O investimento neste processo organizacional é um processo contínuo através do qual a instituição pode continuar a adaptar-se às circunstâncias em constante mudança, de uma forma que promova o envolvimento com o trabalho. A instituição, quando gerida revelando sensibilidade pelas pessoas, é capaz de estabelecer uma relação harmoniosa entre os funcionários e o ambiente de trabalho e ao promover a participação e evitar o desgaste, reforça a capacidade de prosseguir com a sua missão (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997). O diálogo eficaz e a parceria entre empregados, trabalhadores e seus representantes desempenham um papel crucial na manutenção de um bom ambiente de trabalho. Deste modo, podem contribuir para fomentar uma cultura com base nos valores que promovem uma abordagem positiva e estimulante para a gestão e permitir que os funcionários maximizem o seu potencial, ajudando a fortalecer a moral do trabalhador e, portanto, a promover a saúde (McDaid, D. (Ed), 2008).

O custo da promoção da saúde física e mental para a instituição é geralmente elevado, porém esta despesa é compensada pela redução do absentismo e do aumento da produtividade (McDaid, D. (Ed), 2008). Dado que os benefícios de uma produção eficaz revertem para o governo, bem como para as instituições, este deveria ser activo na promoção da saúde no trabalho, dando apoio às pequenas e médias empresas que, caso contrário, poderão encontrar dificuldades para organizar ou financiar algumas actividades de promoção da saúde que possam ser necessárias (McDaid, D. (Ed), 2008).

Se a saúde mental for conservada no local de trabalho também a União Europeia será beneficiada, uma vez que se tornará mais fácil atingir os objectivos da Estratégia de Lisboa para o crescimento económico e a competitividade global (McDaid, D. (Ed), 2008).

2.3. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL

Wilmar B. Schaufeli (2006) refere dois métodos para tratamento, a “orientação” e a “psicoterapia”.

A “orientação” é utilizada por profissionais preparados de diversos sectores, apenas em estádios pouco severos de Burnout. Trata-se de um método activo que procura devolver ao indivíduo o controlo da sua vida laboral, exigindo-lhe a responsabilidade dos seus comportamentos. Este processo é composto por três fases. Na primeira fase, o indivíduo é conduzido a perceber a exaustão e a confrontá-la com a sua sintomatologia, a aceitar o seu esgotamento e a esforça-se por ultrapassá-lo. Entre períodos de descanso e de actividade, a Síndrome de Burnout passa a estar em “estado de alarme”. A esta fase, o autor designa de “gestão da crise”. Para “solucionar o problema”, recorre-se às técnicas de “auto-seguimento” ou “auto-observação” já mencionadas, contudo são examinadas por outro e não pelo próprio e mais profundamente, uma vez que o objectivo agora é o tratamento, recorre ao exercício físico e a técnicas de relaxamento. Estas últimas, uma vez apreendidas pelo lesado, ajudá-lo-ão no controlo psicofisiológico. Por fim, a fase do “regresso à vida normal”, onde o indivíduo assume o seu emprego de forma gradual e sistemática e apesar de vigiado procurará defender-se da Síndrome de Burnout sozinho (Schaufeli, W. B., 2006).

A psicoterapia é um método de intervenção utilizado apenas por profissionais altamente especializados, ou seja, por psiquiatras, psicoterapeutas ou psicólogos clínicos. Este meio de tratamento é extremamente útil em situações graves de Síndrome de Burnout, baseia-se na terapia cognitivo-conceptual e apoia-se nos procedimentos de auto-controlo como, por exemplo, o “auto-seguimento”. Este tratamento compreende quatro etapas. A primeira tem por objectivo a redução da sintomatologia como o cansaço físico e psicológico, irritabilidade, entre outras. Posteriormente o psiquiatra, ou colega igualmente especializado, analisa a personalidade do indivíduo em exaustão e ajuda-o, através de técnicas de avaliação cognitiva, a reconhecer e controlar as particularidades de risco para o Burnout do seu temperamento.

Numa etapa seguinte, o médico psiquiatra aborda os problemas no trabalho em associação com os problemas pessoais e desenvolve normas para que seja alcançada a harmonia entre o funcionário e o seu emprego. Por fim, faz-se uma análise retrospectiva e promovem-se meios que permitam manter o novo equilíbrio encontrado entre o trabalho, o próprio indivíduo, a vida profissional e a vida pessoal (Schaufeli, W. B., 2006).

P. Jacobsen e R. Rudin (1991) apenas expõem o tratamento psicoterapêutico, pelo que alertam o profissional que deverá recorrer a um médico qualificado, como o psiquiatra, para que possa ser ajudado a encontrar novas perspectivas de vida e a caminhar para a saúde mental, aos primeiros sinais de alerta.

2.4. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO ORGANIZACIONAL

A saúde mental e o bem-estar dos trabalhadores são um recurso fundamental para a produtividade e para a inovação na União Europeia, no entanto, com a alteração contínua do ritmo e da natureza do trabalho, as pressões sobre os indivíduos e sobre as instituições começam a manifestar-se (McDaid, D. (Ed), 2008).

David McDaid (Ed.) (2008) manifesta que são cada vez mais necessárias medidas para combater o aumento do absentismo e da incapacidade relacionados com os distúrbios mentais provocados pelo trabalho, de modo a utilizar-se o potencial inexplorado e melhorar a produtividade. Então, os políticos, parceiros sociais, gerentes institucionais e, posteriormente, as partes interessadas devem:

- Melhorar a organização do trabalho, a cultura e liderança empresarial para promover as práticas do bem-estar mental no trabalho, incluindo a conciliação da vida profissional e familiar;
- Implementar programas de avaliação dos factores de risco e programas de prevenção, bem como implementar condutas de intervenção precoce, nos locais de trabalho;
- Proporcionar medidas de apoio à contratação, manutenção ou reabilitação e do regresso ou reinserção no trabalho.

Para promover um retorno ao trabalho mais rápido dos profissionais que se viram obrigados a ausentar por desajuste pessoal e com o seu trabalho, a instituição deve manter o contacto regular, desde o início, com os profissionais médicos que estejam a acompanhar os seus empregados. A reintegração no trabalho pode ser feita gradualmente, talvez inicialmente em tempo parcial e/ou com alteração das tarefas. Assim sendo, os indivíduos devem ser aconselhados a retomar os seus serviços após dois ou três meses e não após seis meses (McDaid, D. (Ed), 2008).

3. A SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS DENTISTAS

3.1. FACTORES DE RISCO, CONSEQUÊNCIAS E PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT NA MEDICINA DENTÁRIA

O médico dentista activo suporta constantemente situações de *stress* (Presta, A. A. et al., 2006 e Nasetta, J. et al., 2006). P. Jacobsen e R. Rudin (1991) referenciam que os sinais de *stress* e insatisfação profissional são muitas vezes ignorados. Porém, os dentistas estão dependentes da sua própria receita no consultório, de tal forma que se reconhecem como administradores da sua vida pessoal e profissional, o que pode gerar excessiva ansiedade.

A generalidade dos autores defende que os médicos dentistas também partilham dos mesmos factores de risco de Burnout que os outros profissionais de saúde. Analogamente ao referido em capítulos anteriores, também o médico dentista tem um ritmo excessivo de trabalho, resiste à rotina quotidiana, lida com o sofrimento dos doentes, com toda a envolvimento e com toda a carga negativa que a dor provoca, exerce, por vezes, as suas funções em situações de emergência ou urgência médica, padece de grande ansiedade por pretender a perfeição e rejeitar o erro e vivencia a anulação da sua autonomia e dos seus privilégios, confrontando-se com as burocracias e as sequelas do progresso científico e tecnológico. A pressão patente nas consultas resulta, não só pela ambição de um trabalho irrepreensível, mas porque este tem que ser feito no mínimo de tempo possível (Cooper, C. L. et al., 1989 e Diaz et al. (2001) *cit. in* Presta, A. A. et al., 2006 e Nasetta, J. et al., 2006).

Para Rod Moore e Inger Brodsgaard (2001), a necessidade de manter pacientes, a pressão económica e a obrigação de ter frequentemente que percorrer longas distâncias entre a residência e o emprego são agentes estimulantes da Síndrome de Burnout.

A inquietação, acompanhada de sentimentos como a desconsideração e a desmotivação, também surge no médico quando o paciente se atrasa ou falta à consulta sem justificação prévia, o que é uma constante diária. O clínico atende doentes ansiosos e/ou não colaborantes o que dificulta bastante as suas funções. Por vezes, instala-se um ambiente desesperante, podendo agravar nas situações em que existe um mau relacionamento com a equipa auxiliar, em que a ajuda da assistente dentária é ineficaz, em que o trabalho consumado por um seu colega é censurável ou aquando de problemas de comunicação (Diaz et al. (2001) *cit. in* Presta, A. A. et al., 2006 e Nasetta, J. et al., 2006). O mau relacionamento com superiores, subordinados ou colegas são factores de instabilidade emocional atendendo que além de se trabalhar numa atmosfera deturpada, torna-se difícil a delegação de responsabilidades (Cooper, C. L. et al., 1989).

J. D. Shurtz et al. (1986) corroboram com os autores supracitados. Também eles revelam as mesmas causas para a susceptibilidade do médico dentista à Síndrome de Burnout e acrescentam, ainda que a perfeição procurada por estes profissionais é dificultada por estes aquando o início da sua formação, por praticarem em fantomas, onde obviamente é mais fácil alcançar o ideal técnico. Por sua vez, os autores também argumentam que o dentista carrega a sentença popular de que os médicos dentistas não são “médicos reais”, pois cursaram em Medicina Dentária apenas por não terem tido capacidades de cursar em Medicina. Este desrespeito pela sua classe contribui para um acumular de sentimentos negativos capazes de provocar exaustão profissional.

Na medicina dentária é útil atentar à natureza dos tratamentos. Alguns procedimentos efectuados nesta área médica são muito meticulosos, o que exige posições extremamente desconfortáveis, elevada precisão, visão apurada e grande concentração. Assim, o desempenho do médico dentista pode ser facilmente prejudicado por factores ambientais como o ruído, a iluminação, a temperatura e a distribuição física do espaço, os quais conduzem ao cansaço, à irritação, à impaciência e à dificuldade de concentração, ou seja, a

diversos danos na saúde do profissional (Cooper, C. L. et al., 1989 e Presta, A. A. et al., 2006 e Nasetta, J. et al., 2006).

Os médicos dentistas, para efectuar a maioria dos tratamentos, são forçados a uma grande aproximação, com conseqüente exposição e vulnerabilidade. No dia-a-dia estão expostos a ruídos anormais, a radiações ionizantes, a substâncias químicas potencialmente causadoras de alergias, irritações e outras patologias, além de estarem sempre em risco de contraírem infecções que estejam hospedadas num seu paciente. Uma vez conscientes da sua vulnerabilidade, os médicos dentistas ficam intimidados e este receio pode estar na origem de um estado de exaustão (Diaz et al. (2001) *cit. in* Presta, A. A. et al., 2006).

Também em relação à prática clínica do médico dentista, Cary L. Cooper et al. (1989) afirma que quanto maior é a interdependência, as actividades de uma e outra pessoa, maior é o *stress* potencial. Todavia, Michel Delbrouck (2006), Christina Maslach e Michael P. Leiter (1997) asseguram que delegar tarefas e trabalhar em equipa são excelentes formas de defesa contra a Síndrome de Burnout.

Se o médico dentista trabalha por conta própria, responsabilidades como a administração do consultório podem interferir na sua estabilidade emocional. Por sua vez, se o médico dentista trabalha por conta de outrem, pode ter que se submeter a um chefe exigente ou insensível. Os directores das instituições, muitas vezes, suscitam uma inabalável pressão para trabalhar rápido e com resultados excelentes, reclamam por rendimentos elevados a curto prazo e demitem funcionários com algum descomedimento. O conflito diário por parte do médico para suportar estas vivências de risco e para aguentar o receio de ser despedido ou, unicamente, despromovido, é um promotor da exaustão profissional (Cooper, C. L. et al., 1989 e Presta, A. A. et al., 2006 e Nasetta, J. et al., 2006).

Cary L. Cooper et al. (1989) expõem que o desajuste entre o profissional e o seu emprego acompanha-o na sua residência. A família do médico é também sujeita à desorientação emocional nele instaurada, bem como, a grande parte das conseqüências que desse estado emotivo possam advir, como por exemplo, por abandono ou desprendimento do trabalho, as dificuldades económicas.

Ruth Freeman (1999) aconselha os médicos dentistas a desenvolverem capacidades para reconhecer os sinais e sintomas de risco para a síndrome e a manterem-se vigilantes no seu local de trabalho, conseguindo assim, não só assegurar a prevenção, como proporcionar um ambiente promotor da saúde dentária e da terapêutica com os pacientes.

3.2. ESTUDOS EM ALGUNS PAÍSES EUROPEUS SOBRE A SÍNDROME DE BURNOUT NOS MÉDICOS DENTISTAS

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho destacou alguns factores de risco psicossociais de exaustão no local de trabalho, incluindo: redução de empregos; intensificação do trabalho, muitas vezes sem recompensa; altas exigências emocionais e um desequilíbrio entre o trabalho e a vida. Dados sobre a qualidade da experiência de trabalho, recolhidos no âmbito do Quarto Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho, sugerem que muitos desses factores de risco estão disseminados em toda a União Europeia (McDaid, D. (Ed), 2008).

As consequências provenientes do desgaste profissional têm-se constatado cada vez mais em toda a Europa. Em muitos países estes já ultrapassaram os problemas músculo-esqueléticos como a principal causa de dias de ausência ou mesmo abandono do trabalho. Actualmente, o número total de indivíduos que alegam deficiência por problemas de saúde mental é maior do que o número total de beneficiários de subsídio de desemprego (McDaid, D. (Ed), 2008).

3.2.1. ESPANHA

Pablo I. Varela-Centelles et al. (2005) realizaram um estudo sobre o desgaste profissional nos médicos dentistas e estomatologistas das unidades de saúde oral primária da Galiza, utilizando o *Maslach Burnout Inventory* para a avaliação da síndrome e outros questionários complementares. Nesse estudo, os autores obtiveram resultados elevados para a exaustão emocional e para a despersonalização, sem que se constatassem diferenças em função do sexo, do estado civil, do vínculo contratual, dos anos de serviço ou do número de pacientes atendidos. Em concordância com os altos valores para a exaustão emocional e para a despersonalização, foram observados valores diminuídos para a realização pessoal. Porém, foi possível constatar que os valores mais altos para a realização pessoal estavam intimamente

relacionados com os primeiros anos de serviço. É importante referir a taxa de respostas deste estudo foi de apenas 50%, o que para os autores foi positivo, uma vez que esperavam que a percentagem de participação não fosse superior a 35%.

Um outro estudo foi efectuado em Barcelona por Aurelia A. Martínez et al. (2008), em 78 médicos dentistas que frequentavam cursos de graduação na Universidade da cidade. Também neste estudo foi utilizado o *Maslach Burnout Inventory* para a avaliação da síndrome, bem como outros questionários complementares. Os autores não encontraram valores de exaustão emocional e despersonalização significativos de Síndrome de Burnout para a maioria dos médicos dentistas inquiridos, apenas 2-3% seriam considerados positivos para a síndrome de acordo com a definição rigorosa de Burnout ou 10% numa visão mais alargada, ou seja, com critérios menos específicos.

Aurelia A. Martínez et al. (2008) revelaram que os indivíduos que apresentavam a síndrome tinham menos de 5 anos de experiência e, a maioria, intercalavam o curso de graduação com mais de 30 horas por semana de prática clínica, dedicando menos de 10 horas por semana para estudar. Revelaram também que os indivíduos que referiam não fumar e consumir bebidas alcoólicas habitualmente, bem como os indivíduos que praticavam desporto com regularidade, apresentavam maior tendência para a Síndrome de Burnout.

3.2.2. HOLANDA

Ronald C. Gorter et al. (2001) e J. Hans M. Te Brake et al. (2001), através dos seus estudos realizados empregando métodos iguais, demonstraram a importância dos programas de prevenção na Síndrome de Burnout nos médicos dentistas holandeses, uma vez que, em ambos os estudos, os indivíduos, pertencentes ao grupo de controlo, os quais não foram sujeitos a qualquer acção preventiva, mostraram pouco ou nenhum progresso, os participantes que usufruíram do programa de prevenção, que consistiu num apoio individual e em reuniões de grupo, revelaram melhorias significativas em todas as subescalas do MBI no pós-teste. No entanto, acusaram uma recaída num segundo pós-teste e os participantes que agiram por iniciativa própria, por outro lado, relataram um efeito benéfico a longo prazo.

Uma amostra representativa de 497 médicos dentistas holandeses foi incluída no estudo de J. Hans M. Te Brake et al. (2007) que presenciaram uma taxa de resposta de 59%. Neste, a quantificação da exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal foram conseguidas a partir da aplicação da versão holandesa do MBI, designada de *Utrechtse Burnout Schaal* (UBOS); a determinação dos factores de risco a partir de outro questionário concebido para esse efeito e, com o intuito de avaliar o ajuste entre o indivíduo e o seu trabalho a partir de dimensões diferentes do MBI, ou seja, energia, dedicação, e absorção, utilizaram o *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES).

J. Hans M. Te Brake et al. (2003) analisaram as diferenças de sexo para a Síndrome de Burnout entre os médicos dentistas e procuraram identificar possíveis factores concomitantes. 411 médicos dentistas do sexo masculino e 81 do sexo feminino preencheram a versão holandesa do *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Verificou-se que os dentistas do sexo masculino detiveram uma pontuação mais elevada na dimensão despersonalização do MBI do que dentistas do sexo feminino. Porém, não foram encontradas diferenças entre os sexos nas dimensões de exaustão emocional e de realização pessoal nem relacionados com o trabalho. Demonstrou-se, no entanto, que os médicos dentistas do sexo masculino trabalham mais horas, consultam um maior número de pacientes por semana e trabalham durante mais anos, pelo que os autores concluíram que a diferença de despersonalização desaparece se houver controlo do número de horas de trabalho e da idade com que se exerce a profissão.

J. Hans M. Te Brake et al. (2007) referem que, no seu estudo, é perceptível que as mulheres têm valores menores para a despersonalização, embora homens e mulheres revelem elevada realização pessoal. Esta realização parece diminuir com a idade, porém o inquirido mais velho não foi o indivíduo com valores mais reduzidos para esta dimensão, pelo que os autores procuram justificar com a possibilidade de indivíduos com idades avançadas e com baixo nível de realização pessoal já não se encontrarem a exercer. Os resultados foram favoráveis para os médicos dentistas holandeses, uma vez que foi demonstrado que a sua atitude positiva face ao trabalho dia após dia, lhes proporciona realização pessoal e os defende da síndrome.

3.2.3. LITUÂNIA

Na Lituânia, segundo um estudo de Alina Puriene et al. (2008), com uma amostra de dimensão 2449, grande maioria dos médicos dentistas referiram estar satisfeitos com o seu trabalho. Porém, a auto-percepção da falta de auto-estima, solidão e especialmente de depressão teve um alto impacto negativo sobre a satisfação profissional de alguns destes profissionais. Neste estudo, o nervosismo e o Burnout tendem a ser os mais crónicos de todos os transtornos mentais e foram as queixas mentais mais prevalentes. Os autores revelaram que com o aumento da idade, a possibilidade de nervosismo ou depressão reduziu significativamente e aumentou a possibilidade de satisfação com a prática odontológica e que, com o aumento da carga horária, o risco de esgotamento, ansiedade e solidão aumentaram.

4. MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Ana Maria T. Benevides Pereira (2002) revela a existência de um grande número de questionários de auto-preenchimento concebidos para avaliar o Burnout. A autora faz referência ao SBS (*Staff Burnout Scale*), ao BAI (*Burnout Assessment Inventory*), ao FBS (*Freudenberg Burnout Scale*), ao CBB (*Cuestionario Breve del Burnout* de Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana e Mirales – 1997), ao JBI (*Job Burnout Inventory* de Ford, Murphy e Edwards – 1983), ao BM (*Burnout Measure* de Pindes e Aronson - 1988), entre outros, bem como a diversas categorias, de entre as quais, o SBS-HP (*Staff Burnout Scale for Health Professionals* de Jones – 1980).

A autora também mencionou um outro questionário mais comumente utilizado, o *Maslach Burnout Inventory*. De acordo com Christina Maslach e Michael P. Leiter (1997), o MBI é a medida definitiva de Burnout utilizado pelas organizações e investigadores para avaliar a sua experiência como trabalhadores nos seus empregos. Trata-se, na sua opinião, de um questionário confiável que fornece uma perspectiva concisa sobre a energia, envolvimento e eficácia dos funcionários no serviço.

Existem três versões do *Maslach Burnout Inventory* - MBI. O original *Human Services Survey* (MBI-HSS), publicado em 1981, é o mais adequado para os prestadores de serviços. Em 1986 este questionário sofreu uma ligeira modificação de modo a incidir sobre a profissão

de docente, pelo que se veio a designar *Educators Survey* (MBI-ES). A mais recente edição, a qual foi produzida em 1996 com a colaboração de Michael P. Leiter, é o *General Survey* (MBI-GS), o qual é aplicável a uma vasta gama de profissões, porém não se refere ao serviço de relacionamento com os beneficiários, pelo contrário, enfatiza a relação dos inquiridos com o trabalho em geral (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997 e Pereira, A. M. T. B., 2002).

O *Maslach Burnout Inventory* possui uma estrutura dominante de itens atribuídos ao trabalho. A estreita associação entre o Burnout e o trabalho diferencia-o, de um modo geral, dos estados emocionais que permeiam todos os aspectos da vida sem estar vinculado a um domínio específico de vida como é exemplo a depressão. Assim, o MBI avalia a Síndrome de Burnout como o resultado de problemas no trabalho e não como uma síndrome psiquiátrica (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997). O MBI-HSS mede as três dimensões fundamentais do vínculo do indivíduo para com o seu trabalho: o Esgotamento Emocional ou a energia; a Despersonalização ou o envolvimento e a ineficácia ou a Realização Pessoal (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997). Esta escala global é o resultado da soma de 22 questões diferentes, cada uma com 7 hipóteses de resposta numa escala do tipo *Likert* que variam de 0 (nunca) a 6 (todos os dias), pelo que a cada resposta lhe é atribuída uma pontuação de zero a seis. Da totalidade das questões, 9 são relativas à Exaustão Emocional, 5 à Despersonalização e 8 à Realização Pessoal. Cada uma das dimensões resulta da soma das pontuações de diversas respostas. O profissional que revelar altas pontuações para a Exaustão Profissional e para a Despersonalização, bem como baixas pontuações para a Realização Pessoal deve ser considerado positivo para a Síndrome de Burnout (Pereira, A. M. T. B., 2002).

A escala que mede a Síndrome de Burnout foi estudada como uma variável contínua ordenada e posteriormente classificada em três graus: elevado, moderado e baixo, tendo Michel Delbrouck (2006) proposto para cada uma das subescalas os valores apresentados na Tabela 1.

	Baixo	Moderado	Elevado
Exaustão Emocional (Esgotamento Emocional)	≤17	18 - 29	≥30
Despersonalização	≤5	6 - 11	≥12
Realização Pessoal	≥40	34 - 39	≤33

Tabela 1 - Valores de subescalas das três dimensões da Síndrome de Burnout

Para além da obtenção de resultados parcelares por subescalas, o MBI permite também determinar uma pontuação total de Burnout, o que viabiliza a realização de estudos correlacionais. Para calcular a pontuação global, torna-se necessário inverter previamente os valores relativos à subescala Realização Pessoal, em virtude do significado da valorização dos itens ser oposto aos das restantes, pelo que, nesse caso, a baixa “Ausência de Realização Pessoal” seria obtida para valores ≤ 33 e a elevada para valores ≥ 40 . A escala tem uma pontuação mínima de zero pontos e um valor máximo de 132 pontos. Pontuações mais altas exprimem um maior Burnout (Maslach, C., Jackson, S. E. e Leiter, M. P., 1997).

Para considerar a presença ou ausência de Síndrome de Burnout parece, de acordo com o supracitado, conseguido facilmente a partir do MBI, porém não se encontraram artigos que revelem os valores de corte para a referida ponderação. Também João Maroco et al. (2008, p. 640) afirmam que “a escala não permite o cálculo de uma pontuação global de burnout (...)”. Para além disso, apesar de ser referido que o profissional que revelar altas pontuações para a Exaustão Profissional e para a Despersonalização, bem como baixas pontuações para a Realização Pessoal deve ser considerado positivo para a Síndrome de Burnout (Pereira, A. M. T. B., 2002), tal não significa que esta autora utilize a soma dos limites descritos na Tabela 1 como valores de corte para Burnout elevado ($82=30+12+40$) ou moderado (56 a 81 pontos).

A fiabilidade do MBI foi analisada e o maior problema parece persistir na dimensão Despersonalização (Correia, 1996/1997 e Keijsers, Schaufeli, LeBlanc, Zwerts e Miranda, 1995 e VanYperen, 1995 *cit. in* Pereira, A. M. T. B., 2002). Wilmar B. Schaufeli e Dirk Enzmann (1998) crêem que a dificuldade reside no número reduzido de itens para avaliar esta dimensão e na amplitude de concepção que a mesma tem. Os autores supracitados, bem como, Tamayo (2001) referem também que as questões utilizadas para avaliar a Despersonalização revelam-se hostis em relação à essência do bom profissional, podendo ser respondidas, muitas vezes, de forma a corresponder a um ambicionado ideal ou socialmente correcto e, portanto, sem sinceridade (*cit. in* Pereira, A. M. T. B., 2002).

De facto, o estudo através de questionários auto-administrados encontra inúmeros obstáculos, uma vez que as respostas podem sofrer influências culturais entre outros aspectos. Wilmar B. Schaufeli e Dirk Enzmann (1998) julgam que os americanos, onde foi primeiramente utilizado o MBI, respondem mais frontalmente pela sua orientação para a realização pessoal,

contrariamente aos europeus cujas respostas são corrompidas por um activo sentimento de grupo e de solidariedade, o que transmite resultados incongruentes em relação a estes continentes.

A multiplicidade de resultados surge pela diversidade de culturas, mas surge também de acordo com as categorias profissionais e as características das mesmas em relação ao trabalho, justificando a necessidade de se especificar o MBI para a população inquirida (Maslach, C., Jackson, S. E. e Leiter, M. P. 1996 *cit. in* Pereira, A. M. T. B., 2002).

Gestores e investigadores utilizaram o MBI com outros inventários a fim de estabelecer a relação entre o Burnout e as políticas organizacionais, a produtividade e o apoio social e, deste modo, enriqueceram grandemente os conhecimentos sobre a síndrome (Maslach, C., Jackson, S. E. e Leiter, M. P. 1996 *cit. in* Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997).

A utilização de um questionário suplementar avalia a percepção dos inquiridos sobre as seis áreas da vida organizacional, ou seja, o trabalho, o controlo, a recompensa, a comunidade, a justiça e os valores. Este também pondera as principais estruturas de gestão e procedimentos, oferecendo distintas medidas de supervisão directa e indirecta de gestão das redes de comunicação, da saúde, da segurança, dos sistemas de avaliação, bem como do desempenho dos grupos de trabalho. O inquérito fornece informações sobre o estado actual da relação entre os procedimentos administrativos da instituição e o controlo da energia, envolvimento e eficácia dos trabalhadores. Tomados em conjunto, traduzem a situação vigente no que diz respeito à tomada de decisões e ao potencial de mudança das deliberações políticas que tenham impacto sobre os trabalhadores em todos os importantes sectores da instituição (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997).

III. MATERIAIS E MÉTODOS

1. DESENHO E METODOLOGIA

1.1. OBJECTIVO DO ESTUDO

Este trabalho tem como principais objectivos caracterizar a Síndrome de Burnout em médicos dentistas que exercem a sua actividade em Portugal continental, difundir e alertar a todos os profissionais de saúde, com especial atenção para os médicos dentistas, sobre as causas e sintomas presentes nesta síndrome, a fim de se tornar possível a prevenção ou intervenção precoce, procurando-se, desta forma, premiar a saúde e a qualidade de vida profissional.

1.1.1. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Analisar se existe relação entre o género e o número de filhos com a ocorrência da Síndrome de Burnout.

Analisar a relação entre o número de anos que trabalha (como médico dentista), as condições contratuais em que trabalha, o número de horas de trabalho, o número de pacientes que atende diariamente, o facto de exercer a sua actividade extra-semanal bem como a exclusividade em medicina dentária com a ocorrência da síndrome supracitada.

Avaliar, segundo o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), a prevalência da síndrome nas suas três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal) numa amostra representativa de Médicos Dentistas em Portugal Continental.

1.2. TIPOLOGIA DO ESTUDO

Estudo observacional analítico de Coorte.

1.3. POPULAÇÃO

Médicos dentistas a exercer em Portugal continental.

A Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) não fornece o número actualizado de médicos dentistas a exercer em Portugal, pelo que se analisaram as estatísticas publicadas no sítio da OMD, datadas de 2007, de acesso público a partir da página de internet da mesma, na qual se referia existirem 5532 médicos dentistas associados à OMD em 2006 e um crescimento médio anual previsto de 14%. No mesmo endereço, encontrou-se a distribuição dos médicos dentistas, por distritos, o que permitiu calcular, para o ano de 2006, os médicos dentistas a exercer em Portugal continental (excluíram-se os que exercem na Madeira, nos Açores ou os que exercem fora do país). Com base nestes pressupostos, existiam 4449 médicos dentistas no continente, em 2006.

Mantendo a taxa de crescimento relatada (14%) e programando a realização da colheita de dados para o ano de 2009, estimou-se a existência de 6590 médicos dentistas para este mesmo ano (não considerando o falecimento ou reforma de profissionais, ou ainda que, embora inscritos na OMD, não exerçam a profissão). Considerou-se ainda que a taxa de crescimento tinha uma expressão homogénea em todo o continente. Não foi possível ser mais rigoroso a estimar a população real de médicos dentistas para o ano de 2009.

Assim sendo, tentou-se conjugar os dados disponíveis e o bom senso (também fundamental no planeamento), para efectuar esta análise de modo a obter resultados o mais representativos possível.

1.4. AMOSTRA

Amostragem não probabilística por quotas (os médicos foram convidados a participar no estudo, respondendo a questionários, de acordo com o local onde exercem a sua actividade).

A dimensão da amostra foi calculada com base na dimensão expectável da população (referida na secção III.1.3.) e considerando que a percentagem de MD com a síndrome igualava a que não a apresenta, ou seja 50% (o que permite estimar a maior dimensão

amostral, e se a percentagem se afastar desse valor, quer para baixo, quer para cima, a dimensão da amostra necessária será inferior ao calculado), considerando ainda que a precisão da estimação dessa percentagem seria de $\pm 5\%$, e que o grau de confiança na inferência seria de 95%. Assim, estimou-se ser necessário inquirir 364 médicos dentistas (Dean, A. G., Sullivan K. M. e Soe, M. M. 2008) – ver Equação 1 – com actividade nos diversos distritos de Portugal continental (Figura 1), sendo essa distribuição realizada através de quotas criadas com a percentagem de MD a exercer nas referidas áreas (Tabela 2).

$$n = \frac{N \times p \times (1-p)}{d^2} = \frac{6590 \times 0,5 \times (1-0,5)}{0,05^2} = 364 \quad \text{Equação 1}$$

$$\frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times (N-1) + p(1-p)}{1,96^2 \times (6590-1) + 0,5(1-0,5)}$$



Figura 1 - Distritos de Portugal continental. Fonte: <http://www.districtosportugal.com>
[consultado em 5/12/2008]

DISTRITO	Número de Médicos Dentistas inscritos na OMD		Questionários a realizar	Questionários entregues	Questionários obtidos
	ANO 2006*	ANO 2009 (previsão)			
Aveiro	425	630	35	72	17
Beja	299	443	24	39	4
Braga	383	567	31	67	13
Bragança	78	116	6	14	2
Castelo Branco	78	116	6	14	6
Coimbra	117	173	10	41	4
Évora	147	218	12	25	5
Faro	202	299	17	42	17
Guarda	69	102	6	25	6
Leiria	193	286	16	61	13
Lisboa	900	1333	74	151	25
Portalegre	34	50	3	7	1
Porto	789	1169	65	174	27
Santarém	114	169	9	29	7
Setúbal	260	385	21	44	6
Viana do Castelo	113	167	9	33	9
Vila Real	102	151	8	27	5
Viseu	146	216	12	42	17
TOTAL	4449	6590	364	907	184

Tabela 2 - Número de MD inscritos na Ordem dos Médicos Dentistas, nos diversos distritos em 2006, previsão para 2009, questionários a realizar por distrito, para um grau de confiança de 95%. *Fonte: Os números da Ordem. Estatísticas 2007. Disponível em <http://www.omb.pt/PT-PT/images/Informativo/EstatisticasOMD.html> [Consultado em 04/12/2008]

1.4.1. Critérios de inclusão / exclusão da amostra

Neste estudo foram considerados para inclusão apenas médicos dentistas, excluindo-se todos os médicos estomatologistas que possam eventualmente ter respondido ao questionário. Foram excluídos todos os médicos dentistas que não se encontravam a exercer no decorrer deste estudo. Apenas foram considerados os questionários cujo consentimento de participação se encontrava devidamente assinado.

1.4.2. Recolha de informação

Um questionário auto-administrado, dividido em duas partes: uma que recolhe os dados sócio-demográficos, pessoais e profissionais elaborado especificamente para responder aos objectivos do estudo, tendo como base a revisão bibliográfica sobre a Síndrome de Burnout em médicos dentistas, e uma outra que remete para o *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HSS, 1986), cuja tradução foi validada para a língua portuguesa por Benevides Pereira, em 2001.

Na entrega dos questionários acima referidos foi cedido, também, um consentimento esclarecido (ou consentimento de participação), no qual se encontram assinalados os motivos, objectivos e finalidade do estudo, assim como, todos os direitos do participante e deveres do promotor.

Os questionários foram devolvidos por correio, em envelopes previamente preenchidos e selados, fornecidos pelo investigador.

Outros critérios

A viabilidade e exequibilidade da experimentação dependeram, quase na totalidade, da disponibilidade apresentada pelos Médicos Dentistas para participar neste estudo. Exigiu, ainda, alguns recursos económicos, na medida em que foram necessárias deslocações para os vários distritos, bem como a aquisição de envelopes pré-pagos.

1.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística dos dados obtidos da aplicação dos questionários foi efectuada através do programa SPSS vs. 17.0 (*Statistic Package for the Social Sciences*) para Windows.

Para uma melhor e mais rápida visualização da informação apresentaram-se, sempre que possível, gráficos e tabelas, contendo estas últimas as estatísticas mais relevantes (frequências (contagens e percentagens), e sendo a variável medida quantitativa apresentaram-se ainda médias, medianas, mínimos, máximos, desvios-padrão e amplitude inter-quartil).

A consistência interna da escala utilizada foi avaliada através do *Alpha de Cronbach* (α).

Considerou-se um nível de significância de 0,05 sempre que se efectuaram comparações utilizando testes de hipóteses.

O teste de *Kruskal-Wallis* foi utilizado para a comparação de medidas de tendência central (mediana) em mais de dois grupos, em situações em que não se verificou a normalidade da distribuição e a homogeneidade de variâncias (avaliado pelo Teste de *Kolmogorov-Smirnov* ($n > 50$) ou pelo Teste de *Shapiro-Wilk* ($n \leq 50$)), situações em que a ANOVA não era aplicável. O teste não paramétrico *Mann-Whitney* foi o escolhido sempre que se verificou a ausência de normalidade, para comparação da medida de tendência central de dois grupos. Foram igualmente executados testes não paramétricos de Qui-quadrado de independência (χ^2) para testar a relação entre variáveis em estudo, assim como o cálculo de coeficientes de correlação de *Spearman* (r_s) para a avaliação da força da associação entre variáveis qualitativas ordinais ou quantitativas (sem normalidade de distribuição).

IV. RESULTADOS

O presente trabalho tem por objectivo identificar a presença da Síndrome de Burnout, na sua tríplice dimensão, em médicos dentistas a exercer em Portugal continental.

Dos 907 questionários distribuídos só foram devolvidos 189 e apenas 184 foram considerados válidos, ou seja, 20,3%.

Os MD que responderam, enviaram e tiveram inquéritos válidos para análise, estão distribuídos por Portugal continental, estando representados MD que trabalham no Porto, Lisboa, Aveiro, Viseu, e Faro, entre outros (Gráfico 1).

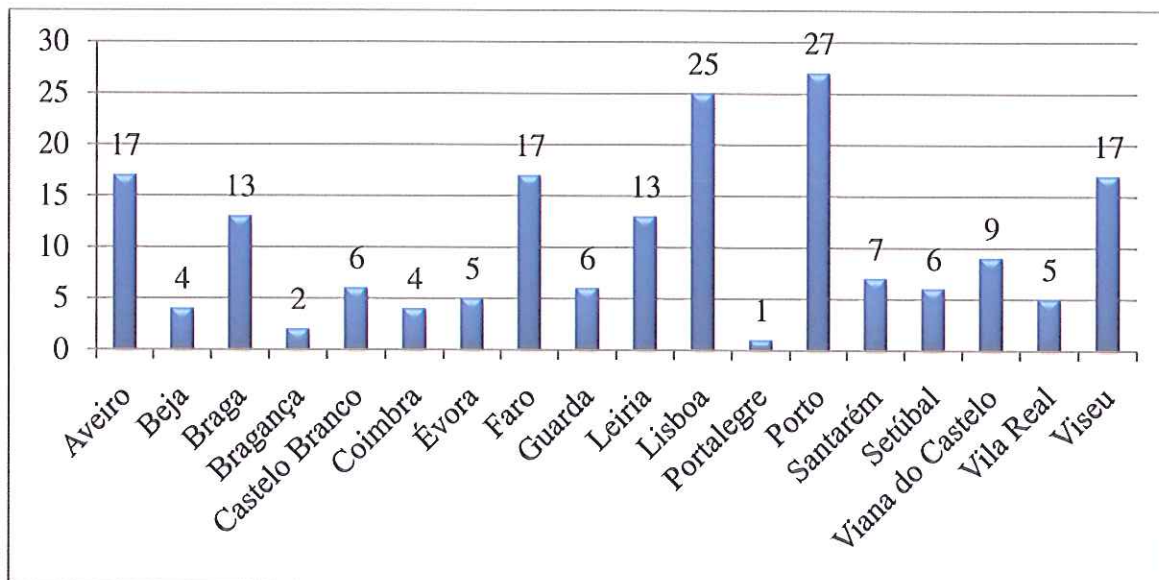


Gráfico 1 - Número de inquéritos de MD considerados em diversas localidades de Portugal continental para análise neste estudo.

Os dados aqui apresentados foram organizados nas seguintes secções: 1- apresentação e descrição das variáveis sócio-demográficas dos médicos dentistas (MD) que compõem a amostra; 2- apresentação e descrição das variáveis ocupacionais e profissionais; 3- descrição dos resultados do MBI (*Maslach Burnout Inventory*).

2. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Dos 184 participantes deste estudo, 51,6% pertenciam ao género masculino e os restantes 48,4% ao feminino. Relativamente à idade, a amostra abrangeu profissionais desde os 22 aos 62 anos, sendo observada a média de idade de aproximadamente 33,5 anos. Foi possível verificar, pelo teste de *Mann-Whitney*, que existem diferenças significativas na idade dos médicos dentistas por género ($p=0,024$), com os profissionais do género masculino a terem idade mediana significativamente mais elevada, ou seja, a serem mais velhos, do que os do género feminino, como se pode observar na Tabela 3.

IDADE (anos)		n	NR*	Média (\pm DP)	Me (P_{25} - P_{75})	Min-Máx	p^{**}
Total		140	44	33,5 (\pm 8,4)	30,5 (27-38)	22-62	
Género	Feminino	60	29	31,4 (\pm 6,3)	30,0 ^b (26-35)	22-50	0,024
	Masculino	80	15	35,2 (\pm 9,4)	32,5 ^a (28-41)	22-62	

Tabela 3 - Resultados para a variável "idade" (anos), para todo o grupo e subdividido por género. *NR: não respondeu; **Teste de *Mann-Whitney*. ^{a,b} – letras diferentes indicam medianas significativamente diferentes.

Relativamente ao estado civil, observou-se que 50,3% eram solteiros e 47% casados (Gráfico 2).

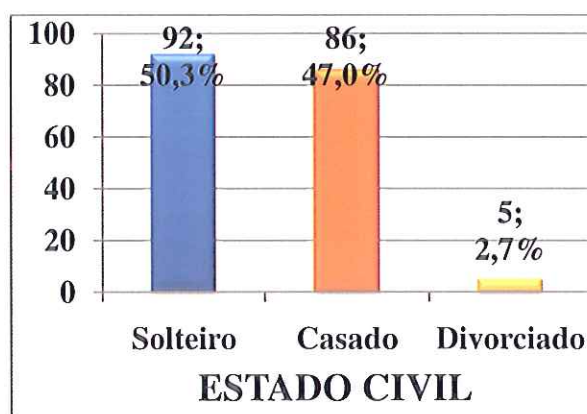


Gráfico 2 - Distribuição de frequências (n e %) da amostra para a variável "estado civil" (n=183).

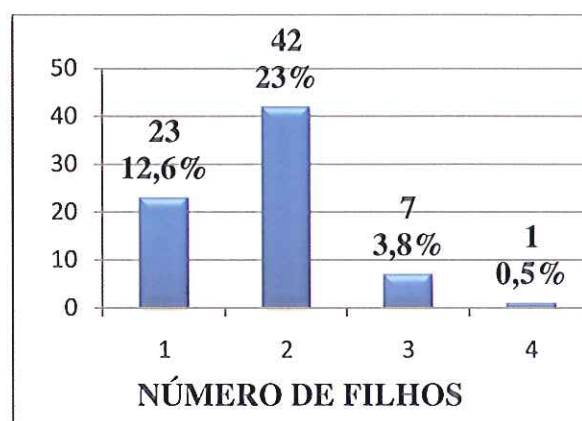


Gráfico 3 - Distribuição de frequências para o número de filhos (n=73)

Os resultados mostram que 60,1% dos médicos inquiridos não são pais, porém dos que o são mais de 50% revelaram ter 2 ou mais filhos (Gráfico 3). O número médio (\pm DP) de filhos, no grupo que tem filhos, é de 1,81 (\pm 0,66) filhos. Globalmente, o número médio de filhos é de 0,72 (\pm 0,98) filhos.

3. DADOS OCUPACIONAIS / PROFISSIONAIS

Em relação às características profissionais deste grupo contabilizou-se que, em média, os médicos dentistas inquiridos exercem a sua profissão há 8,6 anos. De igual modo ao supracitado relativamente à idade (anos) dos profissionais e ao seu género, também, a partir da Tabela 4, se pode perceber que existem diferenças significativas de tempo de actividade dos profissionais por género ($p=0,015$).

TEMPO DE ACTIVIDADE		n	NR*	Média (\pm DP)	Me (P ₂₅ -P ₇₅)	Min-Máx	p**
Total		182	2	8,6 (\pm 7,1)	7,0 (2,2-12,5)	0,2-37,0	
Género	Feminino	89	0	7,1 ^b (\pm 5,8)	6,0 (1,9-11,0)	0,2-22,0	0,015
	Masculino	93	2	10,0 ^a (\pm 7,96)	7,3 (3,7-16,0)	0,4-37,0	

Tabela 4 - Análise estatística os anos de actividade dos inquiridos, no total e por género. *NR: não respondeu; **Teste de *Mann-Whitney*. ^{a,b} – letras diferentes indicam medianas significativamente diferentes.

Dos 183 médicos que responderam à questão, 92,9% exercem as suas funções apenas no privado (Gráfico 4).

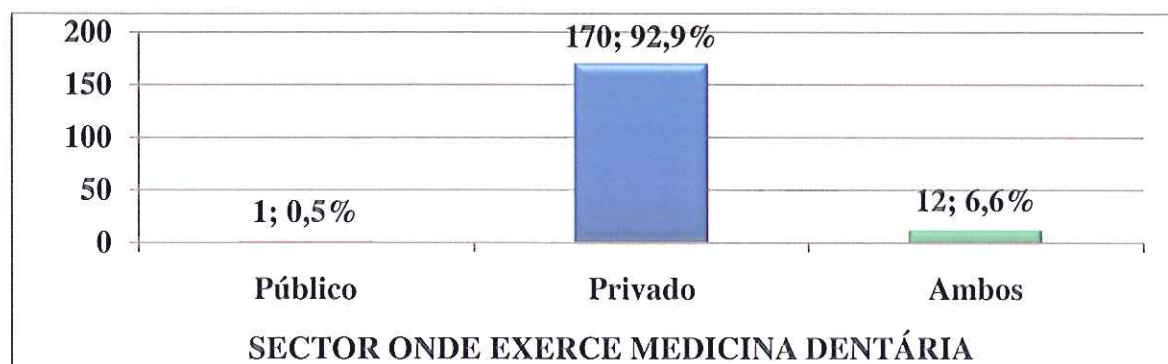


Gráfico 4 - Distribuição de frequências (n e %) de inquiridos por sector onde exerce medicina dentária (público, privado ou ambos) (n=183)

Relacionando-se os valores apresentados no Gráfico 4 e na Tabela 5, conclui-se que os MD exercem, na sua generalidade, em consultório privado.

LOCAL ONDE EXERCE	RESPOSTAS		NR*	%CASOS
	n	%		
Instituição do Ensino Superior	28	13,0	156	15,2
Consultório	181	83,8	3	98,4
Hospital	3	1,4	181	1,6
Outro	4	1,9	180	2,2
TOTAL	216	100,0		117,4

Tabela 5 - Frequências (n e %) dos inquiridos por "local onde exerce". *NR: não respondeu.

Os médicos dentistas trabalham, na sua grande maioria, exclusivamente por conta-própria (63,6%) e os profissionais que trabalham por conta de outrem com contrato têm contrato sem termo (57,6%) (Gráfico 5 e Gráfico 6), sendo que 46,2% exercem cargo directivo (Tabela 7). Apenas 25% se consideram/intitulam especialistas e só 16,8% referem só exercer a sua especialidade. (Tabela 6 e Gráfico 7)

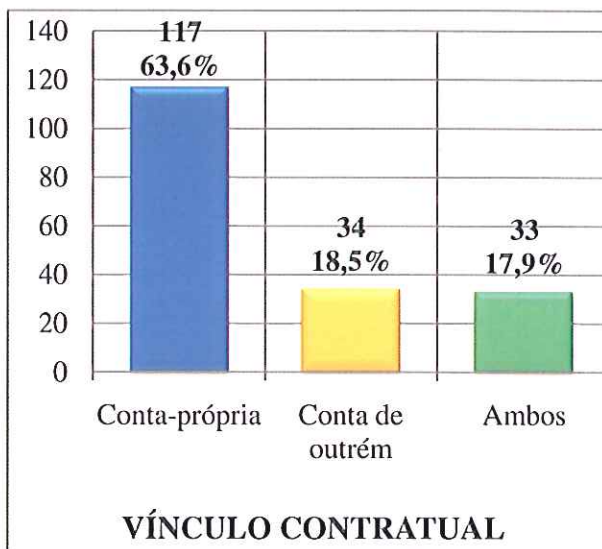


Gráfico 5 - Frequências (n e %) para a variável "vínculo contratual" (n=184).

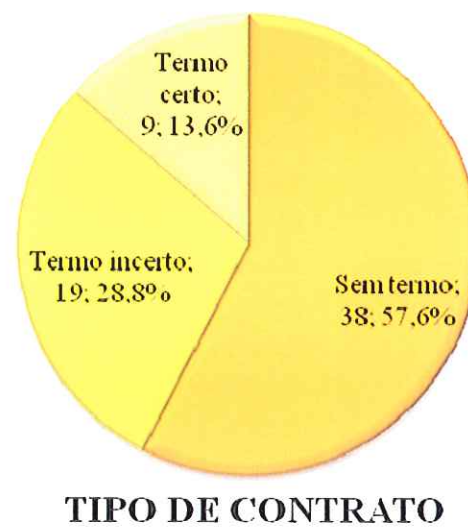


Gráfico 6 - Frequências (n e %) para a variável "tipo de contrato" (n=66).

ACTIVIDADE	GÉNERO				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
	Generalista	68	37,0	70	38,0	138
Especialista	14	7,6	17	9,2	31	16,9
Ambos	7	3,8	8	4,4	15	8,2
Total	89	48,4	95	51,6	184	100,0

Tabela 6 - Frequências (n e %) da amostra para a variável "actividade", no total e por género.

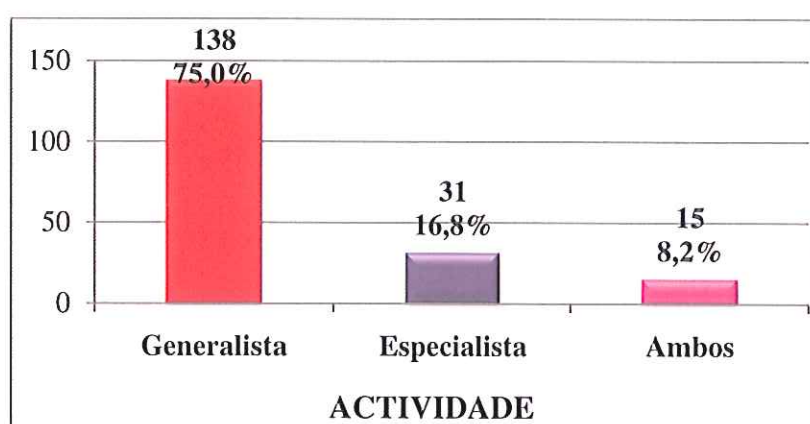


Gráfico 7 - Frequências (n e %) para a variável "actividade".

O título ou especialidade é assumido maioritariamente por homens (54,3%) (Tabela 6) e no que concerne ao cargo directivo a diferença entre géneros revelou-se mais expressiva (28,8% são homens e têm cargo directivo, Tabela 7, pelo que globalmente se pode afirmar que 62,4% dos directores são homens).

CARGO DIRECTIVO	GÉNERO				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
	Sim	32	17,4	53	28,8	85
Não	57	31,0	42	22,8	99	53,8
Total	89	48,4	95	51,6	184	100,0

Tabela 7 - Frequências (n e %) da amostra para a variável "cargo directivo", no total e por género.

Os médicos dentistas trabalham em média 8,31 horas diárias e atendem em média 12 pacientes (Tabela 8).

	n	NR*	Média (\pm DP)	Me (P ₂₅ -P ₇₅)	Min-Máx
Média de horas trabalho / dia	178	6	8,3 (\pm 1,5)	8 (8-9)	4-12
Média de pacientes atendidos / dia	179	5	12,0 (\pm 5,6)	11 (8-15)	2-50

Tabela 8 - Análise estatística para as variáveis "(média de) horas de trabalho por dia" e "(média de) pacientes atendidos por dia".*NR: não respondeu.

Na actualidade, em muitas profissões, os dias de fim-de-semana e/ou os feriados tornaram-se também dias de trabalho. Este fenómeno é observado em 60,3% da amostra, onde o sábado é o dia mais frequentemente escolhido para se aliar à jornada de trabalho (100% dos que afirmam trabalhar em período extra-semanal referem-no, onde 57,6% assinalaram-no como o único extra-semanal) (Gráfico 8).

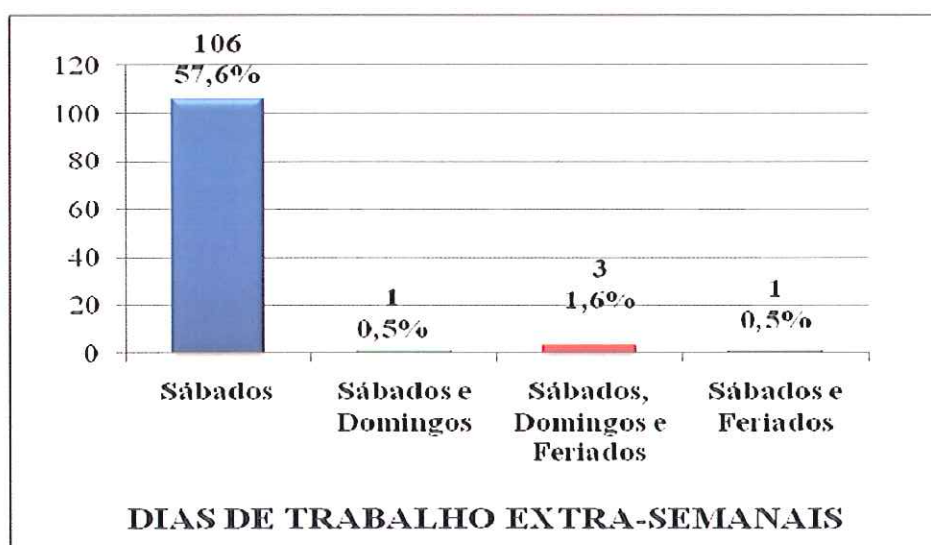


Gráfico 8 - Frequências (n e %) da amostra para a variável "quando" utilizados para trabalhar em medicina dentária (n=111).

Alguns MD, 11,4% da amostra (21 profissionais dum total de 184), acumulam às suas tarefas como médico dentista, funções muito distintas como, por exemplo, a docência, o comércio, a música, a contabilidade, entre outras (Gráfico 9).

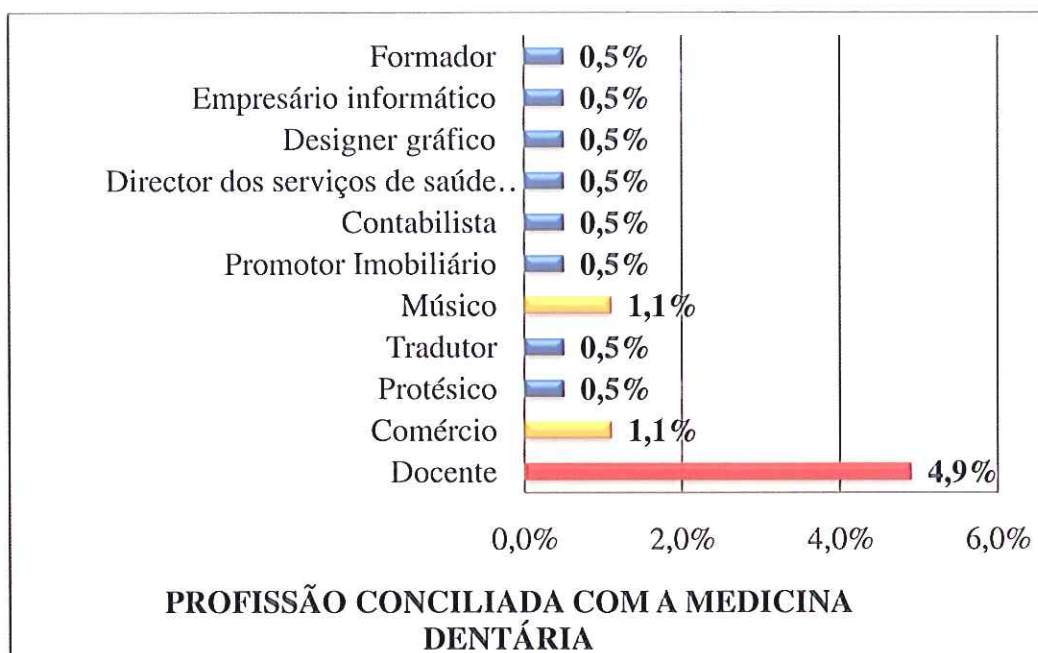


Gráfico 9 - Frequências (n e %) da amostra para a variável "outras profissões" (n=21).

Embora a percentagem de indivíduos que trabalham ao fim-de-semana e/ou feriados seja elevada (60,7%) e alguns MD exerçam mais do que uma profissão, apenas 4 referiram não ter tempo livre. De acordo com os dados alcançados, o desporto (57,0%), seguido dos momentos a assistir televisão ou vídeos e da utilização do computador assumem-se como os *hobbies* predilectos (Gráfico 10 e Gráfico 11).

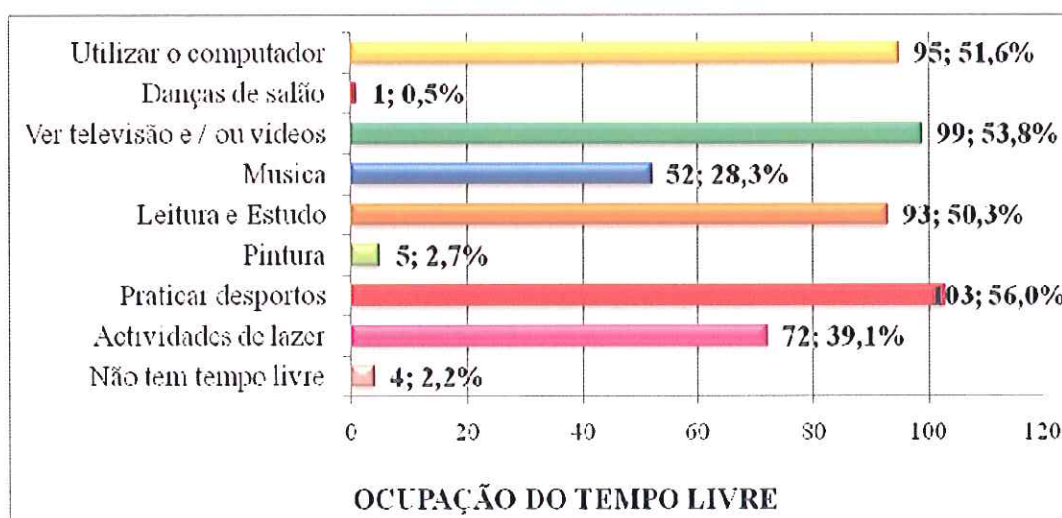


Gráfico 10 - Frequências (n e %) da amostra para a variável "ocupação do tempo livre" (n=524)

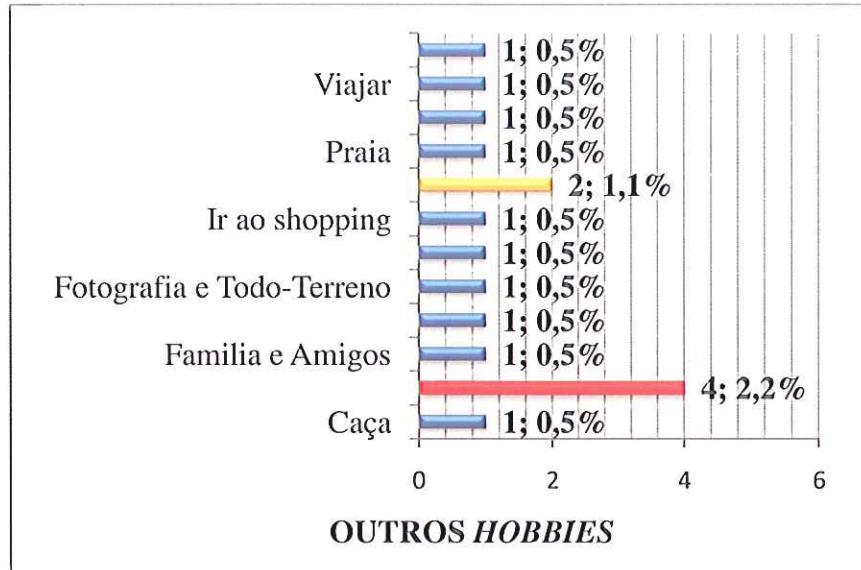


Gráfico 11 - Frequências (n e %) da amostra para a variável "outras ocupações do tempo livre" (n=16)

Nesta amostra, 151 MD de um total de 183, ou seja, 82,5%, acreditam que a vida profissional interfere na vida pessoal, e 52,7% cogitou mudar de profissão (47,3% da amostra nunca pensou em mudar de profissão) (Gráfico 12).

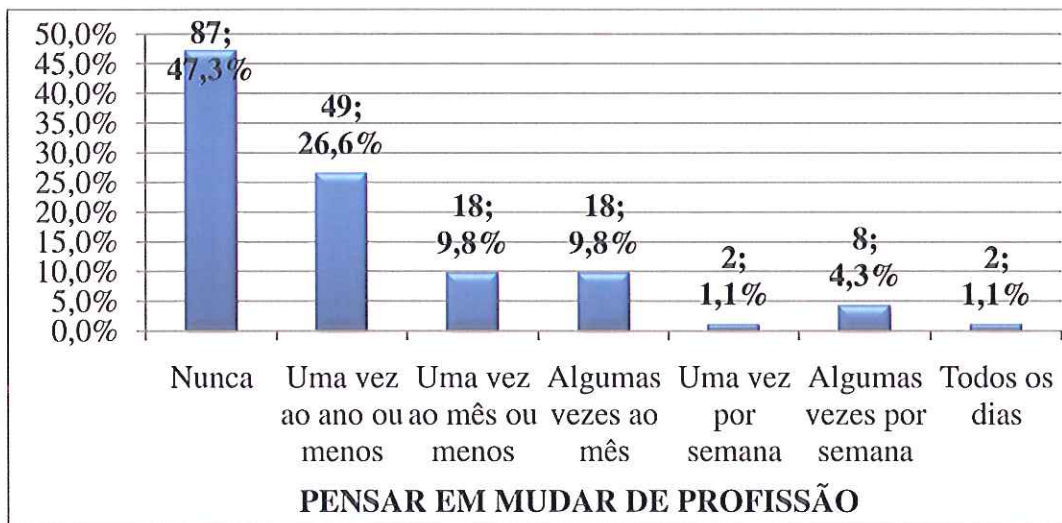


Gráfico 12 - Frequências (n e %) da amostra para a variável "pensar em mudar de profissão".

As questões "Como classifica o seu bem-estar físico?" e "Como classifica o seu bem-estar mental?" foram colocadas para fazer uma validação externa ao inquérito. Para o bem-estar físico, 25,6% dos profissionais consideraram encontrar-se na condição 'razoável a mau' e para o bem-estar mental, 18,6% escolheram a mesma categoria (Tabela 9).

Subescala		Excelente	Muito bom	Bom	Razoável	Mau	Total	NR*
Como classifica o seu bem-estar físico?	n	16	48	73	41	6	184	
	%	8,7	26,1	39,7	22,3	3,3	100,0	
Como classifica o seu bem-estar mental?	n	15	63	71	32	2	183	1
	%	8,2	34,4	38,8	17,5	1,1	100,0	

Tabela 9 - Distribuição de frequências (n e %) para a auto-avaliação do bem-estar físico e mental. *NR: não respondeu.

4. RESULTADOS DO MBI (*MASLACH BURNOUT INVENTORY*)

Os questionários MBI foram, inicialmente, verificados para identificar possíveis erros de omissões nas respostas e verificou-se que os 184 questionários estavam em condições de serem analisados, não sendo necessário inutilizar nenhum para a análise.

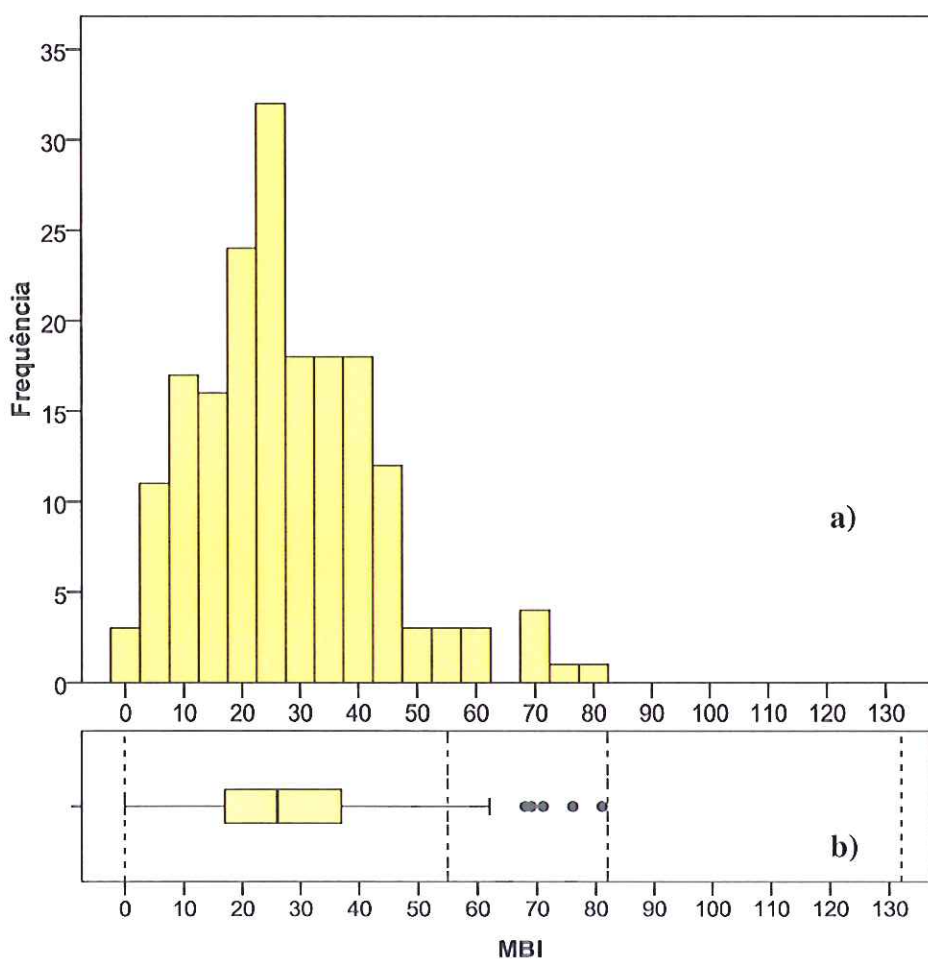


Gráfico 13 - Distribuição de frequências para o resultado obtido para a soma de respostas de todas as questões do MBI (n=184): a) Histograma, b) Diagrama boxplot.

Os resultados obtidos para a escala total de MBI podem observar-se no Gráfico 13, sendo de salientar que se se considerasse que a soma dos valores limites para níveis baixo, moderado e elevado das três dimensões, se convertem nos pontos limite para um eventual diagnóstico de Burnout – Gráfico 13b)) – (não descrito, como já referido na secção I.4, e por isso, deve ser considerado num campo de hipótese) apenas se observariam resultados para níveis baixos (94,6%) e moderados (5,4%) de Burnout, sendo até alguns destes valores moderados detectados como valores estranhos (aberrantes/*outliers*) (identificados no Gráfico 13b) com o símbolo ●).

Para testar a estrutura geral do questionário executou-se uma análise factorial de componentes principais (ACP), sem pré-definição do número de factores, utilizando uma rotação ortogonal (procedimento “*Varimax*”), com normalização de *Kaiser*, da qual se obtiveram, ou foram extraídos, 7 componentes, alguns dos quais muito pouco contribuía para a explicação da variabilidade total. Como para o MBI está descrito que se devem obter 3 componentes, foi de seguida efectuada uma nova ACP com pré-definição de 3 factores, e apesar de alguns itens pertencerem a 2 factores, tal como aconteceu em estudos similares, mostrando alguma inconsistência relativamente ao ideal, optou-se por utilizar esta estrutura, isto é, a estrutura da versão original (Anexo 2, Tabela 1).

O cálculo do coeficiente *Alpha* de *Cronbach* relativo à consistência interna da escala completa do MBI revelou um valor de 0,660. Para as três dimensões obtiveram-se valores satisfatórios para o Esgotamento Emocional (*Alpha* = 0,827), porém insatisfatórios para a Despersonalização (*Alpha* = 0,537) e para a Realização Pessoal (*Alpha* = 0,691) (Tabela 10).

Dimensões	<i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i>
Esgotamento Emocional	0,827
Despersonalização	0,537
Realização Pessoal	0,691

Tabela 10 - Valores de *Alpha* de *Cronbach* para as três dimensões do MBI.

Também para as três dimensões se verificou que retirar alguma das questões (itens) não tinha impacto relevante no incremento do valor da consistência interna, pelo que se optou pela utilização de todas as questões de acordo com a versão original (Anexo 2, Tabelas 2 – 4).

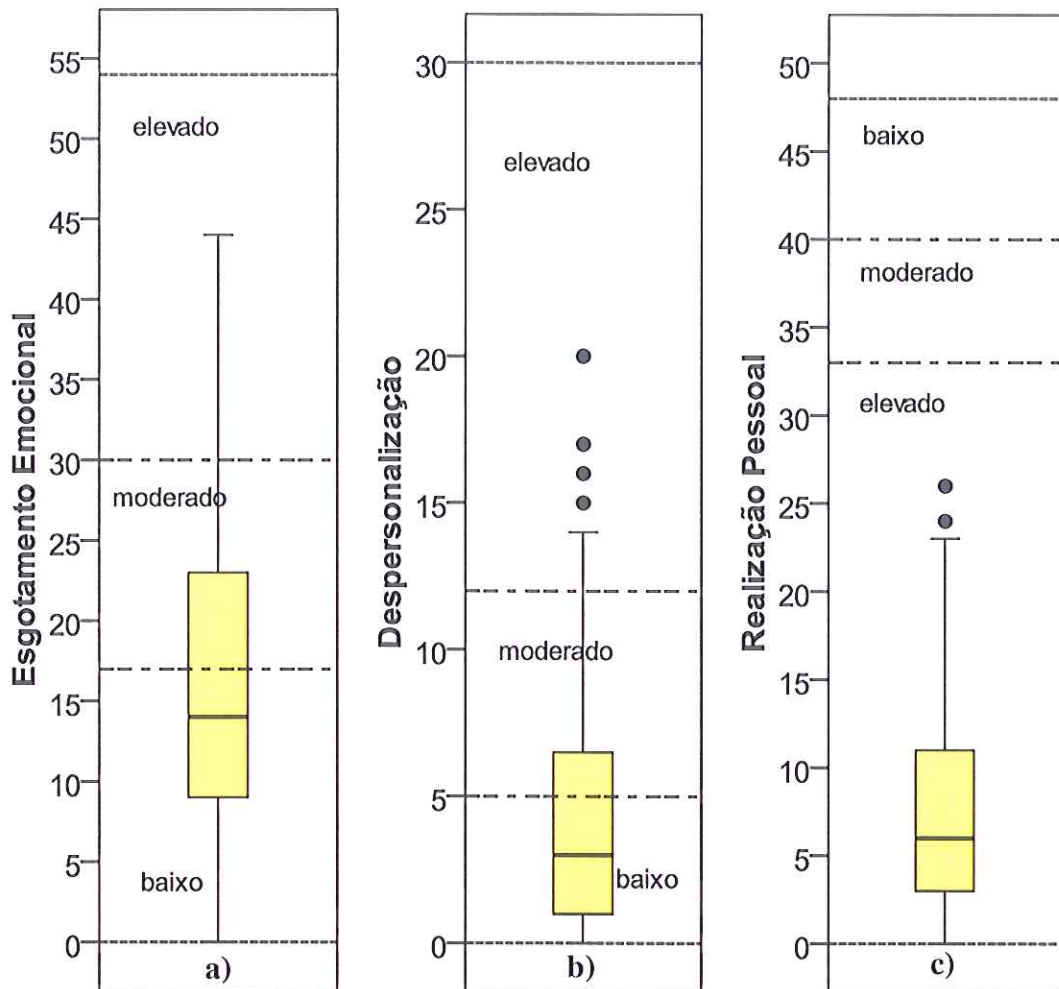


Gráfico 14 - Diagramas Boxplot para as observações obtidas para a amostra para as 3 componentes do MBI: a) Esgotamento Emocional; b) Despersonalização e c) Realização Pessoal. As linhas a tracejado simples indicam os limites de cada dimensão e as linhas a tracejado complexo indicam os limites para os níveis elevado, moderado e baixo. O símbolo • indica que a observação correspondente é detectada como estranha (*aberrante/outlier*).

Como se observa no Gráfico 14 e na Tabela 11 é possível perceber que a maioria dos profissionais (cerca de 60% da amostra) se encontra com baixos níveis de Esgotamento Emocional e Despersonalização, bem como elevados níveis de Realização Pessoal. Tendo em conta que se observou uma correlação muito boa a excelente entre a dimensão Esgotamento Emocional e o MBI e as dimensões Despersonalização e Realização Pessoal uma correlação moderada a boa com o MBI ($r_{\text{Spearman}} > 0,6$), pode inferir-se que nos profissionais supracitados a Síndrome de Burnout parece estar ausente.

Observou-se que 9,8% dos MD inquiridos se encontram em níveis elevados de Esgotamento Emocional, 5,4% em nível elevado de Despersonalização e 15,2% com baixo nível de Realização Pessoal (Tabela 11). Na população representada estas prevalências correspondem a valores de 5,5% a 14,1% de Esgotamento Emocional elevado, 2,1% a 8,7% de Despersonalização elevada e de 10,0% a 20,4% de Realização Pessoal baixa (valores correspondentes a intervalos de confiança a 95%).

Dimensão	Parâmetro	Valor	Nível	n	%	IC95%
Esgotamento Emocional	Média (\pm Dp)	15,9 (\pm 10,0)	Baixo	112	60,9	53,8%-68,0%
	Min-Máx	0 – 44	Moderado	54	29,3	22,7%-35,9%
	Me (P ₂₅ -P ₇₅)	14 (9 – 23)	Elevado	18	9,8	5,5%-14,1%
	$r_s=0,871$ ($p<0,001$)					
Despersonalização	Média (\pm Dp)	4,2 (\pm 4,0)	Baixo	126	68,5	61,8%-75,2%
	Min-Máx	0 – 20	Moderado	48	26,1	19,8%-32,4%
	Me (P ₂₅ -P ₇₅)	3 (1 – 7)	Elevado	10	5,4	2,1%-8,7%
	$r_s=0,608$ ($p<0,001$)					
Realização Pessoal	Média (\pm Dp)	7,8 (\pm 5,9)	Baixo	28	15,2	10,0%-20,4%
	Min-Máx	0 – 26	Moderado	40	21,7	15,7%-27,7%
	Me (P ₂₅ -P ₇₅)	6 (3 – 11)	Elevado	116	63,0	56,0%-70,0%
	$r_s=0,681$ ($p<0,001$)					

Tabela 11 - Análise estatística e distribuição de frequências (n e %) para os três níveis (baixo, moderado e elevado) habitualmente considerados para caracterizar as três dimensões do MBI. Apresentam-se os valores de coeficiente de correlação de *Spearman* (r_s) para a relação entre a escala MBI e cada uma das suas três dimensões, assim como o respectivo valor de prova (p).

Na sequência do supracitado, existiam 112 pessoas com baixo nível para o Esgotamento Emocional, 126 pessoas com baixo nível para a Despersonalização e 116 pessoas com elevado nível para a Realização Pessoal. No entanto, tornou-se importante verificar se estes valores para as três dimensões correspondiam às mesmas pessoas.

		Baixo D	Moderado D	Elevado D	
n (%)	Baixo EE	67 (36,4%)	14 (7,6%)	1 (0,5%)	Baixo ARP
n (%)		11 (6,0%)	6 (3,3%)	1 (0,5%)	Moderado ARP
n (%)		10 (5,4%)	2 (1,1%)	0 (0,0%)	Elevado ARP
n (%)	Moderado EE	19 (10,3%)	8 (4,3%)	1 (0,5%)	Baixo ARP
n (%)		8 (4,3%)	7 (3,8%)	2 (1,1%)	Moderado ARP
n (%)		4 (2,2%)	5 (2,7%)	0 (0,0%)	Elevado ARP
n (%)	Elevado EE	4 (2,2%)	2 (1,1%)	0 (0,0%)	Baixo ARP
n (%)		1 (0,5%)	3 (1,6%)	1 (0,5%)	Moderado ARP
n (%)		2 (1,1%)	1 (0,5%)	4 (2,2%)	Elevado ARP

Tabela 12 - Frequência (n e %) da relação das três dimensões para a Síndrome de Burnout.

Nota: Utilizou-se a dimensão Ausência de Realização Pessoal, ou seja, o complementar da Realização Pessoal, para facilitar o estudo das relações entre dimensões.

A partir da Tabela 12, identificam-se 4 profissionais em elevados níveis de Esgotamento Emocional, de Despersonalização e de Ausência de Realização Pessoal. Porém, apenas 36,4% da amostra se encontra em níveis baixos para as três dimensões e 61,4% encontra-se em níveis intermédios.

A leitura da Tabela 13 permite perceber que existe uma relação entre as dimensões Esgotamento Emocional e Realização Pessoal e a auto-avaliação do bem-estar físico e mental que é estatisticamente significativa. Ou seja, admite-se que existe uma excelente relação entre as variáveis supracitadas, onde quanto melhor os MD se sentem aos níveis físico e mental, menor o grau de Esgotamento Emocional e Despersonalização e maior o grau de Realização Pessoal em que se encontram. No entanto, mais uma vez, para a dimensão Despersonalização, os resultados não coincidem com os das outras dimensões, manifestando ausência de relação significativa ($p > 0,05$) com a auto-avaliação do bem-estar físico e mental.

		BEM-ESTAR FÍSICO						p*
		Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Mau	Total	
Esgotamento Emocional	Baixo	13	36	39	23	1	112	<0,001
	Moderado	3	8	29	13	1	54	
	Elevado	0	4	5	5	4	18	
	Total	16	48	73	41	6	184	
	BEM-ESTAR MENTAL							
		Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Mau	Total	<0,001
Baixo	12	48	38	12	1	111		
Moderado	2	12	29	11	0	54		
Elevado	1	3	4	9	1	18		
Total	15	63	71	32	2	183		
		BEM-ESTAR FÍSICO						
		Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Mau	Total	
Despersonalização	Baixo	11	31	53	28	3	126	0,861
	Moderado	4	13	18	11	2	48	
	Elevado	1	4	2	2	1	10	
	Total	16	48	73	41	6	184	
	BEM-ESTAR MENTAL							
		Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Mau	Total	0,083
Baixo	11	46	49	20	0	126		
Moderado	3	13	21	9	1	47		
Elevado	1	4	1	3	1	10		
Total	15	63	71	32	2	183		
		BEM-ESTAR FÍSICO						
		Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Mau	Total	
Realização Pessoal	Baixo	0	3	9	14	2	28	0,005
	Moderado	3	10	20	7	0	40	
	Elevado	13	35	44	20	4	116	
	Total	16	48	73	41	6	184	
	BEM-ESTAR MENTAL							
		Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Mau	Total	<0,001
Baixo	0	4	12	10	2	28		
Moderado	2	10	18	9	0	39		
Elevado	13	49	41	13	0	116		
Total	15	63	71	32	2	183		

Tabela 13 - Frequências absolutas da amostra para as dimensões Esgotamento Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal em relação à auto-avaliação do bem-estar físico e mental, bem como os valores resultantes do estudo da relação entre as variáveis Esgotamento Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal com as variáveis “bem-estar físico” e “bem-estar mental”. *Teste de Qui-quadrado.

Foi detectada uma associação significativa entre o género dos MD e o nível de Despersonalização (p=0,007), explicado por níveis mais elevados de Despersonalização estarem associados ao género masculino (Tabela 14 e Anexo 2, Tabela 5), mas esta variável não está associada/relacionada com o Esgotamento Emocional nem com a Realização Pessoal.

Também a variável “ter filhos” e a relação conjunta do género com a variável “ter filhos” não revelam dependência com nenhuma das três dimensões (Anexo 2, Tabelas 6 – 9).

		Género		Total	p*
		Feminino	Masculino		
Esgotamento Emocional	Baixo	54 (29,35%)	58 (31,52%)	112 (60,87%)	0,120
	Moderado	30 (16,3%)	24 (13,04%)	54 (29,35%)	
	Elevado	5 (2,72%)	13 (7,07%)	18 (9,78%)	
	Total	89 (48,37%)	95 (51,63%)	184 (100%)	
Despersonalização	Baixo	64 (34,8%)	62 (33,7%)	126 (68,5%)	0,007
	Moderado	25 (13,6%)	23 (12,5%)	48 (26,1%)	
	Elevado	0 (0%)	10 (5,4%)	10 (5,4%)	
	Total	89 (48,4%)	95 (51,6%)	184 (100%)	
Realização Pessoal	Baixo	14 (7,61%)	14 (7,61%)	28 (15,22%)	0,487
	Moderado	16 (8,7%)	24 (13,04%)	40 (21,74%)	
	Elevado	59 (32,07%)	57 (30,98%)	116 (63,04%)	
	Total	89 (48,37%)	95 (51,63%)	184 (100%)	

Tabela 14 - Frequências (n e %) da amostra para a variável "género" relativamente às dimensões Esgotamento Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal. *Teste de Qui-quadrado.

Observou-se ainda que os diferentes níveis de Esgotamento Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal não dependem do tempo de exercício da medicina dentária pelos profissionais ($p > 0,05$), embora, aparentemente, a partir da média e da mediana deste tempo, se reconheça que o Esgotamento Emocional se intensifica com o aumento do tempo de actividade, tendência que não é significativa (T. *Kruskal-Wallis*, $p > 0,05$) (Anexo 2, Tabelas 10 – 12).

Também em relação à caracterização de actividade não existe dependência com qualquer das dimensões do MBI (Anexo 2, Tabelas 13 – 15). As variáveis “exercer cargo directivo”, “vínculo contratual” e “tipo de contrato” são independentes do Esgotamento Emocional, da Despersonalização e da Realização Pessoal (Anexo 2, Tabelas 16 – 23). A independência das três dimensões para com outras variáveis repete-se em relação a “(média) horas de trabalho por dia” e “(média) pacientes atendidos por dia”, podendo contudo observar-se uma crescente Despersonalização com o aumento do número de horas de trabalho (a partir da média) e um

crescente Esgotamento Emocional com o aumento do número de pacientes atendidos ao dia, que no entanto não é significativo (T. *Kruskal-Wallis*, $p > 0,05$) (Anexo 2, Tabelas 24 – 29).

Como já referido, 11,4% dos inquiridos confirmaram exercer outra actividade, além da medicina dentária. Foi possível detectar uma associação entre a variável “outra actividade profissional” e a Realização Pessoal (T. Qui-quadrado, $p < 0,05$), em que é possível perceber-se uma elevada Realização Pessoal nos profissionais que só exercem medicina dentária (Anexo 2, Tabelas 30 – 32). No Anexo 2, Tabela 33 estão representadas as frequências absolutas para as outras actividades profissionais enumeradas pelos inquiridos em relação às três dimensões do MBI.

A variável “actividade extra-semanal” mostrou estar associada à Despersonalização, e não ao Esgotamento Emocional e à Realização Pessoal, (T. Qui-quadrado, $p < 0,05$), onde quem só trabalha de segunda a sexta apresenta níveis baixos de Despersonalização, quem trabalha mais dias se encontra em níveis moderados e onde os níveis elevados aparentam não depender inteiramente dos dias de actividade profissional (Anexo 2, Tabelas 34 – 37).

Todos os profissionais com actividade extra-semanal, 60,3% do total, trabalham pelo menos ao sábado, facto que não demonstra ter relação significativa com níveis mais elevados das dimensões do MBI (Anexo 2, Tabelas 38 – 40).

A actividade profissional não interfere com a vida pessoal para 17,5% dos médicos dentistas inquiridos, com 18,75% destes profissionais a encontrarem-se em níveis moderados a elevados de Esgotamento Emocional e 6,3% em níveis baixos de Realização Pessoal (T. Qui-quadrado, $p < 0,05$) (Anexo 2, Tabelas 41 – 43).

Os médicos dentistas foram questionados se alguma vez pensaram em mudar de profissão e dos 47,3% que responderam nunca ter pensado, 25,3% encontram-se em estado moderado a elevado de Esgotamento Emocional, 20,7% inserem-se nos mesmos níveis para a Despersonalização e 4,6% não se encontram realizados. Por sua vez, dos que assumiram já ter pensado nisso (52,7%), encontram-se em estado moderado a elevado de Esgotamento Emocional 51,5%, de Despersonalização 40,2% e de Realização Pessoal 24,7% (Anexo 2, Tabelas 44 – 46) (As Tabelas 47 – 49 do Anexo 2, tabelas obtidas a partir das Tabelas 44 – 46

do Anexo 2, para duas variáveis com o objectivo de aumentar a dimensão dos grupos, por reagrupamento, para poder aceitar o resultado do teste de Qui-quadrado como validado).

V. DISCUSSÃO

A “Síndrome de Burnout” é uma patologia citada com alguma regularidade, em Portugal, não só mas também nos últimos meses, em profissionais das mais diversas áreas, tendo sido anunciados até diversos *workshops* por todo o país.

A importância da Síndrome de Burnout é notória, tendo-se observado reduzida cooperação por parte dos médicos para o estudo deste tema, um pouco por toda a Europa (Varela-Centelles, P. I. et al., 2005; Te Brake, J. H. M et al. (2003 e 2007)). A taxa de resposta conseguida no estudo desta síndrome nos médicos dentistas em Portugal, de 20,29% [IC95%: 17,67% - 22,91%], foi significativamente inferior aos 50% [IC95%: 38,29% - 61,71%] reportados por Pablo I. Varela-Centelles et al. (2005), aos 57,1% [IC95%: 53,84% - 60,36%] de J. Hans M. Te Brake et al. (2003), aos 59% [IC95%: 54,68% - 63,32%] de J. Hans M. Te Brake et al. (2007) e aos 68,2% [IC95%: 66,36% - 70,04%] de Alina Puriene et al. (2008). A baixa taxa de resposta pode ficar-se a dever a uma atitude defensiva por dificuldade em expor as suas avaliações sobre o contexto de trabalho ou, eventualmente, por desconfiarem da legitimidade/oportunidade do estudo.

Quer para a escala total, quer para duas das suas dimensões, o valor de consistência interna obtida revelam menor consistência do que a desejada. Contudo, de acordo com Chelladurai (1993), citado por Gomes e Machado (2009), embora algumas dimensões não apresentem um razoável índice de consistência interna ($\alpha < 0,7$), tal não significa que não se possam desenvolver análises em relação aos dados encontrados. O autor alerta para que, nestes casos, os investigadores e leitores devem ter cuidado com a interpretação dos dados de modo a não sustentarem conclusões que possam ser discordantes, devido a possíveis equívocos na compreensão do instrumento. Deste modo, poder-se-á considerar a consistência dos itens que contribuem para a dimensão Realização Pessoal como satisfatória, além de que o valor de *Alpha* apresentado pela referida dimensão não se encontra muito distantes de valores ideais.

Os resultados obtidos para o MBI (Tabela 11) vão de encontro a Ronald Burke e Esther Greenglass (1989) que revelaram não existir uma relação directa entre as dimensões Esgotamento Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal e o género dos profissionais. Estes autores sugeriram, também, que as mulheres têm maior pontuação de

Esgotamento Emocional, o que não foi demonstrado neste estudo. Porém, confirmou-se que o género masculino apresenta maior frequência de nível elevado de Despersonalização, uma vez que os 10 profissionais com pontuação elevada de Despersonalização foram homens, o que está em concordância com o encontrado por Ronald Burke e Esther Greenglass (1989) e por J. Hans M. Te Brake et al. (2003 e 2007) que efectuaram os seus estudos na Holanda (Anexo 2, Tabela 5). Tal facto pode, de acordo com J. Hans M. Te Brake et al. (2003) e com Juan Gestal Otero (*cit. in* Horta, A. e Esteves, M., 2006), ser consequência dos homens trabalharem mais horas e atenderem mais pacientes do que as mulheres. Esta justificativa é bastante plausível, uma vez que Christina Maslach e Michael P. Leiter (1997) asseguraram que as horas de trabalho desmesuradas e extenuantes estão, muitas vezes, na origem da Síndrome de Burnout. De igual forma, Alina Puriene et al. (2008) atestaram que com o aumento da carga horária, o risco de esgotamento, ansiedade e solidão aumentam, mas, neste estudo, esta diferença não é significativa (Anexo 2, Tabelas 24 – 29).

Michel Delbrouck (2006) e Christina Maslach et al. (2001) consideram que ter filhos diminui o risco de exaustão profissional, como já foi referido anteriormente, mas no presente estudo, os resultados não mostram diferenças significativas nos níveis de Esgotamento Emocional dos MD (nem para as outras 2 dimensões) (Anexo 2, Tabelas 6 e 7). Todavia, a realização de um estudo de análise dos mesmos profissionais em diferentes fases ao longo da vida poderia revelar se, de facto, ter ou não ter filhos é, de algum modo, factor depressor ou promotor da Síndrome de Burnout como garante Ana Maria T. Benevides Pereira (2002). Por outro lado, a % de MD com níveis intermédios e baixos de Esgotamento Emocional é muito elevada, o que dificulta a pesquisa e possível obtenção de relação significativa com este factor.

Em relação à idade, Christina Maslach et al. (2001) observaram maior incidência de Burnout em profissionais com menor idade e conseqüentemente menor experiência, o que desencadearia maior insegurança. Aurelia A. Martínez et al. (2008), analogamente, presenciaram em Barcelona, que os indivíduos que apresentavam a síndrome tinham menos de 5 anos de experiência e, na Lituânia, Alina Puriene et al. (2008) perceberam que com o aumento da idade, o nervosismo ou depressão reduziu expressivamente e aumentou a satisfação no exercício da medicina dentária. Os resultados desta pesquisa não confirmam os dados obtidos por esses autores, uma vez que se observou, na amostra, que o tempo de exercício da medicina dentária pelos profissionais é independente dos níveis de Esgotamento

Emocional, Despersonalização e de Realização Pessoal (T. Qui-quadrado, $p>0,05$) (Anexo 2, Tabelas 10 – 12). Tendo em conta que Pablo I. Varela-Centelles et al. (2005) observaram valores elevados de Realização Pessoal nos primeiros anos de serviço, pressupõe-se que a ausência de relação neste estudo traduz a presença equitativa de dificuldades assumidas pelos profissionais para os diferentes níveis de experiência, ou seja, os profissionais com pouca experiência sentem maior insegurança, porém mais energia para evoluir profissionalmente, por outro lado, os profissionais que exercem há mais tempo já possuem mais conhecimento e, portanto, maior segurança mas procuram incessantemente a estabilidade profissional, o que pode propiciar o desenvolvimento da síndrome.

Cary L. Cooper et al. (1989), A. Presta et al. (2006) e J. Nasetta et al. (2006) revelam que trabalhar por conta própria ou por conta de outrem são igualmente promotores da exaustão profissional, dependendo em parte do temperamento do profissional e/ou do seu superior. Todavia não se obteve relação significativa entre as dimensões do MBI e a variável “vínculo contratual” (Anexo 2, Tabelas 18 – 20).

A investigação da possível associação entre “tipo de contrato” e cada uma das três dimensões não produz resultados estatisticamente válidos (por violação de pressupostos do teste ligados à reduzida dimensão da sub-amostra). No entanto, denota-se menor Realização Pessoal em profissionais por conta de outrem e uma tendência crescente de Esgotamento Emocional para profissionais com contratos sem termo, termo certo e termo incerto, respectivamente (Anexo 2, Tabelas 21 – 23). Estes resultados vão de encontro com Christina Maslach e Michael P. Leiter (1997) que afirmaram que a falta de recompensa (“*Lack of reward*”) a ansiedade dos empregos a curto prazo e os contratos de trabalho de lento pagamento estão na origem da Síndrome de Burnout.

A auto-avaliação dos MD em relação ao seu bem-estar físico e mental mostrou ter uma excelente relação com as dimensões Esgotamento Emocional (sendo inversamente proporcional) e Realização Pessoal (sendo directamente proporcional). No entanto, para a dimensão Despersonalização verificou-se ausência de relação ($p>0,05$) (Tabela 13).

A sobrecarga quantitativa e qualitativa de trabalho é a principal causa da Síndrome de Burnout (Schaufeli, W. B., 2006 e McDaid, D. (Ed), 2008), todavia, a variável “actividade

extra-semanal” mostrou estar apenas associada à Despersonalização (T. Qui-quadrado, $p < 0,05$), onde quem só trabalha de segunda a sexta apresenta níveis baixos de Despersonalização, quem trabalha mais dias se encontra em níveis moderados e onde os níveis elevados aparentam não depender inteiramente dos dias de actividade profissional (Anexo 2, Tabelas 34 – 37) e a variável “outra actividade profissional” mostrou estar apenas associada à Realização Pessoal (T. Qui-quadrado, $p < 0,05$), em que é possível perceber-se uma elevada Realização Pessoal nos profissionais que só exercem medicina dentária (Anexo 2, Tabelas 30 – 32).

Herbert Freudenberg (1977) e Cary L. Cooper et al. (1989) afirmaram que a actividade profissional interfere com a vida pessoal e 82,5% dos médicos dentistas concordam com estes autores, dos quais 43,7% se encontram num estado moderado a elevado de Esgotamento Emocional e 17,2% se encontram num estado de baixa Realização Pessoal. No que diz respeito à Despersonalização, 34,4 % encontram-se em níveis moderados a elevados, no entanto sem significância (T. Qui-quadrado, $p > 0,05$) (Anexos 2, Tabelas 41 – 43).

Dos MD inquiridos, 9,8% encontram-se em níveis elevados de Esgotamento Emocional, 5,4% em nível elevado de Despersonalização e 15,2% com baixo nível de Realização Pessoal (Tabela 11). Assim, similarmente aos resultados obtidos Aurelia A. Martínez et al. (2008), onde apenas 2 a 3% dos dentistas inquiridos foram referenciados como em estado de elevada exaustão profissional, neste estudo somente 2,2% revelaram ter elevado Esgotamento Emocional, elevada Despersonalização e baixa Realização Pessoal. Não se podendo assumir que dos médicos dentistas inquiridos, apenas 4 se defronta com a Síndrome de Burnout, uma vez que não existem valores de corte para a escala do MBI, pode-se reconhecer que pelo menos estes indivíduos a vivenciam (Pereira, A. M. T. B., 2002 e Maslach, C., Jackson, S. E. e Leiter, M. P., 1997).

Os resultados obtidos nem sempre corroboraram a revisão de literatura realizada no que concerne aos factores desencadeantes do Esgotamento Emocional, da Despersonalização e da Realização Pessoal. Contudo, sabe-se de antemão, que, para além do elevado número de factores passíveis de propiciar Burnout, outros factores como a personalidade podem interferir nesta avaliação (Schaufeli, W. B., 2006).

No decorrer do desenvolvimento deste estudo identificou-se a inexistência de valores de corte para a escala do MBI, facto confirmado por João Maroco et al. (2008) e que demonstrou ser uma importante limitação para a determinação do valor global da Síndrome de Burnout. Uma vez que a prevenção reside essencialmente na auto-avaliação e que o diagnóstico para a síndrome é adoptado pelos especialistas, como os psiquiatras, a partir do seu estudo clínico, o que pode ser subjectivo, seria importante que futuras investigações sejam efectuadas no sentido de encontrar os supramencionados valores de corte.

Outra limitação a este estudo reside na interferência de diversos factores como a personalidade dos profissionais e outros referenciados anteriormente que não foram analisados, visto ser necessário incluir um método clínico associado ao questionário auto-administrado utilizado.

Ao supracitado podemos acrescentar a ausência de pesquisas desenvolvidas em Portugal sobre a Síndrome de Burnout nos MD, percebendo-se a indispensabilidade de, posteriormente, ampliar o estudo, incluindo um maior número de participantes, a avaliação de novas variáveis e uma certificação que atenua a interferência do desígnio social nas respostas dadas pelos inquiridos aos itens que afrontam a imagem profissional de quem trabalha com pessoas.

Mediante o referido aufere-se que a maioria dos médicos dentistas portugueses não se apresenta em elevada exaustão, porém, num contexto de potencial redução acentuada da criação de novos postos de trabalho, face ao crescente número de profissionais que todos os anos estão a entrar no mercado de trabalho, e a criação de ambientes cada vez mais rigorosos, é necessária a contínua divulgação dos factores desencadeantes desta síndrome, dos sinais e sintomas, bem como das práticas preventivas, por parte de toda a comunidade. Os médicos dentistas devem permanecer atentos no seu local de trabalho de modo a assegurar um ambiente agradável, a sua própria saúde e o bem-estar dos seus pacientes (Freeman, R., 1999).

VI. CONCLUSÕES

A Síndrome de Burnout é uma doença profissional confundida com *stress* por se revelar pelo comprometimento aos níveis emocional e físico e que pode induzir depressão (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997). Esta atinge diversas categorias profissionais (Delbrouck, M., 2006), onde existe contacto interpessoal (Pereira, A. M. T. B., 2002), e dissemina-se por fases evolutivas: Esgotamento Emocional, Despersonalização e o sentimento de incompetência ou Ausência de Realização Pessoal (Maslach, C. e Leiter, M. P., 1997 e Delbrouck, M., 2006).

De acordo com Christina Maslach e Michel P. Leiter (1997), o Burnout não é um problema do indivíduo, mas sim o resultado da associação dos aspectos individuais ao ambiente social no trabalho. Jordi Cebrià-Andreu (2005) afirmou que a Síndrome de Burnout está a revelar-se um problema de saúde pública, visão partilhada pela maioria dos autores que têm vindo a estudar esta síndrome, como por exemplo Christina Maslach e Michel P. Leiter (1997), Wilmar B. Schaufeli (2006) e David McDaid (Ed) (2008). Estes evidenciaram a necessidade de se criarem estratégias capazes de promover os valores humanos, a saúde mental, no local de trabalho, focando como objectivos a identificação da síndrome, a prevenção e o tratamento.

Em concordância com o referido, a autora desenvolveu este estudo com a finalidade de caracterizar a Síndrome de Burnout (nas suas três dimensões) em MD que exercem a sua actividade em Portugal continental, difundir e alertar a todos os profissionais de saúde sobre os factores de risco, os sinais e sintomas presentes nesta síndrome, de modo a coadjuvar na prevenção ou intervenção precoce e impulsionar a saúde e a qualidade de vida profissional.

Com o intuito de alcançar os objectivos supracitados, foram distribuídos 907 questionários auto-administrados ao longo de todos os distritos de Portugal continental, porém apenas se obteve uma taxa de resposta de 20,29% [IC95%: 17,67% - 22,91%] (Tabela 2).

Conclui-se que 9,8% da amostra apresentou classificação elevada para o Esgotamento Emocional [IC95%: 5,5% - 14,1%], 5,4% para a Despersonalização [IC95%: 2,1% - 8,7%], e 15,2% [IC95%: 10,0% - 20,4%] para a Ausência de Realização Pessoal (Tabela 11). Como não existem valores de corte para a escala do MBI na sua globalidade, não se pode assumir

que dos médicos dentistas inquiridos, apenas 4 se defronta com a Síndrome de Burnout, pode-se somente admitir que pelo menos estes indivíduos a vivenciam ao considerar que a síndrome é determinada quando existem valores altos para o Esgotamento Emocional e para a Despersonalização e valores baixos de Realização Pessoal (Pereira, A. M. T. B., 2002 e Maslach, C., Jackson, S. E. e Leiter, M. P., 1997). Se, no entanto se considerarem estes 4 MD como estando em Burnout, então os resultados obtidos com a aplicação do instrumento (MBI) revelaram uma prevalência de Burnout em 2,2% dos profissionais (Tabela 12) [IC95%: 0,1%-4,3%].

Quanto às variáveis que, de acordo com a investigação efectuada e exposta aquando da revisão bibliográfica, estão associadas à incidência da Síndrome de Burnout aferiu-se que para categorias mais baixas de bem-estar físico e mental, assumidas na auto-avaliação dos MD, agregam-se graus elevados de Esgotamento Emocional e baixos de Realização Pessoal, não se verificando relação para a dimensão Despersonalização ($p>0,05$) (Tabela 13).

Não existe uma relação directa entre as dimensões Esgotamento Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal e o género dos profissionais, embora se tenha verificado que o género masculino apresenta maior Despersonalização, ajustando-se aos resultados obtidos por Ronald Burke e Esther Greenglass (1989) e por J. Hans M. Te Brake et al. (2003 e 2007) (Tabela 11).

De facto, para a maioria das variáveis estudadas, como, por exemplo, as variáveis “ter filhos” (Anexo 2, Tabelas 6 - 9), “tempo de actividade” (Anexo 2, Tabelas 10 - 12), “(média de) horas de trabalho por dia” (Anexos 2, Tabelas 24 - 26), “(média de) pacientes atendidos por dia” (Anexos 2, Tabelas 27 - 29), entre outras, não se obtiveram associações significativas com as dimensões do MBI.

Apesar de não se obter relação entre as dimensões do MBI e as variáveis “vínculo contratual” (Anexo 2, Tabelas 18 - 20) e “tipo de contrato”, esta última por violação de pressupostos do teste ligados à reduzida dimensão da sub-amostra, verificou-se menor Realização Pessoal em profissionais por conta de outrem e uma tendência crescente de Esgotamento Emocional para profissionais com contratos sem termo, termo certo e termo incerto, respectivamente (Anexo 2, Tabelas 21 - 23), concordando com Christina Maslach e Michael P. Leiter (1997).

Os médicos, de acordo com Michel Delbrouck (2006) e com Maria Antónia Frasquilho (2005b), enfrentam os limites, dedicam-se integralmente à medicina e suspendem a vida pessoal à procura da perfeição. De facto, 60,3% da amostra trabalha mais do que cinco dias por semana e 82,5% mostram concordar com estes autores e com Herbert Freudenberg (1977) e Cary L. Cooper et al. (1989) ao afirmarem que a actividade profissional interfere com a vida pessoal. De facto, a variável “actividade extra-semanal” mostrou estar associada à Despersonalização (T. Qui-quadrado, $p < 0,05$), onde quem trabalha mais que cinco dias por semana se encontra em níveis moderados (Anexo 2, Tabelas 34 – 37) e dos 82,5% dos médicos dentistas referidos, 43,7% encontram-se num estado moderado a elevado de Esgotamento Emocional e 17,2% num estado de baixa Realização Pessoal. (T. Qui-quadrado, $p > 0,05$) (Anexos 2, Tabelas 41 – 43).

Ainda assim, percebeu-se uma elevada Realização Pessoal nos profissionais que só exercem medicina dentária, ao contrário dos que exercem outras actividades profissionais (T. Qui-quadrado, $p < 0,05$) (Anexo 2, Tabelas 30 – 32).

Conclui-se, portanto, que os resultados obtidos neste estudo não corroboram, na sua totalidade, os resultados constatados na literatura especializada, traduzindo as dificuldades patentes no decorrer do estudo e a procura por parte dos profissionais de responder de acordo com o pressuposto. Então, manifesta-se a indispensabilidade de se efectuarem novos estudos capazes de superar obstáculos como a dimensão da amostra, a inexistência de valores de corte para a escala do MBI e a necessidade de complementar o questionário com a avaliação do especialista, como por exemplo o psiquiatra, a partir de um estudo clínico subjectivo.

Ainda que a amostra conseguida tenha sido diminuta e a escassez de conceitos e métodos de interpretação dos resultados para o MBI na sua globalidade se tenham imposto como evidentes dificuldades, foi possível alcançar todos os propósitos considerados, dos quais se salienta a intenção de difundir o tema entre os profissionais que exercem medicina dentária. Este objectivo demonstra ser um dos mais importantes, não que se tenham obtido resultados elevados para a síndrome, mas porque não se conhecem estudos a este nível nos MD em Portugal continental e porque se estão a formar médicos dentistas todos os anos, levando à redução dos postos de trabalho, ao crescimento acentuado de burocracias, exigência e rigor.

Por fim, aconselha-se os médicos dentistas a permanecerem atentos no seu local de trabalho de modo a assegurar um ambiente agradável, a sua própria saúde e o bem-estar dos seus pacientes (Freeman, R., 1999).

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahola, K. e Hakanen, J. (2007). Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders*, 104(1), pp. 103-110.

Albanesi de Nasetta, S. A., Tifner, S. e Nasetta, J. (2006). Estrés en Odontología. *Acta Odontologica Venezolana*, 44(3). [Em linha] Disponível em <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/3/> [Consultado em 2/12/2008]

Burke, R. A. G. e Greenglass, E. R. (1989). Psychological Burnout among men and women in teaching: an examination of the Cherniss model. *Human Relations*, 42(3), pp. 261-273.

Cebrià-Andreu, Jordi (2005) Comentario: el síndrome de desgaste profesional como problema de salud pública In.: Grau, A., Suñer, R. e García, María M. (Eds.). *Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales*. Gaceta Sanitaria, 19(6/Nov.-Dez.), p. 470

Cooper, C. L., Rout, U. e Faragher, B. (1989). Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. *British Medical Journal*, 298(6670/11Fev), pp. 366-370.

Cuevas, C., Riviera, J. L., Fuente, J. A., Alviani, M. e Ruiz-Benítez, A. (1997). Burnout y Reactividad al Estrés. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 41(Abr-Jun), pp. 10-18.

Curiel-García, J. A., Rodríguez-Morán, M. e Guerrero-Romero, F. (2006). Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 44(3), pp. 221-226.

Dean, A. G., Sullivan K. M. e Soe, M. M. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Version 2.3. www.OpenEpi.com. [Em linha] Disponível em <http://www.openepi.com/Menu/OpenEpiMenu.htm> [Consultado em 2/12/2008].

Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa, Climepsi Editores.

Frasquilho, M. A. (2005a). MEDICINA, MÉDICOS E PESSOAS: Compreender o stress para prevenir o Burnout. *Acta Médica Portuguesa*, 18, pp. 433-444

Frasquilho, M. A. (2005b). Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e Burnout em médicos: prevenção e tratamento. *Revista Portuguesa de Saúde Pública - Saúde Mental*, 23(2), pp. 89-98

Freeman, R. (1999). Barriers to accessing dental care: dental health professional factors. *British Dental Journal*, 187(4/28Agosto), pp. 197-200.

Freudenberg, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, pp.159-165.

Freudenberg, H. J. (1975). The staff Burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12(1), pp.73-82.

Freudenberg, H. J. (1977). Burnout: The organizational menace. *Training-and-Development Journal*, 31(7/Jul), pp. 26-27

Gomes, A.R., Machado, A.A. (2009). Liderança, coesão e satisfação em equipas de voleibol portuguesas: Indicações da investigação e implicações práticas. *Submetido para publicação*.

Gorter, R. C., Eijkman, M. A. J. e Hoogstraten, J. (2001). A career counseling program for dentists: effects on burnout. *Patient Education and Counseling*, 43(1/Abril), pp.23-30.

Horta, A. e Esteves, M. (2006). Síndrome de Burnout nos Médicos do Serviço de Urgência do Hospital de São João. *Psiquiatria Clínica*, 27(3), pp. 345-356.

Jacobsen, P. L. e Rudin, R. S. (1991). To your health. Keeping fit for life in dentistry. *Journal of the American Dental Association*, 122(12), pp. 49-52.

Maroco, J., Tecedor, M., Martins, P. et al. (2008). O Burnout como factor hierárquico de 2ª ordem da Escala de Burnout de Maslach. *Análise Psicológica*, 26(4/Outubro), pp.639-649.

Martínez, A. A., Aytés, L. B. e Escoda, C. G. (2008). The burnout syndrome and associated personality disturbances. The study in three graduate programs in Dentistry at the University of Barcelona. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 13(7/1Jul.), pp. 444-450.

Maslach, C., Jackson, S. E. e Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory. *In.*: Zalaquett, C. P. e Wood, R. J. (Eds.) *Evaluating stress*. 3ª edição. São Francisco, Jossey-Bass A Wiley Company, pp. 191-218.

Maslach, C. e Leiter, M. P. (1997). *The Truth about Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*. EUA, Jossey-Bass A Wiley Company.

Maslach, C., Schaufeli, W. B. e Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review Psychology*, 52, pp. 397-422.

McDaid, D. (Ed). (2008). *Mental Health in Workplace Settings. Consensus paper*. Luxemburgo. European Communities.

Moore, R. e Brodsgaard, I. (2001). Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. *Community Dental Oral Epidemiology*, 29(1/Fev.), pp. 73-80.

Nogueira-Martins L. A., De Marco, M. A., Manebte, M. L. F., Noto, J. R. S. e Bianco, S. M. (1991). Dilemas éticos no hospital geral. *Boletim de Psiquiatria*, 24(1/2), pp. 28-34.

Notargiovanni, C. (2008). Médicos quemados: “Trabajo no siempre es salud”. *Diario El Pais*, (8 de Abril de 2008). [Em linha] Disponível em http://www.diariosalud.net/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=8078 [Consultado em 31/05/2008]

Os números da Ordem. Estatísticas 2007. [Em linha] Disponível em <http://www.omd.pt/PT-PT/images/Informativo/EstatisticasOMD.html> [Consultado em 4/12/2008].

Pereira, A. M. T. B. (2002). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo, Casa do Psicólogo.

Presta, A. A., Saliba Garbin, C. A., Ispert Garbin, A. J., Saliba, O. e Dossi, A. P. (2006). El estrés en la práctica odontológica. *Revista Asociación Dental Mexicana*, 63(5/Set.-Out.), pp. 185-188.

Puriene, A., Aleksejuniene, J., Petrauskiene, J. Balciuniene, I. e Janulyte, V. (2008). Self-perceived Mental Health and Job Satisfaction among Lithuanian Dentists. *Industrial Health*, 46(3/Jul.), pp. 247-252.

Schaufeli, W. B. (2006). Intervenciones sobre el síndrome de burnout. *In.*: Gil-Monte, P. e Salanova, M. e Aragón, J. L. e Schaufeli, W. B. (Eds.). *El Síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales*. Valencia. Diputació de Valencia, pp.63-75.

Schaufeli, W. B. e Enzmann, D. (1998). *The Burnout companion to study & practice*. Londres, Taylor & Francis.

Selye, H. (1978). *The Stress of Life*. EUA, McGraw-Hill.

Shurtz, J. D., Mayhew, R. B. e Cayton, T. G. (1986). Depression. Recognition and control. *Dental Clinics of North America*, 30(4/Out.), pp. S55-65.

Te Brake, J. H. M., Bloemendal, E. e Hoogstraten, J. (2003). Gender differences in burnout among Dutch dentists. *Community Dentistry Oral Epidemiology*, 31(5/Out.), pp. 321-327.

Te Brake, J. H. M., Bouman, A-M., Gorter, R. C., Hoogstraten, J. e Eijkman, M. A. J. (2007). Professional burnout and work engagement among dentists. *European Journal of Oral Sciences*, 115(3/Jun.), pp. 180-185.

Te Brake, J. H. M., Gorter, R. C., Hoogstraten, J. e Eijkman, M. A. J. (2001). Burnout intervention among Dutch dentists: long-term effects. *European Journal of Oral Sciences*, 109(6/Dez.), pp. 380-387.

Varela-Centelles, P. I., Valcárcel, L. F. F., González, A. M. M., Babío, A. P. e Liz, M. C. V. (2005). Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio Gallego de Salud. *Atención Primaria*, 35(6), pp.301-305.

World Health Organization (1998). Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: Staff Burnout. *Geneva Division of Mental Health World Health Organization*, pp. 91-110.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO

FOLHETO INFORMATIVO E CONSENTIMENTO ESCLARECIDO A SÍNDROME DE BURNOUT NOS MÉDICOS DENTISTAS EM PORTUGAL

A **Síndrome de Burnout** é uma doença profissional (excede o stress profissional e pode mesmo induzir depressão). Esta síndrome apresenta três fases evolutivas: a exaustão profissional, a despersonalização e o sentimento de incapacidade.

Hoje sabe-se que esta doença é muito frequente em profissionais de saúde, mas desconhece-se a situação em Portugal relativa aos Médicos Dentistas.

- Introdução

Foi convidado a participar no estudo epidemiológico sobre a Síndrome de Burnout nos Médicos Dentistas em Portugal. A sua participação é estritamente voluntária.

É importante que leia e compreenda inteiramente a informação que lhe é dirigida. Se não entender alguma parte da informação deste consentimento esclarecido, deve colocar todas as dúvidas ao promotor, para os contactos infracitados, antes de assinar.

- Objectivo e finalidade do estudo

Caracterizar a Síndrome de Burnout em Médicos Dentistas que exercem a sua actividade em Portugal.

Difundir e alertar a todos os profissionais de saúde, com especial atenção aos Médicos Dentistas, sobre as causas e sintomas presentes nesta síndrome, a fim de se tornar possível a prevenção ou intervenção precoce, procurando-se, desta forma, premiar a saúde e qualidade de vida pessoal e profissional.

- Como será realizado o estudo?

Médicos Dentistas que exercem a sua profissão em Portugal serão convidados a participar, preenchendo os questionários que se encontram anexados.

- Existem riscos? Quais os benefícios?

Não existe qualquer tipo de risco ou dano. Os resultados desta pesquisa poderão fornecer informação importante para descrever a Síndrome de Burnout nos Médicos Dentistas em Portugal.

- Quem terá acesso às informações?

As informações serão confidenciais. A identificação será efectuada por um código de letras e números.

A morada ou correio electrónico são de resposta opcional; sendo pedidas apenas para, após o término da pesquisa, serem enviados os resultados obtidos.

Todas as medidas para assegurar a confidencialidade dos registos e a informação passível de identificação será recolhida respeitando a lei em vigor sobre a protecção dos dados pessoais (Lei 46/2004, de 19 de Agosto e Deliberação N°333/2007) e nunca será publicamente revelada.

Em caso de necessidade de transferência dos dados, o promotor responsabiliza-se pela segurança dos seus dados ficando esta situação consignada numa cláusula contratual. Se os resultados deste registo forem publicados, a identidade do inquirido permanecerá confidencial. Ser-lhe-á facultado o acesso à sua informação pessoal através do promotor.

- Quais serão as compensações?

Não haverá nenhum tipo de compensação financeira ou funcional. A participação é voluntária.

- Como poderá participar neste estudo?

Ser-lhe-á pedido que leia cuidadosamente este consentimento esclarecido e que o assine após todas as questões que lhe possam surgir terem sido elucidadas. Se concordar em participar irá responder ao questionário que recolhe alguns dados sócio-demográficos e profissionais, bem como ao questionário Maslach Burnout Inventory (MBI – HSS, 1986). A recolha destes dados tem como objectivo único a sua utilização no âmbito deste estudo. Após o preenchimento dos questionários a sua colaboração no estudo terminará.

- A quem deve dirigir-se para obter mais informações acerca deste estudo?

Para obter todas as informações desejadas sobre a pesquisa deverá contactar o promotor, Daniela Carreira (Estudante na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, do 6º ano da licenciatura de Medicina Dentária), por correio electrónico (burnout.sindrome@gmail.com).

Consentimento Esclarecido

Fui convidado a participar num registo orientado e promovido pela Universidade Fernando Pessoa. Li e compreendi o Folheto Informativo anexo a este Consentimento Esclarecido. Declaro ter respondido de boa fé a todas as perguntas dos questionários.

A minha participação neste registo é totalmente voluntária.

Se eu desejar ou quiser alguma informação adicional sobre o registo devo contactar o promotor por correio electrónico (burnout.sindrome@gmail.com).

A minha participação neste registo não é remunerada.

Autorizo a recolha, processamento, registo e transferência dos meus dados pessoais, devendo essa informação ser mantida confidencial.

A confidencialidade dos meus dados pessoais será assegurada de acordo com o disposto na lei 46/2004, de 19 de Agosto e Deliberação N°333/2007 – Lei da protecção dos Dados Pessoais.

O meu nome e qualquer dado que possa identificar-me como participante no registo não serão divulgados.

Nome (Maiúsculas): _____

Data: _____

Assinatura: _____

N.º _____ (A preencher pelo promotor)

QUESTIONÁRIO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS**DADOS PESSOAIS**

Iniciais do seu nome: _____

Endereço *: _____

Correio electrónico (Email) *: _____

Género: Feminino Masculino Idade: ____

Estado Civil: _____

Tem filhos? _____ Quantos? _____

Naturalidade *: _____

Cidade/Localidade onde trabalha: _____

(*) → Resposta opcional

DADOS PROFISSIONAIS:

Há quanto tempo trabalha como Médico Dentista? ____ anos ____ meses

Em que local / locais desenvolve a sua actividade profissional?

 Instituição de Ensino Superior Consultório Hospital Outros: _____Sector: Público Privado AmbosComo caracteriza a sua actividade? Generalista De especialidadeExerce cargo directivo? Sim NãoQual é o seu vínculo contratual? Por conta-própria Por conta de outrem AmbosSe trabalha por conta de outrem, qual o seu tipo de contrato? Termo incerto Termo certo Sem termo

Quantas horas trabalha, em média, por dia como Médico Dentista? ____

Quantos pacientes atende, em média, por dia? ____

Exerce alguma outra actividade profissional? Sim Não

Se a sua resposta for sim, qual? _____

Tem actividade profissional durante o fim-de-semana e / ou feriados? Sim NãoSe sim, indique? Sábado Domingo Feriados Sábados e Domingos Todos**OUTROS DADOS:**

Durante o seu tempo livre a que actividades se dedica?

 Não tenho tempo livre Actividades de lazer Praticar desportos Pintura Leitura e estudo Música Ver televisão e / ou vídeos Danças de salão Utilizar o computador Outros: _____Acredita que a sua actividade profissional interfere com a sua vida pessoal? Sim Não

Tem pensado em mudar de profissão?

 Nunca Uma vez ao ano ou menos Uma vez ao mês ou menos Algumas vezes ao mês Uma vez por semana Algumas vezes por semana Todos os diasComo classifica o seu bem-estar físico? Excelente Muito bom Bom Razoável MauComo classifica o seu bem-estar mental? Excelente Muito bom Bom Razoável Mau

QUESTIONÁRIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Maslach Burnout Inventory (MBI – HSS, 1986)

Por favor, leia atentamente cada uma das seguintes afirmações e assinale com um "X" a resposta que lhe parece mais sincera e não a resposta que lhe pareça socialmente aceitável.		NUNCA	ALGUMAS VEZES POR ANO	TODOS OS MESES	ALGUMAS VEZES POR MÊS	TODAS AS SEMANAS	ALGUMAS VEZES POR SEMANA	TODOS OS DIAS
1	Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho.							
2	Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho.							
3	Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.							
4	Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem.							
5	Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objectos.							
6	Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço.							
7	Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes.							
8	Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho.							
9	Tenho a sensação de, com o meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas.							
10	Tornei-me mais insensível às pessoas desde que tenho este trabalho.							
11	Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro.							
12	Sinto-me cheio(a) de energia.							
13	Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho.							
14	Sinto que o meu trabalho é demasiado árduo.							
15	Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes.							
16	Trabalhar em contacto directo com o público stressa-me demasiado.							
17	Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes.							
18	Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação própria com os doentes no meu percurso profissional.							
19	Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho.							
20	Sinto que esgotei todos os recursos.							
21	No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma.							
22	Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas.							

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO.

ANEXO 2

		COMPONENTES		
		1	2	3
1	Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho.	0,545	-0,502	-0,061
2	Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho.	0,620	-0,291	0,174
3	Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	0,667	-0,394	0,057
4	Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem.	0,175	0,205	0,631
5	Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objectos.	0,136	-0,206	-0,442
6	Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço.	0,615	0,087	-0,155
7	Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes.	0,144	0,368	0,383
8	Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho.	0,683	-0,278	0,077
9	Tenho a sensação de, com o meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas.	-0,083	0,458	0,524
10	Tornei-me mais insensível às pessoas desde que tenho este trabalho.	0,436	0,056	-0,387
11	Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro.	0,528	-0,077	-0,385
12	Sinto-me cheio(a) de energia.	-0,267	0,719	0,021
13	Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho.	0,550	-0,342	-0,016
14	Sinto que o meu trabalho é demasiado árduo.	0,651	-0,118	-0,019
15	Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes.	0,060	0,022	-0,476
16	Trabalhar em contacto directo com o público stressa-me demasiado.	0,708	0,075	-0,181
17	Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes.	-0,211	0,194	0,581
18	Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação própria com os doentes no meu percurso profissional.	-0,040	0,587	0,076
19	Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho.	-0,036	0,641	0,200
20	Sinto que esgotei todos os recursos.	0,500	0,053	-0,134
21	No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma.	-0,055	0,407	0,155
22	Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas.	0,348	0,246	-0,345

Anexo 2, Tabela 1 – Matriz das componentes (ou dimensões) após aplicação do método de rotação *Varimax* com normalização Kaiser, para as 22 questões do MBI.

	Esgotamento Emocional	Alpha se questão eliminada
1	Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho.	0,811
2	Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho.	0,807
3	Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	0,796
6	Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço.	0,823
8	Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho.	0,798
13	Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho.	0,812
14	Sinto que o meu trabalho é demasiado árduo.	0,805
16	Trabalhar em contacto directo com o público stressa-me demasiado.	0,804
20	Sinto que esgotei todos os recursos.	0,825

Alpha = 0,827; ICC = 0,827 (IC95%: 0,787-0,862)

Anexo 2, Tabela 2 – Valor de *Alpha* de *Cronbach* global para a dimensão Esgotamento Emocional e do coeficiente de correlação intra-classe (valores do intervalo de confiança a 95% de confiança), e os obtidos se cada questão fosse eliminada.

	Despersonalização	Alpha se questão eliminada
5	Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objectos.	0,491
10	Tornei-me mais insensível às pessoas desde que tenho este trabalho.	0,405
11	Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro.	0,403
15	Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes.	0,534
22	Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas.	0,548

Alpha = 0,537; ICC = 0,537 (IC95%: 0,422-0,635)

Anexo 2, Tabela 3 – Valor de *Alpha* de *Cronbach* global para a dimensão Despersonalização e do coeficiente de correlação intra-classe (valores do intervalo de confiança a 95% de confiança), e os obtidos se cada questão fosse eliminada.

	Realização Pessoal	Alpha se questão eliminada
4	Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem.	0,676
7	Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes.	0,670
9	Tenho a sensação de, com o meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas.	0,629
12	Sinto-me cheio(a) de energia.	0,641
17	Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes.	0,673
18	Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação própria com os doentes no meu percurso profissional.	0,665
19	Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho.	0,637
21	No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma.	0,682

Alpha = 0,691; ICC = 0,691 (IC95%: 0,618-0,754)

Anexo 2, Tabela 4 – Valor de *Alpha* de *Cronbach* global para a dimensão Realização Pessoal e do coeficiente de correlação intra-classe (valores do intervalo de confiança a 95% de confiança), e os obtidos se cada questão fosse eliminada.

		Género			
		Feminino	Masculino	Total	
Esgotamento Emocional	Baixo	n	54	58	112
		% para Género	60,7%	61,1%	60,9%
		% para Esgotamento Emocional	48,2%	51,8%	100,0%
	Moderado	n	30	24	54
		% para Género	33,7%	25,3%	29,3%
		% para Esgotamento Emocional	55,6%	44,4%	100,0%
	Elevado	n	5	13	18
		% para Género	5,6%	13,7%	9,8%
		% para Esgotamento Emocional	27,8%	72,2%	100,0%
Total	n	89	95	184	
	% para Género	100,0%	100,0%	100,0%	
	% para Esgotamento Emocional	48,4%	51,6%	100,0%	
Despersonalização	Baixo	n	64	62	126
		% para Género	71,9%	65,3%	68,5%
		% para Despersonalização	50,8%	49,2%	100,0%
	Moderado	n	25	23	48
		% para Género	28,1%	24,2%	26,1%
		% para Despersonalização	52,1%	47,9%	100,0%
	Elevado	n	0	10	10
		% para Género	0,0%	10,5%	5,4%
		% para Despersonalização	0,0%	100,0%	100,0%
Total	n	89	95	184	
	% para Género	100,0%	100,0%	100,0%	
	% para Despersonalização	48,4%	51,6%	100,0%	
Realização Pessoal	Baixo	n	14	14	28
		% para Género	15,7%	14,7%	15,2%
		% para Ausência de Realização Pessoal	50,0%	50,0%	100,0%
	Moderado	n	16	24	40
		% para Género	18,0%	25,3%	21,7%
		% para Ausência de Realização Pessoal	40,0%	60,0%	100,0%
	Elevado	n	59	57	116
		% para Género	66,3%	60,0%	63,0%
		% para Ausência de Realização Pessoal	50,9%	49,1%	100,0%
Total	n	89	95	184	
	% para Género	100,0%	100,0%	100,0%	
	% para Despersonalização	48,4%	51,6%	100,0%	

Anexo 2, Tabela 5 – Frequências (n e %) da amostra para o Esgotamento Emocional, a Despersonalização e a Realização Pessoal em relação ao género.

		Tem Filhos?			p*	
		Sim	Não	Total		
Esgotamento Emocional	Baixo	n	42	69	111	0,715
		% para Esgotamento Emocional	37,8%	62,2%	100,0%	
		% para Tem Filhos?	57,5%	62,7%	60,7%	
	Moderado	n	24	30	54	
		% para Esgotamento Emocional	44,4%	55,6%	100,0%	
		% para Tem Filhos?	32,9%	27,3%	29,5%	
	Elevado	n	7	11	18	
		% para Esgotamento Emocional	38,9%	61,1%	100,0%	
		% para Tem Filhos?	9,6%	10,0%	9,8%	
	Total	n	73	110	183	
		% para Esgotamento Emocional	39,9%	60,1%	100,0%	
		% para Tem Filhos?	100,0%	100,0%	100,0%	
Despersonalização	Baixo	n	51	74	125	0,797
		% para Esgotamento Emocional	40,8%	59,2%	100,0%	
		% para Tem Filhos?	69,9%	67,3%	68,3%	
	Moderado	n	19	29	48	
		% para Esgotamento Emocional	39,6%	60,4%	100,0%	
		% para Tem Filhos?	26,0%	26,4%	26,2%	
	Elevado	n	3	7	10	
		% para Esgotamento Emocional	30,0%	70,0%	100,0%	
		% para Tem Filhos?	4,1%	6,4%	5,5%	
	Total	n	73	110	183	
		% para Esgotamento Emocional	39,9%	60,1%	100,0%	
		% para Tem Filhos?	100,0%	100,0%	100,0%	
Realização Pessoal	Baixo	n	11	17	28	0,831
		% para Esgotamento Emocional	39,3%	60,7%	100,0%	
		% para Tem Filhos?	15,1%	15,5%	15,3%	
	Moderado	n	14	25	39	
		% para Esgotamento Emocional	35,9%	64,1%	100,0%	
		% para Tem Filhos?	19,2%	22,7%	21,3%	
	Elevado	n	48	68	116	
		% para Esgotamento Emocional	41,4%	58,6%	100,0%	
		% para Tem Filhos?	65,8%	61,8%	63,4%	
	Total	n	73	110	183	
		% para Esgotamento Emocional	39,9%	60,1%	100,0%	
		% para Tem Filhos?	100,0%	100,0%	100,0%	

Anexo 2, Tabela 6 – Frequências (n e %) da amostra para o Esgotamento Emocional, a Despersonalização e a Realização Pessoal em relação à variável “ter filhos”. *Teste de Qui-quadrado.

		Tem Filhos?			p*				
		Sim	Não	Total					
Dimensão	Esgotamento Emocional	Baixo	n	17	36	53	0,904	Feminino	
			% para Esgotamento Emocional	32,1%	67,9%	100,0%			
			% para Tem Filhos?	60,7%	60,0%	60,2%			
		Moderad	n	9	21	30			
			% para Esgotamento Emocional	30,0%	70,0%	100,0%			
			% para Tem Filhos?	32,1%	35,0%	34,1%			
		Elevado	n	2	3	5			
			% para Esgotamento Emocional	40,0%	60,0%	100,0%			
			% para Tem Filhos?	7,1%	5,0%	5,7%			
		Total	n	28	60	88			
			% para Esgotamento Emocional	31,8%	68,2%	100,0%			
			% para Tem Filhos?	100,0%	100,0%	100,0%			
		Baixo	n	25	33	58	0,219	Masculino	
			% para Esgotamento Emocional	43,1%	56,9%	100,0%			
			% para Tem Filhos?	55,6%	66,0%	61,1%			
			Moderad	n	15	9			24
				% para Esgotamento Emocional	62,5%	37,5%			100,0%
				% para Tem Filhos?	33,3%	18,0%			25,3%
Elevado		n	5	8	13				
		% para Esgotamento Emocional	38,5%	61,5%	100,0%				
		% para Tem Filhos?	11,1%	16,0%	13,7%				
Total		n	45	50	95				
		% para Esgotamento Emocional	47,4%	52,6%	100,0%				
		% para Tem Filhos?	100,0%	100,0%	100,0%				

Anexo 2, Tabela 7 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Esgotamento Emocional em relação ao género e à variável “ter filhos”. *Teste de Qui-quadrado.

		Tem Filhos?			p*			
		Sim	Não	Total				
Dimensão	Despersonalização	Baixo	n	21	42	63	0,628	Feminino
			% para Despersonalização	33,3%	66,7%	100,0%		
			% para Tem Filhos?	75,0%	70,0%	71,6%		
		Moderado	n	7	18	25		
			% para Despersonalização	28,0%	72,0%	100,0%		
			% para Tem Filhos?	25,0%	30,0%	28,4%		
		Total	n	28	60	88		
			% para Despersonalização	31,8%	68,2%	100,0%		
			% para Tem Filhos?	100,0%	100,0%	100,0%		
	Despersonalização	Baixo	n	30	32	62	0,485	Masculino
			% para Despersonalização	48,4%	51,6%	100,0%		
			% para Tem Filhos?	66,7%	64,0%	65,3%		
		Moderado	n	12	11	23		
			% para Despersonalização	52,2%	47,8%	100,0%		
			% para Tem Filhos?	26,7%	22,0%	24,2%		
		Elevado	n	3	7	10		
			% para Despersonalização	30,0%	70,0%	100,0%		
			% para Tem Filhos?	6,7%	14,0%	10,5%		
Total	n	45	50	95				
	% para Despersonalização	47,4%	52,6%	100,0%				
	% para Tem Filhos?	100,0%	100,0%	100,0%				

Anexo 2, Tabela 8 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Despersonalização em relação ao género e à variável “ter filhos”. *Teste de Qui-quadrado.

		Tem Filhos?			p*			
		Sim	Não	Total				
Dimensão	Realização Pessoal	Baixo	n	7	7	0,207	Feminino	
			% para Realização Pessoal	50,0%	50,0%			100,0%
			% para Tem Filhos?	25,0%	11,7%			15,9%
		Moderado	n	3	12			15
			% para Realização Pessoal	20,0%	80,0%			100,0%
			% para Tem Filhos?	10,7%	20,0%			17,0%
		Elevado	n	18	41			59
			% para Realização Pessoal	30,5%	69,5%			100,0%
			% para Tem Filhos?	64,3%	68,3%			67,0%
	Total	n	28	60	88			
		% para Realização Pessoal	31,8%	68,2%	100,0%			
		% para Tem Filhos?	100,0%	100,0%	100,0%			
	Realização Pessoal	Baixo	n	4	10	0,267	Masculino	
			% para Realização Pessoal	28,6%	71,4%			100,0%
			% para Tem Filhos?	8,9%	20,0%			14,7%
		Moderado	n	11	13			24
			% para Realização Pessoal	45,8%	54,2%			100,0%
			% para Tem Filhos?	24,4%	26,0%			25,3%
Elevado		n	30	27	57			
		% para Realização Pessoal	52,6%	47,4%	100,0%			
		% para Tem Filhos?	66,7%	54,0%	60,0%			
Total	n	45	50	95				
	% para Realização Pessoal	47,4%	52,6%	100,0%				
	% para Tem Filhos?	100,0%	100,0%	100,0%				

Anexo 2, Tabela 9 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Realização Pessoal em relação ao género e à variável “ter filhos”. *Teste de Qui-quadrado.

		Tempo de actividade	
Esgotamento Emocional	Baixo	n	110
		NR	2
		Média (\pm DP)	8,0 (\pm 7,1)
		IC 95% para o valor médio	6,7 – 9,4
		Mediana (Intervalo Interquartil)	6,0 (10,0)
		Mínimo – Máximo	0,2 – 30,0
	Moderado	n	54
		Média (\pm DP)	9,2 (\pm 6,4)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	7,5 – 11,0
		Mediana (Intervalo Interquartil)	8,6 (12,0)
		Mínimo - Máximo	0,4 - 23,2
	Elevado	n	18
		Média (\pm DP)	10,1 (\pm 8,9)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	5,7 - 14,5
		Mediana (Intervalo Interquartil)	7,1 (9,8)
Mínimo - Máximo		1,0 - 37,0	
		Estatística de teste (χ^2) do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> = 2,557, p= 0,278	

Anexo 2, Tabela 10 – Análise estatística para a variável “tempo de actividade” dos inquiridos, em anos, por níveis de Esgotamento Emocional.

		Tempo de actividade	
Despersonalização	Baixo	n	124
		NR	2
		Média (\pm DP)	8,3 (\pm 6,6)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	7,2 - 9,5
		Mediana (Intervalo Interquartil)	7,1 (10,9)
		Mínimo - Máximo	0,2 - 25,0
	Moderado	n	48
		Média (\pm DP)	9,3 (\pm 8,3)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	6,9 - 11,7
		Mediana (Intervalo Interquartil)	6,0 (12,5)
		Mínimo - Máximo	0,5 - 37,0
	Elevado	n	10
		Média (\pm DP)	8,6 (\pm 8,2)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	2,7 - 14,4
		Mediana (Intervalo Interquartil)	6,3 (5,3)
Mínimo - Máximo		0,5 - 30,0	
		Estatística de teste (χ^2) do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> = 0,209, p= 0,901	

Anexo 2, Tabela 11 – Análise estatística para a variável “tempo de actividade” dos inquiridos, em anos, por níveis de Despersonalização.

		Tempo de actividade		
Realização Pessoal	Baixo	n	27	
		NR	1	
		Média (\pm DP)	8,5 (\pm 5,2)	
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	6,4 - 10,6	
		Mediana (Intervalo Interquartil)	8,0 (6,6)	
		Mínimo - Máximo	0,6 - 18,0	
	Moderado	n	40	
		Média (\pm DP)	8,7 (\pm 7,9)	
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	6,1 - 11,2	
		Mediana (Intervalo Interquartil)	6,5 (8,6)	
	Elevado	Mínimo - Máximo	0,4 - 37,0	
		n	115	
		NR	1	
		Média (\pm DP)	8,6 (\pm 7,2)	
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	7,2 - 9,9	
		Mediana (Intervalo Interquartil)	6,6 (11,0)	
			Mínimo - Máximo	0,2 - 30,0
			Estatística de teste (χ^2) do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> = 0,406, p= 0,816	

Anexo 2, Tabela 12 – Análise estatística para a variável “tempo de actividade” dos inquiridos, em anos, por níveis de Realização Pessoal.

		Como caracteriza a sua actividade?				p*	
		Generalista	Especialista	Ambos	Total		
Esgotamento Emocional	Baixo	n	84	17	11	112	0,411
		% para Esgotamento Emocional	75,0%	15,2%	9,8%	100,0%	
		% para Como caracteriza a sua actividade?	60,9%	54,8%	73,3%	60,9%	
	Moderado	n	38	12	4	54	
		% para Esgotamento Emocional	70,4%	22,2%	7,4%	100,0%	
		% para Como caracteriza a sua actividade?	27,5%	38,7%	26,7%	29,3%	
	Elevado	n	16	2	0	18	
		% para Esgotamento Emocional	88,9%	11,1%	,0%	100,0%	
		% para Como caracteriza a sua actividade?	11,6%	6,5%	,0%	9,8%	
	Total	n	138	31	15	184	
		% para Esgotamento Emocional	75,0%	16,8%	8,2%	100,0%	
		% para Como caracteriza a sua actividade?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Anexo 2, Tabela 13 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Esgotamento Emocional em relação à variável “actividade”. *Teste de Qui-quadrado.

		Como caracteriza a sua actividade?				p*	
		Generalista	Especialista	Ambos	Total		
Despersonalização	Baixo	n	91	23	12	126	0,657
		% para Despersonalização	72,2%	18,3%	9,5%	100,0%	
		% para Como caracteriza a sua actividade?	65,9%	74,2%	80,0%	68,5%	
	Moderado	n	38	7	3	48	
		% para Despersonalização	79,2%	14,6%	6,3%	100,0%	
		% para Como caracteriza a sua actividade?	27,5%	22,6%	20,0%	26,1%	
	Elevado	n	9	1	0	10	
		% para Despersonalização	90,0%	10,0%	0,0%	100,0%	
		% para Como caracteriza a sua actividade?	6,5%	3,2%	0,0%	5,4%	
	Total	n	138	31	15	184	
		% para Despersonalização	75,0%	16,8%	8,2%	100,0%	
		% para Como caracteriza a sua actividade?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Anexo 2, Tabela 14 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Despersonalização em relação à variável “actividade”. *Teste de Qui-quadrado.

			Como caracteriza a sua actividade?				p*
			Generalista	Especialista	Ambos	Total	
Realização Pessoal	Baixo	n	23	4	1	28	0,668
		% para Realização Pessoal	82,1%	14,3%	3,6%	100,0%	
		% para Como caracteriza a sua actividade?	16,7%	12,9%	6,7%	15,2%	
	Moderado	n	32	5	3	40	
		% para Realização Pessoal	80,0%	12,5%	7,5%	100,0%	
		% para Como caracteriza a sua actividade?	23,2%	16,1%	20,0%	21,7%	
	Elevado	n	83	22	11	116	
		% para Realização Pessoal	71,6%	19,0%	9,5%	100,0%	
		% para Como caracteriza a sua actividade?	60,1%	71,0%	73,3%	63,0%	
	Total	n	138	31	15	184	
		% para Realização Pessoal	75,0%	16,8%	8,2%	100,0%	
		% para Como caracteriza a sua actividade?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Anexo 2, Tabela 15 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Realização Pessoal em relação à variável “actividade”. *Teste de Qui-quadrado.

			Exerce cargo directivo?			p*
			Sim	Não	Total	
Esgotamento Emocional	Baixo	n	51	61	112	0,384
		% para Esgotamento Emocional	45,5%	54,5%	100,0%	
		% para Exerce cargo directivo?	60,0%	61,6%	60,9%	
	Moderado	n	23	31	54	
		% para Esgotamento Emocional	42,6%	57,4%	100,0%	
		% para Exerce cargo directivo?	27,1%	31,3%	29,3%	
	Elevado	n	11	7	18	
		% para Esgotamento Emocional	61,1%	38,9%	100,0%	
		% para Exerce cargo directivo?	12,9%	7,1%	9,8%	
Total	n	85	99	184		
	% para Esgotamento Emocional	46,2%	53,8%	100,0%		
	% para Exerce cargo directivo?	100,0%	100,0%	100,0%		
Despersonalização	Baixo	n	60	66	126	0,424
		% para Despersonalização	47,6%	52,4%	100,0%	
		% para Exerce cargo directivo?	70,6%	66,7%	68,5%	
	Moderado	n	19	29	48	
		% para Despersonalização	39,6%	60,4%	100,0%	
		% para Exerce cargo directivo?	22,4%	29,3%	26,1%	
	Elevado	n	6	4	10	
		% para Despersonalização	60,0%	40,0%	100,0%	
		% para Exerce cargo directivo?	7,1%	4,0%	5,4%	
Total	n	85	99	184		
	% para Despersonalização	46,2%	53,8%	100,0%		
	% para Exerce cargo directivo?	100,0%	100,0%	100,0%		

Anexo 2, Tabela 16 – Frequências (n e %) da amostra para as variáveis Esgotamento Emocional e Despersonalização em relação à variável “cargo directivo”. *Teste de Qui-quadrado.

		Exerce cargo directivo?			p*	
		Sim	Não	Total		
Realização Pessoal	Baixo	n	15	13	28	0,387
		% para Realização Pessoal	53,6%	46,4%	100,0%	
		% para Exerce cargo directivo?	17,6%	13,1%	15,2%	
	Moderado	n	15	25	40	
		% para Realização Pessoal	37,5%	62,5%	100,0%	
		% para Exerce cargo directivo?	17,6%	25,3%	21,7%	
	Elevado	n	55	61	116	
		% para Realização Pessoal	47,4%	52,6%	100,0%	
		% para Exerce cargo directivo?	64,7%	61,6%	63,0%	
	Total	n	85	99	184	
		% para Realização Pessoal	46,2%	53,8%	100,0%	
		% para Exerce cargo directivo?	100,0%	100,0%	100,0%	

Anexo 2, Tabela 17 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Realização Pessoal em relação à variável “cargo directivo”. *Teste de Qui-quadrado.

		Qual é o seu vínculo contratual?				p*
		conta-própria	conta de outrem	ambos	Total	
Esgotamento Emocional	Baixo	n	67	26	19	112
		% para Esgotamento Emocional	59,8%	23,2%	17,0%	100,0%
		% para Qual é o seu vínculo contratual?	57,3%	76,5%	57,6%	60,9%
	Moderado	n	35	6	13	54
		% para Esgotamento Emocional	64,8%	11,1%	24,1%	100,0%
		% para Qual é o seu vínculo contratual?	29,9%	17,6%	39,4%	29,3%
	Elevado	n	15	2	1	18
		% para Esgotamento Emocional	83,3%	11,1%	5,6%	100,0%
		% para Qual é o seu vínculo contratual?	12,8%	5,9%	3,0%	9,8%
	Total	n	117	34	33	184
		% para Esgotamento Emocional	63,6%	18,5%	17,9%	100,0%
		% para Qual é o seu vínculo contratual?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

0,109

Anexo 2, Tabela 18 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Esgotamento Emocional em relação à variável “vínculo contratual”. *Teste de Qui-quadrado.

		Qual é o seu vínculo contratual?				p*
		conta-própria	conta de outrem	ambos	Total	
Despersonalização	Baixo	n	79	27	20	126
		% para Despersonalização	62,7%	21,4%	15,9%	100,0%
		% para Qual é o seu vínculo contratual?	67,5%	79,4%	60,6%	68,5%
	Moderado	n	30	6	12	48
		% para Despersonalização	62,5%	12,5%	25,0%	100,0%
		% para Qual é o seu vínculo contratual?	25,6%	17,6%	36,4%	26,1%
	Elevado	n	8	1	1	10
		% para Despersonalização	80,0%	10,0%	10,0%	100,0%
		% para Qual é o seu vínculo contratual?	6,8%	2,9%	3,0%	5,4%
	Total	n	117	34	33	184
		% para Despersonalização	63,6%	18,5%	17,9%	100,0%
		% para Qual é o seu vínculo contratual?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

0,361

Anexo 2, Tabela 19 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Despersonalização em relação à variável “vínculo contratual”. *Teste de Qui-quadrado.

		Qual é o seu vínculo contratual?				p*	
		conta-própria	conta de outrem	ambos	Total		
Realização Pessoal	Baixo	n	22	2	4	28	0,199
		% para Realização Pessoal	78,6%	7,1%	14,3%	100,0%	
		% para Qual é o seu vínculo contratual?	18,8%	5,9%	12,1%	15,2%	
	Moderado	n	27	5	8	40	
		% para Realização Pessoal	67,5%	12,5%	20,0%	100,0%	
		% para Qual é o seu vínculo contratual?	23,1%	14,7%	24,2%	21,7%	
	Elevado	n	68	27	21	116	
		% para Realização Pessoal	58,6%	23,3%	18,1%	100,0%	
		% para Qual é o seu vínculo contratual?	58,1%	79,4%	63,6%	63,0%	
	Total	n	117	34	33	184	
		% para Realização Pessoal	63,6%	18,5%	17,9%	100,0%	
		% para Qual é o seu vínculo contratual?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Anexo 2, Tabela 20 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Realização Pessoal em relação à variável “vínculo contratual”. *Teste de Qui-quadrado.

		Se trabalha por conta de outrem, qual o seu tipo de contrato?				p*
		termo incerto	termo certo	sem termo	Total	
Esgotamento Emocional	Baixo	n	10	5	28	43
		% para Esgotamento Emocional	23,3%	11,6%	65,1%	100,0%
		% para Se trabalha por conta de outrem, qual o seu tipo de contrato?	52,6%	55,6%	73,68%	65,2%
	Moderado	n	7	4	9	20
		% para Esgotamento Emocional	35,0%	20,0%	45,0%	100,0%
		% para Se trabalha por conta de outrem, qual o seu tipo de contrato?	36,8%	44,44%	23,7%	30,3%
	Elevado	n	2	0	1	3
		% para Esgotamento Emocional	66,7%	0,0%	33,3%	100,0%
		% para Se trabalha por conta de outrem, qual o seu tipo de contrato?	10,53%	0,0%	2,6%	4,5%
	Total	n	19	9	38	66
		% para Esgotamento Emocional	28,8%	13,6%	57,6%	100,0%
		% para Se trabalha por conta de outrem, qual o seu tipo de contrato?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

0,327

Anexo 2, Tabela 21 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Esgotamento Emocional em relação à variável “tipo de contrato”. *Teste de Qui-quadrado.

		Se trabalha por conta de outrem, qual o seu tipo de contrato?				p*	
		termo incerto	termo certo	sem termo	Total		
Despersonalização	Baixo	n	10	7	30	0,102	
		% para Despersonalização	21,3%	14,9%	63,8%		100,0%
		% para Se trabalha por conta de outrem, qual o seu tipo de contrato?	52,6%	77,8%	78,9%		71,2%
	Moderado	n	9	2	6		17
		% para Despersonalização	52,9%	11,8%	35,3%		100,0%
		% para Se trabalha por conta de outrem, qual o seu tipo de contrato?	47,4%	22,2%	15,8%		25,8%
	Elevado	n	0	0	2		2
		% para Despersonalização	0,0%	0,0%	100,0%		100,0%
		% para Se trabalha por conta de outrem, qual o seu tipo de contrato?	0,0%	0,0%	5,3%		3,0%
	Total	n	19	9	38		66
		% para Despersonalização	28,8%	13,6%	57,6%		100,0%
		% para Se trabalha por conta de outrem, qual o seu tipo de contrato?	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%

Anexo 2, Tabela 22 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Despersonalização em relação à variável “tipo de contrato”. *Teste de Qui-quadrado.

		Se trabalha por conta de outrem, qual o seu tipo de contrato?				p*
		termo incerto	termo certo	sem termo	Total	
Realização Pessoal	Baixo	n	2	2	2	6
		% para Realização Pessoal	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
		% para Se trabalha por conta de outrem, qual o seu tipo de contrato?	10,5%	22,2%	5,3%	9,1%
	Moderado	n	2	3	9	14
		% para Realização Pessoal	14,3%	21,4%	64,3%	100,0%
		% para Se trabalha por conta de outrem, qual o seu tipo de contrato?	10,5%	33,3%	23,7%	21,2%
	Elevado	n	15	4	27	46
		% para Realização Pessoal	32,6%	8,7%	58,7%	100,0%
		% para Se trabalha por conta de outrem, qual o seu tipo de contrato?	78,9%	44,4%	71,1%	69,7%
	Total	n	19	9	38	66
		% para Realização Pessoal	28,8%	13,6%	57,6%	100,0%
		% para Se trabalha por conta de outrem, qual o seu tipo de contrato?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

0,269

Anexo 2, Tabela 23 – Frequências (n e %) da amostra para a variável Realização Pessoal em relação à variável “tipo de contrato”. *Teste de Qui-quadrado.

		Horas de trabalho por dia		
Esgotamento Emocional	Baixo	N		106
		NR		6
		Média (\pm DP)		8,24 (\pm 1,4)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	Limite inferior	8,0
			Limite superior	8,5
		Mediana (Intervalo Interquartil)		8,0 (1)
		Variância		1,9
		Mínimo – Máximo		5 - 12
	Moderado	N		52
		NR		2
		Média (\pm DP)		8,45 (\pm 1,7)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	Limite inferior	8,0
			Limite superior	9,0
		Mediana (Intervalo Interquartil)		8,0 (1)
		Variância		2,748
		Mínimo – Máximo		4 - 12
	Elevado	N		17
		NR		1
		Média (\pm DP)		8,3 (\pm 1,5)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	Limite inferior	7,5
			Limite superior	9,1
Mediana (Intervalo Interquartil)		8,5 (2)		
Variância		2,3		
Mínimo – Máximo		5 - 10		
Estatística de teste (χ^2) do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> = 0,180, p= 0,914				

Anexo 2, Tabela 24 – Análise estatística para a variável “(média de) horas de trabalho por dia”, por níveis de Esgotamento Emocional.

		Horas de trabalho por dia		
Despersonalização	Baixo	N		122
		NR		4
		Média (\pm DP)		8,3 (\pm 1,6)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	Limite inferior	8,0
			Limite superior	8,6
		Mediana (Intervalo Interquartil)		8,0 (1)
		Variância		2,4
		Mínimo – Máximo		4 - 12
	Moderado	N		44
		NR		4
		Média (\pm DP)		8,6 (\pm 1,1)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	Limite inferior	8,2
			Limite superior	8,9
		Mediana (Intervalo Interquartil)		8,0 (1)
		Variância		1,2
		Mínimo – Máximo		6 - 12
	Elevado	N		9
		NR		1
		Média (\pm DP)		7,1 (\pm 1,7)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	Limite inferior	5,8
			Limite superior	8,4
Mediana (Intervalo Interquartil)		7,0 (3)		
Variância		2,9		
Mínimo – Máximo		5 - 10		
Estatística de teste (χ^2) do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> = 4,327, p= 0,115				

Anexo 2, Tabela 25 – Análise estatística para a variável “(média de) horas de trabalho por dia”, por níveis de Despersonalização.

		Horas de trabalho por dia		
Realização Pessoal	Baixo	N		26
		NR		2
		Média (\pm DP)		8,0 (\pm 1,6)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	Limite inferior	7,3
			Limite superior	8,7
		Mediana (Intervalo Interquartil)		8,0 (2)
		Variância		2,6
		Mínimo – Máximo		5 - 10
	Moderado	N		36
		NR		4
		Média (\pm DP)		8,5 (\pm 1,1)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	Limite inferior	8,1
			Limite superior	8,9
		Mediana (Intervalo Interquartil)		8,3 (1)
		Variância		1,2
		Mínimo – Máximo		6 - 12
	Elevado	N		113
		NR		3
		Média (\pm DP)		8,3 (\pm 1,5)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	Limite inferior	8,0
			Limite superior	8,6
Mediana (Intervalo Interquartil)		8,0 (1)		
Variância		2,4		
Mínimo – Máximo		4 - 12		
Estatística de teste (χ^2) do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> = 0,853, p= 0,653				

Anexo 2, Tabela 26 – Análise estatística para a variável “(média de) horas de trabalho por dia”, por níveis de Realização Pessoal.

		Pacientes atendidos por dia		
Esgotamento Emocional	Baixo	N		106
		NR		6
		Média (\pm DP)		11,9 (\pm 6,1)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	Limite inferior	10,8
			Limite superior	13,1
		Mediana (Intervalo Interquartil)		10,0 (7)
		Variância		37,1
		Mínimo – Máximo		3 - 50
	Moderado	N		52
		NR		2
		Média (\pm DP)		12,1 (\pm 4,7)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	Limite inferior	10,8
			Limite superior	13,5
		Mediana (Intervalo Interquartil)		11,3 (7)
		Variância		22,4
		Mínimo – Máximo		5 - 25
	Elevado	N		17
		NR		1
		Média (\pm DP)		12,2 (\pm 5,0)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	Limite inferior	9,6
			Limite superior	14,8
Mediana (Intervalo Interquartil)		12,0 (6)		
Variância		25,2		
Mínimo – Máximo		2 - 22		
Estatística de teste (χ^2) do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> = 0,546, p= 0,761				

Anexo 2, Tabela 27 – Análise estatística para a variável “(média de) pacientes atendidos por dia”, por níveis de Esgotamento Emocional.

		Pacientes atendidos por dia		
Despersonalização	Baixo	N		122
		NR		4
		Média (\pm DP)		12,2 (\pm 6,2)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	Limite inferior	11,1
			Limite superior	13,3
		Mediana (Intervalo Interquartil)		11,8 (7)
		Variância		37,9
		Mínimo – Máximo		3 - 50
	Moderado	N		44
		NR		4
		Média (\pm DP)		11,7 (\pm 4,0)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	Limite inferior	10,5
			Limite superior	12,9
		Mediana (Intervalo Interquartil)		11,5 (7)
		Variância		15,9
		Mínimo – Máximo		2 - 20
	Elevado	N		9
		NR		1
		Média (\pm DP)		10,6 (\pm 4,3)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	Limite inferior	7,3
			Limite superior	13,9
Mediana (Intervalo Interquartil)		9,0 (6)		
Variância		18,5		
Mínimo – Máximo		6 - 20		
Estatística de teste (χ^2) do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> = 0,941, p = 0,625				

Anexo 2, Tabela 28 – Análise estatística para a variável “(média de) pacientes atendidos por dia”, por níveis de Despersonalização.

		Pacientes atendidos por dia		
Realização Pessoal	Baixo	N		26
		NR		2
		Média (\pm DP)		11,4 (\pm 4,6)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	Limite inferior	9,5
			Limite superior	13,3
		Mediana (Intervalo Interquartil)		10,0 (8)
		Variância		21,4
		Mínimo – Máximo		5 - 22
	Moderado	N		36
		NR		4
		Média (\pm DP)		11,2 (\pm 3,9)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	Limite inferior	9,9
			Limite superior	12,52
		Mediana (Intervalo Interquartil)		11,0 (6)
		Variância		15,0
		Mínimo – Máximo		6 - 22
	Elevado	N		113
		NR		3
		Média (\pm DP)		12,4 (\pm 6,2)
		Intervalo de Confiança de 95% para a média	Limite inferior	11,3
			Limite superior	13,6
Mediana (Intervalo Interquartil)		12,0 (7)		
Variância		38,7		
Mínimo – Máximo		2 - 50		
Estatística de teste (χ^2) do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> = 1,488, p= 0,475				

Anexo 2, Tabela 29 – Análise estatística para a variável “(média de) pacientes atendidos por dia”, por níveis de Realização Pessoal.

		Exerce alguma outra actividade profissional?			p*
		Sim	Não	Total	
Esgotamento Emocional	Baixo	n	12	100	112
		% para Esgotamento Emocional	10,7%	89,3%	100,0%
		% para Exerce alguma outra actividade profissional?	57,1%	61,3%	60,9%
	Moderado	n	6	48	54
		% para Esgotamento Emocional	11,1%	88,9%	100,0%
		% para Exerce alguma outra actividade profissional?	28,6%	29,4%	29,3%
	Elevado	n	3	15	18
		% para Esgotamento Emocional	16,7%	83,3%	100,0%
		% para Exerce alguma outra actividade profissional?	14,3%	9,2%	9,8%
	Total	n	21	163	184
		% para Esgotamento Emocional	11,4%	88,6%	100,0%
		% para Exerce alguma outra actividade profissional?	100,0%	100,0%	100,0%

0,759

Anexo 2, Tabela 30 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “outra actividade profissional” em relação à variável Esgotamento Emocional. *Teste de Qui-quadrado.

		Exerce alguma outra actividade profissional?			p*	
		Sim	Não	Total		
Despersonalização	Baixo	n	10	116	126	0,057
		% para Despersonalização	7,9%	92,1%	100,0%	
		% para Exerce alguma outra actividade profissional?	47,6%	71,2%	68,5%	
	Moderado	n	10	38	48	
		% para Despersonalização	20,8%	79,2%	100,0%	
		% para Exerce alguma outra actividade profissional?	47,6%	23,3%	26,1%	
	Elevado	n	1	9	10	
		% para Despersonalização	10,0%	90,0%	100,0%	
		% para Exerce alguma outra actividade profissional?	4,8%	5,5%	5,4%	
	Total	n	21	163	184	
		% para Despersonalização	11,4%	88,6%	100,0%	
		% para Exerce alguma outra actividade profissional?	100,0%	100,0%	100,0%	

Anexo 2, Tabela 31 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “outra actividade profissional” em relação à variável Despersonalização. *Teste de Qui-quadrado.

		Exerce alguma outra actividade profissional?			p*	
		Sim	Não	Total		
Realização Pessoal	Baixo	n	0	28	0,077	
		% para Realização Pessoal	0,0%	100,0%		100,0%
		% para Exerce alguma outra actividade profissional?	0,0%	17,2%		15,2%
	Moderado	n	7	33		40
		% para Realização Pessoal	17,5%	82,5%		100,0%
		% para Exerce alguma outra actividade profissional?	33,3%	20,2%		21,7%
	Elevado	n	14	102		116
		% para Realização Pessoal	12,1%	87,9%		100,0%
		% para Exerce alguma outra actividade profissional?	66,7%	62,6%		63,0%
	Total	n	21	163		184
		% para Realização Pessoal	11,4%	88,6%		100,0%
		% para Exerce alguma outra actividade profissional?	100,0%	100,0%		100,0%

Anexo 2, Tabela 32 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “outra actividade profissional” em relação à variável Realização Pessoal. *Teste de Qui-quadrado.

N = 21		Qual a outra actividade profissional que exerce?											
		Docente	Comércio	Protésico	Tradutor	Músico	Promotor Imobiliário	Contabilista	Director dos serviços de saúde hospitalar	Designer gráfico	Empresário informático	Formador	Total
Esgotamento Emocional	Baixo	5	2	1	1	1	0	0	0	1	0	1	12
	Moderado	4	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	6
	Elevado	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	3
	Total	9	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	21
Despersonalização	Baixo	3	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	10
	Moderado	5	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	10
	Elevado	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Total	9	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	21
Realização Pessoal	Moderado	2	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	7
	Elevado	7	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	14
	Total	9	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	21

Anexo 2, Tabela 33 – Frequências absoluta para as outras actividades profissionais enumeradas pelos inquiridos em relação às três dimensões do MBI.

		Tem actividade profissional durante o fim-de-semana e / ou feriados?			p*
		Sim	Não	Total	
Esgotamento Emocional	Baixo	66	45	111	0,842
	Moderado	33	21	54	
	Elevado	12	6	18	
	Total	111	72	183	
Despersonalização	Baixo	69	57	126	0,033
	Moderado	36	11	47	
	Elevado	6	4	10	
	Total	111	72	183	
Realização Pessoal	Baixo	18	10	28	0,688
	Moderado	26	14	40	
	Elevado	67	48	115	
	Total	111	72	183	

Anexo 2, Tabela 34 – Frequências absolutas para a variável “actividade extra-semanal” em relação às dimensões do MBI. *Teste de Qui-quadrado.

		Tem actividade profissional durante o fim-de-semana e / ou feriados?			p*	
		Sim	Não	Total		
Esgotamento Emocional	Baixo	n	66	45	111	0,842
		% para Esgotamento Emocional	59,5%	40,5%	100,0%	
		% para Tem actividade profissional durante o fim-de-semana e / ou feriados?	59,5%	62,5%	60,7%	
	Moderado	n	33	21	54	
		% para Esgotamento Emocional	61,1%	38,9%	100,0%	
		% para Tem actividade profissional durante o fim-de-semana e/ou feriados?	29,7%	29,2%	29,5%	
	Elevado	N	12	6	18	
		% para Esgotamento Emocional	66,7%	33,3%	100,0%	
		% para Tem actividade profissional durante o fim-de-semana e/ou feriados?	10,8%	8,3%	9,8%	
	Total	N	111	72	183	
		% para Esgotamento Emocional	60,7%	39,3%	100,0%	
		% para Tem actividade profissional durante o fim-de-semana e/ou feriados?	100,0%	100,0%	100,0%	

Anexo 2, Tabela 35 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “actividade extra-semanal” em relação à variável Esgotamento Emocional. *Teste de Qui-quadrado.

		Tem actividade profissional durante o fim-de-semana e / ou feriados?			p*	
		Sim	Não	Total		
Despersonalização	Baixo	n	69	57	126	0,033
		% para Despersonalização	54,8%	45,2%	100,0%	
		% para Tem actividade profissional durante o fim-de-semana e/ou feriados?	62,2%	79,17%	68,9%	
	Moderado	n	36	11	47	
		% para Despersonalização	76,6%	23,4%	100,0%	
		% para Tem actividade profissional durante o fim-de-semana e/ou feriados?	32,43%	15,3%	25,7%	
	Elevado	n	6	4	10	
		% para Despersonalização	60,0%	40,0%	100,0%	
		% para Tem actividade profissional durante o fim-de-semana e/ou feriados?	5,4%	5,6%	5,5%	
	Total	n	111	72	183	
		% para Despersonalização	60,7%	39,3%	100,0%	
		% para Tem actividade profissional durante o fim-de-semana e/ou feriados?	100,0%	100,0%	100,0%	

Anexo 2, Tabela 36 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “actividade extra-semanal” em relação à variável Despersonalização. *Teste de Qui-quadrado.

		Tem actividade profissional durante o fim-de-semana e/ou feriados?			p*	
		Sim	Não	Total		
Realização Pessoal	Baixo	n	18	10	28	0,688
		% para Realização Pessoal	64,3%	35,7%	100,0%	
		% para Tem actividade profissional durante o fim-de-semana e/ou feriados?	16,2%	13,9%	15,3%	
	Moderado	n	26	14	40	
		% para Realização Pessoal	65,0%	35,0%	100,0%	
		% para Tem actividade profissional durante o fim-de-semana e/ou feriados?	23,4%	19,4%	21,9%	
	Elevado	n	67	48	115	
		% para Realização Pessoal	58,3%	41,7%	100,0%	
		% para Tem actividade profissional durante o fim-de-semana e/ou feriados?	60,4%	66,7%	62,8%	
	Total	n	111	72	183	
		% para Realização Pessoal	60,7%	39,3%	100,0%	
		% para Tem actividade profissional durante o fim-de-semana e/ou feriados?	100,0%	100,0%	100,0%	

Anexo 2, Tabela 37 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “actividade extra-semanal” em relação à variável Realização Pessoal. *Teste de Qui-quadrado.

		QUANDO					p*	
		Sábados	Sábados e Domingos	Todos	Sábados e Feriados	Total		
Esgotamento Emocional	Baixo	n	63	0	2	1	66	0,494
		% para EE	95,5%	0,0%	3,0%	1,5%	100,0%	
		% para QUANDO	59,4%	0,0%	66,7%	100,0%	59,5%	
	Moderado	n	32	1	0	0	33	
		% para EE	97,0%	3,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
		% para QUANDO	30,2%	100,0%	0,0%	0,0%	29,7%	
	Elevado	n	11	0	1	0	12	
		% para EE	91,7%	0,0%	8,3%	0,0%	100,0%	
		% para QUANDO	10,4%	0,0%	33,3%	0,0%	10,8%	
	Total	n	106	1	3	1	111	
		% para EE	95,5%	0,9%	2,7%	0,9%	100,0%	
		% para QUANDO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Anexo 2, Tabela 38 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “quando” em relação ao Esgotamento Emocional. *Teste de Qui-quadrado.

		QUANDO					p*	
		Sábados	Sábados e Domingos	Todos	Sábados e Feriados	Total		
Despersonalização	Baixo	n	65	1	2	1	69	0,964
		% para D	94,2%	1,4%	2,9%	1,4%	100,0%	
		% para QUANDO	61,3%	100,0%	66,7%	100,0%	62,2%	
	Moderado	n	35	0	1	0	36	
		% para D	97,2%	0,0%	2,8%	0,0%	100,0%	
		% para QUANDO	33,0%	0,0%	33,3%	0,0%	32,4%	
	Elevado	n	6	0	0	0	6	
		% para D	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
		% para QUANDO	5,7%	0,0%	0,0%	0,0%	5,4%	
	Total	n	106	1	3	1	111	
		% para D	95,5%	0,9%	2,7%	0,9%	100,0%	
		% para QUANDO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Anexo 2, Tabela 39 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “quando” em relação à Despersonalização. *Teste de Qui-quadrado.

		QUANDO					p*	
		Sábados	Sábados e Domingos	Todos	Sábados e Feriados	Total		
Realização Pessoal	Baixo	n	17	0	0	1	18	0,374
		% para RP	94,4%	0,0%	0,0%	5,6%	100,0%	
		% para QUANDO	16,0%	0,0%	0,0%	100,0%	16,2%	
	Moderado	n	25	0	1	0	26	
		% para RP	96,2%	0,0%	3,8%	0,0%	100,0%	
		% para QUANDO	23,6%	0,0%	33,3%	0,0%	23,4%	
	Elevado	n	64	1	2	0	67	
		% para RP	95,5%	1,5%	3,0%	0,0%	100,0%	
		% para QUANDO	60,4%	100,0%	66,7%	0,0%	60,4%	
	Total	n	106	1	3	1	111	
		% para RP	95,5%	0,9%	2,7%	0,9%	100,0%	
		% para QUANDO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Anexo 2, Tabela 40 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “quando” em relação à Realização Pessoal. *Teste de Qui-quadrado.

		Acredita que a sua actividade profissional interfere com a sua vida pessoal?			p*	
		Sim	Não	Total		
Esgotamento Emocional	Baixo	n	85	26	111	0,03
		% para EE	76,6%	23,4%	100,0%	
		% para Acredita que a sua actividade profissional interfere com a sua vida pessoal?	56,3%	81,25%	60,7%	
	Moderado	n	50	4	54	
		% para EE	92,6%	7,4%	100,0%	
		% para Acredita que a sua actividade profissional interfere com a sua vida pessoal?	33,11%	12,5%	29,5%	
	Elevado	n	16	2	18	
		% para EE	88,9%	11,1%	100,0%	
		% para Acredita que a sua actividade profissional interfere com a sua vida pessoal?	10,6%	6,3%	9,8%	
	Total	n	151	32	183	
		% para EE	82,5%	17,5%	100,0%	
		% para Acredita que a sua actividade profissional interfere com a sua vida pessoal?	100,0%	100,0%	100,0%	

Anexo 2, Tabela 41 – Freqüências (n e %) da amostra para a variável “interferência da vida profissional na vida pessoal” em relação à variável Esgotamento Emocional. *Teste de Qui-quadrado.

		Acredita que a sua actividade profissional interfere com a sua vida pessoal?			p*	
		Sim	Não	Total		
Despersonalização	Baixo	n	99	27	126	0,112
		% para D	78,6%	21,4%	100,0%	
		% para Acredita que a sua actividade profissional interfere com a sua vida pessoal?	65,6%	84,4%	68,9%	
	Moderado	n	43	4	47	
		% para D	91,5%	8,5%	100,0%	
		% para Acredita que a sua actividade profissional interfere com a sua vida pessoal?	28,5%	12,5%	25,7%	
	Elevado	n	9	1	10	
		% para D	90,0%	10,0%	100,0%	
		% para Acredita que a sua actividade profissional interfere com a sua vida pessoal?	6,0%	3,1%	5,5%	
	Total	n	151	32	183	
		% para D	82,5%	17,5%	100,0%	
		% para Acredita que a sua actividade profissional interfere com a sua vida pessoal?	100,0%	100,0%	100,0%	

Anexo 2, Tabela 42 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “interferência da vida profissional na vida pessoal” em relação à variável Despersonalização. *Teste de Qui-quadrado.

		Acredita que a sua actividade profissional interfere com a sua vida pessoal?			p*	
		Sim	Não	Total		
Realização Pessoal	Baixo	n	26	2	28	0,021
		% para RP	92,9%	7,1%	100,0%	
		% para Acredita que a sua actividade profissional interfere com a sua vida pessoal?	17,22%	6,3%	15,3%	
	Moderado	n	37	3	40	
		% para RP	92,5%	7,5%	100,0%	
		% para Acredita que a sua actividade profissional interfere com a sua vida pessoal?	24,5%	9,4%	21,9%	
	Elevado	n	88	27	115	
		% para RP	76,5%	23,5%	100,0%	
		% para Acredita que a sua actividade profissional interfere com a sua vida pessoal?	58,3%	84,38%	62,8%	
	Total	n	151	32	183	
		% para RP	82,5%	17,5%	100,0%	
		% para Acredita que a sua actividade profissional interfere com a sua vida pessoal?	100,0%	100,0%	100,0%	

Anexo 2, Tabela 43 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “interferência da vida profissional na vida pessoal” em relação à variável Realização Pessoal. *Teste de Qui-quadrado.

	Tem pensado em mudar de profissão?								p*
	Nunca	Uma vez ao ano ou mesmo	Uma vez ao mês ou menos	Algumas vezes ao mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias	Total	
Baixo	n	65	10	5	1	0	1	112	0,000
	% para EE	58,0%	8,9%	4,5%	0,9%	0,0%	0,9%	100,0%	
	% para Tem pensado em mudar de profissão?	74,7%	55,6%	27,8%	50,0%	0,0%	50,0%	60,9%	
Moderado	n	17	5	12	0	1	1	54	0,000
	% para EE	31,5%	9,3%	22,2%	0,0%	1,9%	1,9%	100,0%	
	% para Tem pensado em mudar de profissão?	19,5%	27,8%	66,7%	0,0%	12,5%	50,0%	29,3%	
Elevado	n	5	3	1	1	7	0	18	0,000
	% para EE	27,8%	16,7%	5,6%	5,6%	38,9%	0,0%	100,0%	
	% para Tem pensado em mudar de profissão?	5,7%	16,7%	5,6%	5,6%	50,0%	0,0%	9,8%	
Total	n	87	18	18	2	8	2	184	0,000
	% para EE	47,3%	9,8%	9,8%	1,1%	4,3%	1,1%	100,0%	
	% para Tem pensado em mudar de profissão?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Anexo 2, Tabela 44 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “pensar em mudar de profissão” em relação à variável Esgotamento Emocional. *Teste de Qui-quadrado.

		Tem pensado em mudar de profissão?							p*
		Nunca	Uma vez ao ano ou mesmo	Uma vez ao mês ou menos	Algumas vezes ao mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias	
Baixo	n	68	31	12	11	0	3	1	126
	% para D	54,0%	24,6%	9,5%	8,7%	0,0%	2,4%	0,8%	100,0%
	% para Tem pensado em mudar de profissão?	78,2%	63,3%	66,7%	61,1%	0,0%	37,5%	50,0%	68,5%
Moderado	n	15	17	5	5	2	3	1	48
	% para D	31,3%	35,4%	10,4%	10,4%	4,2%	6,3%	2,1%	100,0%
	% para Tem pensado em mudar de profissão?	17,2%	34,7%	27,8%	27,8%	100,0%	37,5%	50,0%	26,1%
Elevado	n	4	1	1	2	0	2	0	10
	% para D	40,0%	10,0%	10,0%	20,0%	0,0%	20,0%	0,0%	100,0%
	% para Tem pensado em mudar de profissão?	4,6%	2,0%	5,6%	11,1%	0,0%	25,0%	0,0%	5,4%
Total	n	87	49	18	18	2	8	2	184
	% para D	47,3%	26,6%	9,8%	9,8%	1,1%	4,3%	1,1%	100,0%
	% para Tem pensado em mudar de profissão?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Despersonalização

0,047

Anexo 2, Tabela 45 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “pensar em mudar de profissão” em relação à variável Despersonalização.

*Teste de Qui-quadrado.

Realização Pessoal	Tem pensado em mudar de profissão?										p*			
	Baixo	Moderado	Elevado	Total	Nunca	Uma vez ao ano ou mesmo	Uma vez ao mês ou menos	Algumas vezes ao mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana		Todos os dias	Total	
														n
	4	14,3%	4	14,3%	4	0	0,0%	4	14,3%	4	1	3,6%	28	100,0%
	4,6%	22,4%	22,2%	22,2%	22,4%	0,0%	22,2%	22,2%	50,0%	50,0%	50,0%	15,2%		
	15	37,5%	2	5,0%	14	1	2,5%	6	15,0%	2	0	0,0%	40	100,0%
	17,2%	28,6%	11,1%	11,1%	28,6%	50,0%	33,3%	33,3%	25,0%	25,0%	0,0%	21,7%		
	68	58,6%	12	10,3%	24	1	0,9%	8	6,9%	2	1	0,9%	116	100,0%
	78,2%	49,0%	66,7%	66,7%	49,0%	50,0%	44,4%	44,4%	25,0%	25,0%	50,0%	63,0%		
	87	47,3%	18	9,8%	49	2	1,1%	18	9,8%	8	2	1,1%	184	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Anexo 2, Tabela 46 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “pensar em mudar de profissão” em relação à variável Realização Pessoal.
*Teste de Qui-quadrado.

		Tem pensado em mudar de profissão?			p*
		Nunca a Uma vez ao ano ou menos	Uma vez ao mês ou menos a Todos os dias	Total	
Esgotamento Emocional	Baixo	n	95	17	112
		% para EE	84,8%	15,2%	100,0%
		% para Tem pensado em mudar de profissão?	69,85%	35,4%	60,9%
	Moderado	n	35	19	54
		% para EE	64,8%	35,2%	100,0%
		% para Tem pensado em mudar de profissão?	25,7%	39,58%	29,3%
	Elevado	n	6	12	18
		% para EE	33,3%	66,7%	100,0%
		% para Tem pensado em mudar de profissão?	4,4%	25	9,8%
	Total	n	136	48	184
		% para EE	73,9%	26,1%	100,0%
		% para Tem pensado em mudar de profissão?	100,0%	100,0%	100,0%

0,000

Anexo 2, Tabela 47 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “pensar em mudar de profissão” em duas categorias, em relação ao Esgotamento Emocional. *Teste de Qui-quadrado.

		Tem pensado em mudar de profissão?			p*
		Nunca a ao ano ou menos	Uma vez ou menos a	Todos os dias	
Despersonalização	Baixo	n	99	27	126
		% para D	78,6%	21,4%	100,0%
		% para Tem pensado em mudar de profissão?	72,79%	56,3%	68,5%
	Moderado	n	32	16	48
		% para D	66,7%	33,3%	100,0%
		% para Tem pensado em mudar de profissão?	23,5%	33,33%	26,1%
	Elevado	n	5	5	10
		% para D	50,0%	50,0%	100,0%
		% para Tem pensado em mudar de profissão?	3,7%	10,42%	5,4%
	Total	n	136	48	184
		% para D	73,9%	26,1%	100,0%
		% para Tem pensado em mudar de profissão?	100,0%	100,0%	100,0%

0,058

Anexo 2, Tabela 48 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “pensar em mudar de profissão” em duas categorias, em relação à Despersonalização. *Teste de Qui-quadrado.

		Tem pensado em mudar de profissão?			p*
		Nunca a Uma vez ao ano ou menos	Uma vez ao mês ou menos a Todos os dias	Total	
Realização Pessoal	Baixo	n	15	13	28
		% para RP	53,6%	46,4%	100,0%
		% para Tem pensado em mudar de profissão?	11,0%	27,08%	15,2%
	Moderado	n	29	11	40
		% para RP	72,5%	27,5%	100,0%
		% para Tem pensado em mudar de profissão?	21,3%	22,9%	21,7%
	Elevado	n	92	24	116
		% para RP	79,3%	20,7%	100,0%
		% para Tem pensado em mudar de profissão?	67,65%	50,0%	63,0%
	Total	n	136	48	184
		% para RP	73,9%	26,1%	100,0%
		% para Tem pensado em mudar de profissão?	100,0%	100,0%	100,0%

0,020

Anexo 2, Tabela 49 – Frequências (n e %) da amostra para a variável “pensar em mudar de profissão” em duas categorias, em relação à Realização Pessoal. *Teste de Qui-quadrado.