



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

A Síndrome de Burnout em Enfermeiros e Médicos da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco: Prevalência e Efeitos Associados

Ana Luísa Morais Esteves

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professor Doutor Paulo Vitória
Co-orientador: Professora Doutora Célia Nunes

Covilhã, junho de 2016

À minha avó Tina.

Pela mulher que foi e pela médica que me inspirou a ser!

Agradecimentos

À Faculdade de Ciência da Saúde, pelos 6 anos de formação médica e pessoal.

Ao meu orientador Professor Doutor Paulo Vitória e à minha co-orientadora Professora Doutora Célia Nunes pela paciência, ajuda e disponibilidade ao longo deste projeto.

A todos os enfermeiros e médicos que fizeram questão de participar neste estudo, tornando-o assim possível.

Aos meus pais, Tonito e Zé, pelos valores que sempre me transmitiram e por todo o amor incondicional. Obrigada pelo apoio, por nunca terem deixado de acreditar em mim e por terem tomado parte ativa na conclusão deste sonho. Vocês são a minha força!

Ao meu Nito e à Meggy, pelos enfermeiros que são e pela perseverança e humanidade que demonstram. Obrigada por estarem sempre aí, mesmo quando não estão por perto.

Aos meus tios e avós, cuja inspiração, presença constante e orgulho me impelem a procurar sempre ser mais e melhor.

Aos meus meninos, Filipa e Martim, por tudo o que representam para mim. Obrigada por me ensinarem o verdadeiro significado de cuidar. O vosso lugar será sempre vosso!

Às melhores amiguinhas que a bela cidade neve me poderia dar. Sem vocês estes 6 anos não teriam sido tão bons e significativos como foram. Obrigada pela amizade e por serem um exemplo de humanidade, generosidade e alegria contagiante. Obrigada por serem para a vida!

À C'a Tuna aos Saltos, pela família que me deu, pela inesgotável boa-disposição e pelos amplos ensinamentos no que a relações interpessoais diz respeito.

Ao meu namorado, pelo apoio e paciência. Obrigada pelos primeiros de muitos!

Resumo

Introdução: A síndrome de burnout, reconhecida como identidade diagnóstica pela Organização Mundial de Saúde, é definida por Maslach segundo três dimensões chave: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Enquanto as duas primeiras se correlacionam positivamente com a síndrome, a última tem uma relação inversa.

A busca pela completa compreensão da síndrome de burnout adensa-se à medida que são encontrados efeitos negativos crescentes na saúde não só psicológica mas também biológica. A forte associação entre a síndrome e profissões com necessidade de contactos interpessoais põe em especial risco os profissionais de saúde. Este estudo visa, assim, avaliar os níveis de burnout nos enfermeiros e médicos dos centros de saúde da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, procurando relacioná-los com características sociodemográficas e com padrões de estilos de vida.

Materiais e Métodos: É um estudo observacional tipo transversal, descritivo e correlacional. O questionário aplicado, composto por três partes: caracterização sociodemográfica, inventário de burnout e hábitos e estilos de vida, foi disponibilizado aos profissionais de saúde dos Agrupamentos de Centros de Saúde da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco durante os meses de Março e Abril. Na análise dos resultados investigaram-se as relações entre as variáveis sociodemográficas e de padrões de consumo e os respetivos níveis de burnout. Para efetuar o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao programa *Statistical Package for Social Sciences®*, versão 23 para *Windows®*.

Resultados: Responderam ao questionário 96 profissionais, dos quais 79 (82,3%) eram do género feminino e 17 (17,7%) do género masculino. A idade média dos profissionais foi de $45,5 \pm 9,5$ anos sendo que 65 (67,7%) eram enfermeiros e 31 (32,3%) médicos. O valor médio de burnout encontrado foi de $20,4 \pm 11,4$ para a exaustão emocional, $4,2 \pm 4,6$ para a despersonalização e $37,9 \pm 7,1$ para a realização pessoal, correspondendo a níveis médios de exaustão emocional e realização pessoal e níveis baixos de despersonalização. Relativamente às variáveis da caracterização sociodemográfica, foram encontradas associações entre a despersonalização e os desejos de mudar de profissão, mudar de local de trabalho e o Agrupamento de Centros de Saúde em que exerciam funções e ainda entre a exaustão emocional e o facto de ter pensado em mudar de profissão. No burnout, observou-se a existência de associação entre as suas três dimensões chave. Verificou-se a existência de associação entre o momento do dia em que se bebia vinho e exaustão emocional e despersonalização. A altura do dia escolhida para ingerir cerveja apresenta tendência de associação com a despersonalização e a hora escolhida para consumir bebidas brancas associou-se à exaustão emocional. O instante do dia escolhido para beber café evidenciou

tendência de associação com a despersonalização. As horas de sono variam de acordo com o nível de realização pessoal.

Conclusão: Os participantes do estudo apresentam níveis de burnout baixos, associados a níveis maioritariamente baixos de exaustão emocional e despersonalização e altos de realização pessoal. Os níveis de exaustão emocional dos profissionais relacionaram-se principalmente com ter desejado mudar de centro de saúde no último mês e se bebem ou não vinho, durante ou fora das refeições. Os níveis de despersonalização relacionaram-se com ter desejado mudar de profissão, ter pensado em mudar de centro de saúde e também com se e quando bebem vinho. Adicionalmente, tal como esperado, encontrou-se associação entre as três dimensões de burnout. De salientar que a nossa amostra apresenta um tempo médio de profissão de $21,64 \pm 9,73$ anos e um tempo médio de funções no centro de saúde de $18,08 \pm 9,86$ anos. A maioria trabalha 40 horas semanais e cerca de um terço dos profissionais revela ter desejado mudar de profissão ou local de trabalho no último mês.

Embora no geral os resultados não sejam alarmantes, são ainda assim preocupantes dada a natureza insidiosa da síndrome, pois dificulta a sua identificação quer pelo próprio quer pelos pares. Urge que as instituições de saúde tomem medidas de prevenção e proteção dos seus profissionais e que, enquanto sociedade e profissionais de saúde, saibamos reconhecer e tratar os indivíduos que da síndrome sofrem. Apenas assim poderemos garantir o bem-estar do sujeito naquele que é o ambiente onde passa grande parte do seu tempo. Exige-se cuidar de quem cuida.

Palavras-chave

Burnout, Enfermeiros, Médicos, *Maslach Burnout Inventory*, Estilos de vida.

Abstract

Introduction: The burnout syndrome, recognized as a diagnostic entity by the World Health Organization, is defined by Maslach in three key dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment. While the first two are positively correlated with the syndrome, the latter has an inverse relationship.

The search for full understanding of burnout syndrome thickens up as increasing negative effects are found in health not only psychological but biological. The strong association between the syndrome and professions requiring people contacts poses a special risk for health professionals. This study aims to assess the levels of burnout in nurses and doctors in health centers of the Local Health Unit of Castelo Branco, trying to associate them with sociodemographic determinants and lifestyle patterns.

Materials and Methods: It is an observational, descriptive and correlational cross-sectional study. The questionnaire, composed of three parts: sociodemographic characteristics, burnout inventory and habits and lifestyles, was made available to health professionals in health centers of the Local Health Unit of Castelo Branco during the months of March and April. In the analysis of the results, the relationship between sociodemographic variables and consumption patterns and the respective levels of burnout was investigated. For processing the data, Statistical Package for Social Sciences® was used, version 23 for Windows®.

Results: The questionnaire was answered by 96 professionals, of which 79 (82,3%) were female and 17 (17,7%) male. The average age of professionals was $45,5 \pm 9,5$ years and 65 (67,7%) were nurses and 31 (32,3%) physicians. The average value of burnout was $20,4 \pm 11,4$ for emotional exhaustion, $4,2 \pm 4,6$ for depersonalization and $37,9 \pm 7,1$ for personal accomplishment, corresponding to average levels of emotional exhaustion and low levels of personal accomplishment and depersonalization. For the sociodemographic variables, associations were found between depersonalization and the desire to change profession or to change workplace and the health centers groups in which the professionals worked and also between emotional exhaustion and the fact that they thought of change profession. In burnout, there was a possible association between its three key dimensions. There was an association between the time of day they drank wine and emotional exhaustion and depersonalization. The time of day chosen to drink beer presents an association trend with depersonalization and the time chosen to consume hard alcohol was associated with emotional exhaustion. The time of day chosen to drink coffee showed association tendency with depersonalization. Sleeping hours vary according to the level of personal accomplishment.

Conclusion: Study participants showed low levels of burnout, mostly associated with low levels of emotional exhaustion and depersonalization and high personal achievement. The emotional exhaustion levels related mainly to have wanted to change health center last month and drink wine or not, during or between meals. The depersonalization levels were related to have wanted to change profession, to have thought about changing health center and also if and when they drink wine. In addition, as expected, it was found association between the three dimensions of burnout. It's important to notice that our sample has an average time of occupation of $21,64 \pm 9,73$ years and an average time of functions in the health center of $18,08 \pm 9,86$ years. Most worked 40 hours a week and about one-third of the professionals revealed the desire of change profession or workplace in the last month.

While the overall results are not alarming, they are still worrying given the insidious nature of the syndrome, hard to identify by the professional and by peers. It is urgent that health institutions engage in preventive measures and protection of its employees and that, as a society and health professionals, we can recognize and treat individuals who suffer from the syndrome. Only then we can ensure the subject's well-being in the environment where he spends much of his time. Requires provide caring for the care providers.

Keywords

Burnout, Nurse, Physycian, *Maslach Burnout Inventory*, Life style.

Índice

Dedicatória	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract	vi
Índice	viii
Lista de Tabelas	ix
Lista de Acrónimos	xi
1 Introdução	1
2 Metodologia	3
2.1 Tipo de estudo	3
2.2 Amostra	3
2.3 Método de recolha de dados e questionário	3
2.4 Análise estatística	4
3 Resultados	6
3.1 Dados sociodemográficos e profissionais	6
3.2 Caracterização das dimensões de burnout	7
3.3 Caracterização de hábitos e estilos de vida	8
3.4 Relação entre os dados sociodemográficos e profissionais e o burnout	10
3.5 Relação entre as dimensões de burnout	14
3.6 Relação entre os hábitos e estilos de vida e o burnout	14
4 Discussão	16
5 Limitações	19
6 Considerações finais	20
Bibliografia	21
Anexos	25
Anexo 1 - Autorização da ULS de Castelo Branco	26
Anexo 2 - Questionário	27
Anexo 3 - Consentimento livre e informado	31
Anexo 4 - Parecer da Comissão de Ética da FCS-UBI	32
Anexo 5 - Verificação dos pressupostos para utilização da estatística paramétrica	34
Anexo 6 - Alguns resultados	35

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição por género e categoria profissional.	6
Tabela 2 - Distribuição por idade e por tempos de profissão e de serviço.	6
Tabela 3 - Distribuição por estado civil, nacionalidade, local de trabalho, carga horária semanal e desejo de mudar de profissão ou de local de trabalho.	7
Tabela 4 - Resultado global do MBI e média da amostra.	8
Tabela 5 - Distribuição de cada uma das dimensões do MBI.	8
Tabela 6 - Distribuição dos participantes de acordo com o número de cigarros diários.	8
Tabela 7 - Distribuição por consumo diário de bebidas.	9
Tabela 8 - Distribuição dos participantes relativamente à automedicação diária.	9
Tabela 9 - Distribuição por número de horas e alterações de sono.	10
Tabela 10 - Distribuição dos participantes de acordo com a prática de exercício.	10
Tabela 11 - Resultados dos níveis de burnout por género.	10
Tabela 12 - Resultados dos níveis de burnout de acordo com a idade, tempo de profissão e tempo de serviço no centro de saúde.	11
Tabela 13 - Resultados dos níveis de burnout por estado civil.	11
Tabela 14 - Resultados dos níveis de burnout por categoria profissional.	12
Tabela 15 - Resultados dos níveis de burnout por local de trabalho e carga horaria semanal.	13
Tabela 16 - Resultados dos níveis de burnout pelo desejo de mudar de profissão ou local de trabalho.	14
Tabela 17 - Relação entre as várias dimensões de burnout.	14
Tabela 18 - Relação entre os níveis de burnout e o momento de consumo de bebidas alcoólicas e café (durante ou fora das refeições).	15

Tabela A1- Teste à normalidade e igualdade de variâncias das variáveis idade, anos de profissão e anos a exercer no local de trabalho à altura do inquérito tendo em conta os diferentes níveis de burnout.	34
Tabela A2 - Resultados da relação entre os níveis de burnout.	35
Tabela A3 - Resultados dos níveis de burnout de acordo com o momento de consumo de bebidas alcoólicas e café.	36
Tabela A4 - Relação entre os níveis de burnout e horas dormidas e alterações do sono.	37
Tabela A5 - Resultados dos níveis de burnout de acordo com o consumo tabágico.	37
Tabela A6 - Resultados dos níveis de burnout de acordo com a automedicação.	38
Tabela A7 - Resultados dos níveis de burnout de acordo com a prática de exercício físico.	39

Lista de Acrónimos

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
BIS	Beira Interior Sul
Cit.	Citado
D	Despersonalização
DP	Desvio-padrão
EE	Exaustão emocional
FCS	Faculdade de Ciências da Saúde
HbA1c	Hemoglobina glicada A1c
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
PCR	Proteína C Reativa
PIS	Pinhal Interior Sul
RP	Realização pessoal
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TNF- α	Fator de Necrose Tumoral Alfa
UBI	Universidade da Beira Interior
ULS	Unidade Local de Saúde

1 Introdução

Freudenberger descreveu, em 1980, a síndrome de burnout como *estado de fadiga ou frustração, causada por devoção a uma causa, modo de vida ou relacionamento, que falhou na produção da recompensa esperada e que origina alterações emocionais que comportam sentimentos de vazio e de fracasso pessoal ou incapacidade para o trabalho.*(1) Até à contemporaneidade percorreu-se o longo caminho que conduziu ao seu reconhecimento pela Organização Mundial de Saúde como uma entidade de diagnóstico na *International Classification of Disease 10.*(2)

A síndrome de burnout é entendida e interpretada enquanto consequência do trabalho.(3,4) Surge como resposta inadequada a situações prolongadas de stress emocional no trabalho, entendidas pelo indivíduo como assoberbantes, sentindo este não ter as capacidades necessárias para lidar com as exigências das mesmas.(3,5)

Atualmente, o ser humano despende cerca de 8 horas diárias em atividades profissionais, procurando deste modo contribuir para o desenvolvimento e bem-estar do próprio, sua família e sociedade.(6,7) O consumo de tempo em trabalho representa um terço do dia.(7) Adicionalmente, o impacto não se fica pelo horário laboral, visto que cada vez mais se “leva o trabalho para casa” sendo difícil dissociar o profissional do pessoal, principalmente quando se discutem trabalhos envolvendo relações interpessoais com clientes vulneráveis como acontece nos profissionais que prestam cuidados de assistência.(8) Não é de estranhar que se estime que 40% da população sofra consequências do stress relacionado ao trabalho, até porque o mesmo pode causar sintomas físicos, psicológicos e comportamentais.(9,10)

Segundo o dicionário da Língua Portuguesa, stress define-se como um conjunto de perturbações psíquicas e fisiológicas, provocadas por agentes diversos, que prejudicam ou impedem a realização normal do trabalho.(11) Na década de 70, Selye sugeriu que existissem duas entidades distintas: eustress e *distress*.(12-14) O segundo é responsável pelo surgimento de doenças, podendo conduzir à destruição e morte prematura. O primeiro, ao contrário do que muitas vezes se entende ainda hoje, não deve ser considerado automaticamente nocivo e muito menos sinónimo obrigatório de mal-estar. Origina-se, assim, um paradoxo entre o que nos permite não só sobreviver mas principalmente viver uma vida excitante e estimulante (eustress) e o que nos impede de viver de todo, suplantando as capacidades de reação do indivíduo, podendo levar à temida síndrome de burnout (*distress*).

A síndrome de burnout, como descrita anteriormente, pode apresenta-se através de uma pluralidade de sintomas, muitos dos quais serão incapacitantes para quem dela sofre. Cefaleias recorrentes, sintomas gastrointestinais, perturbações do sono, ansiedade, tiques nervosos, abuso de tóxicos e aumento dos riscos cardiovascular e de Diabetes Mellitus tipo 2

são apenas a ponta do iceberg.(15-22) Adicionalmente, a síndrome tem repercussões fisiológicas e clínicas para além do que o doente sente. Estudos demonstraram aumento dos níveis do fator de necrose tumoral alfa (TNF- α), da hemoglobina glicada (HbA1c) em mulheres com elevados níveis de burnout,(23) bem como da proteína C reativa (PCR) e do fibrinogénio, ambos marcadores de micro-inflamação.(19)

Em resultados de estudos publicados, enfermeiros e médicos ingressavam o topo da lista de profissões mais propensas a desenvolver a síndrome de burnout, juntamente com professores, controladores de tráfego aéreo, profissionais ligados aos serviços de emergência e polícias.(24) Um estudo comparativo norte-americano demonstrou que os clínicos gerais são dos médicos que apresentam níveis de burnout mais elevados e maior aumento em pontos percentuais na sua prevalência entre 2011 e 2014.(25)

O objetivo principal deste estudo é caracterizar os níveis de burnout dos enfermeiros e médicos que trabalham nos centros de saúde pertencentes à Unidade Local de Saúde (ULS) de Castelo Branco, procurando relacioná-los com as características sociodemográficas e com os padrões de consumo de substância psicoativas, bem como com os perfis de sono e a prática de exercício físico.

Optou-se pela utilização do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) como instrumento de recolha de dados. Maslach(10,26) caracterizou a síndrome de burnout através de três dimensões chave. A exaustão emocional exprime-se pela sobrecarga física e emocional do indivíduo, sentindo que já pouco ou nada tem para dar. A despersonalização reflete-se na alienação e indiferença perante os que o rodeiam sejam estes superiores, colegas ou doentes. A realização pessoal, sendo desejável para o bem-estar do indivíduo, encontra-se diminuída em trabalhadores com burnout, revelando-se em sentimentos de ineficácia, falta de autoconfiança e de confiança nos outros.

Considerando o acima exposto, este estudo procurará responder às seguintes questões:

1. Qual a percentagem de profissionais de saúde com níveis altos de burnout?
2. Existe relação entre as características sociodemográficas e os níveis de burnout?
3. Existe relação entre as várias dimensões de burnout?
4. Existe relação entre o consumo de substâncias aditivas e os níveis de burnout?
5. Existe relação entre as horas e alterações do sono e os níveis de burnout?
6. Existe relação entre a prática de atividade física e os níveis de burnout?

2 Metodologia

2.1 Tipo de estudo

Este estudo é do género observacional tipo transversal, descritivo e correlacional. Os dados foram recolhidos em momento único, não existindo seguimento dos casos.

2.2 Amostra

A população do presente estudo é constituída por 184 profissionais de saúde a exercer funções nos centros de saúde pertencentes à ULS de Castelo Branco, composta por 73 médicos e 111 enfermeiros. Do total dos profissionais, 96 responderam aos questionários, obtendo-se uma taxa de resposta de cerca de 52%. Estes 96 casos, com uma média de idade de 45,48 ($\pm 9,45$) dos quais 82,3% são mulheres, constituem a amostra deste estudo, sendo 65 (67,7%) enfermeiros, com uma média de idade de 43,2 ($\pm 0,95$) dos quais 93,8% são mulheres, e 31 (32,3%) médicos, com uma média de idade de 50,2 ($\pm 2,10$) dos quais 58,1% são mulheres.

2.3 Método de recolha de dados e questionário

Para a recolha de dados contactou-se o Conselho de Administração da ULS de Castelo Branco, da qual se obteve autorização para efetuar o estudo (Anexo 1). Os questionários foram aplicados entre os meses de Março e Abril do ano 2016 e para a aplicação dos mesmos procedeu-se à entrega dos mesmos aos responsáveis de cada centro de saúde, recolhendo-os cerca de 2 semanas após a entrega.

O questionário (Anexo 2), juntamente com o documento de consentimento livre e informado (Anexo 3), foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) da Universidade da Beira Interior (UBI) (Anexo 4).

O questionário caracteriza-se por ser de autorresposta, anónimo e confidencial, sendo constituído por três partes. A primeira parte, elaborada pela autora do estudo, intitula-se “Caracterização sociodemográfica” e contempla as variáveis quantitativas idade, tempo de profissão e tempo de serviço no centro de saúde e as variáveis qualitativas género, estado civil, nacionalidade, categoria profissional, centro de saúde, carga horária semanal e desejo de mudar de profissão ou local de trabalho durante o último mês.

A segunda parte, denominada “Inventário de Burnout”, é composta pela versão portuguesa para investigação do *Maslach Burnout Inventory* constituído por 22 afirmações para responder de acordo com a frequência de sentimentos e atitudes profissionais através de uma escala de resposta que varia de 0 (nunca) a 6 (todos os dias). (27)

Relativamente às dimensões de burnout (ver Anexo 2), a exaustão emocional é avaliada por 9 questões (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20) e consideram-se níveis baixos quando a soma é inferior a 17, médios quando se encontra entre 17 e 26 e altos se superior ou igual a 27, podendo atingir o máximo de 55. A despersonalização é avaliada por 5 questões (5, 10, 11, 15 e 22), considerando-se níveis baixos quando a soma é inferior a 7, médios se estiver entre 7 e 12 e altos quando superior ou igual a 13, podendo no máximo atingir o valor 30. A realização pessoal avalia-se por 8 perguntas (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21) e obtêm-se níveis baixos quando a soma é inferior a 32, níveis médios quando está entre 32 e 38 e níveis elevados se a soma for superior ou igual a 39, somando no máximo 48. De ressaltar que quanto maior a pontuação obtida maior o nível de burnout, excetuando a realização pessoal que possui relação inversa com a síndrome.

A terceira e última parte do questionário, adaptada de J. Pacheco, denomina-se “Hábitos e estilos de vida”.(28) Em primeiro lugar, interroga o número de cigarros fumados por dia, procurando uma resposta quantitativa. Posteriormente, esta variável foi categorizada em quatro níveis: não fumadores, menos de 10 cigarros por dia, entre 10 e 19 cigarros diários e mais de 20 cigarros diários. Seguidamente, em relação às bebidas, questiona os participantes acerca de quando (durante ou fora das refeições) e que quantidade de vinho, cerveja, bebidas brancas e café consomem. Em terceiro lugar questiona a quantidade diária de ansiolíticos, analgésicos e anti-inflamatórios tomados enquanto automedicação e, posteriormente, acerca da quantidade (menos de 6 horas, entre 6 e 8 horas, mais de 8) e alterações do sono (dificuldade em adormecer, despertar intermitente e acordar muito cedo). Por fim, inquire acerca da prática semanal de exercício físico (ocasional, 1 hora, 2 horas, 2,5 horas ou mais).

2.4 Análise estatística

Após a recolha dos questionários foi construída uma base de dados, usando o programa SPSS® versão 23 para Windows®, para realização do tratamento estatístico.

Com a finalidade de descrever e sintetizar os dados, foi inicialmente feita uma análise descritiva dos mesmos. Para as variáveis qualitativas apresentou-se a frequência absoluta e a frequência relativa (em percentagem) e para as variáveis quantitativas as médias \pm desvios-padrão.

Adicionalmente, para avaliar a relação entre variáveis, recorreu-se a alguns métodos da inferência estatística, nomeadamente ao teste do qui-quadrado ou, alternativamente, ao teste exato de *Fisher* sempre que a tabela de contingência apresentou mais de 20% das células com frequência esperada inferior a 5.

De forma a quantificar o grau de associação entre duas variáveis qualitativas, recorreu-se ao coeficiente de associação V de *Cramer*, cuja classificação foi baseada no seguinte critério(29):

$V \leq 0,1$ - associação fraca;

$0,1 < V \leq 0,3$ - associação moderada;

$V > 0,3$ - associação forte.

Objetivando comparar as medidas de localização para os diferentes níveis de burnout utilizou-se a ANOVA, quando se verificaram os pressupostos de normalidade e de homogeneidade das variâncias, ou o teste de *Kruskal-Wallis*, sempre que estes pressupostos não se verificaram. O pressuposto da normalidade foi verificado através do teste de *Kolgomorov-Smirnov*, para as variáveis com $n \geq 30$, e do teste de *Shapiro-Wilk*, quando $n < 30$. O teste de *Levene* foi utilizado para verificar a homogeneidade das variâncias.(30)

3 Resultados

3.1 Dados sociodemográficos e profissionais

A amostra em estudo é constituída por 96 profissionais de saúde. Dos participantes, 82,3% (n=79) eram do sexo feminino e apenas 17,7% (n=17) do sexo masculino, com maior representatividade de enfermeiros (67,7%; n=65) face aos médicos (32,3%; n=31), como demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição por género e categoria profissional.

Género	Feminino	79 (82,3)
	Masculino	17 (17,7)
Categoria profissional	Enfermeiro	65 (67,7)
	Médico	31 (32,3)

Neste estudo, observou-se uma média de idades de 45,48 ($\pm 9,45$) anos. No que concerne ao tempo de profissão e ao de serviço no centro de saúde onde trabalhavam, verificaram-se médias de 21,64 ($\pm 9,73$) e 18,08 ($\pm 9,86$) anos, respetivamente.

Tabela 2 - Distribuição por idade e por tempos de profissão e de serviço.

	Mínimo	Máximo	Média \pm DP
Idade	27	67	45,48 \pm 9,45
Tempo de profissão	1	46	21,64 \pm 9,73
Tempo de serviço	0	39	18,08 \pm 9,86

Quanto ao estado civil, a maioria dos profissionais eram casados ou viviam em união de facto (76,0%, n=73). Os restantes eram solteiros, divorciados ou viúvos.

A maioria dos profissionais eram de nacionalidade portuguesa, sendo que apenas 2 dos participantes eram de nacionalidade espanhola, não havendo representação de mais nenhuma nacionalidade.

Os centros de saúde da ULS de Castelo Branco estão organizados em dois agrupamentos (ACES): Beira Interior Sul (BIS) e Pinhal Interior Sul (PIS). Neste estudo obtiveram-se respostas aos inquéritos em oito dos nove centros de saúde incluídos no projeto, como se pode observar na Tabela 3. A maior parte dos participantes cumpria um horário semanal de 40 horas (63,5%, n=61), havendo ainda uma percentagem considerável que trabalhava mais de 40 horas (19,8%, n=19).

Relativamente a mudanças profissionais, cerca de um terço dos participantes afirmou ter desejado mudar de profissão ou de local de trabalho no mês anterior.

Tabela 3 - Distribuição por estado civil, nacionalidade, local de trabalho, carga horária semanal e desejo de mudar de profissão ou de local de trabalho.

Estado civil	Solteiro	14 (14,6)	
	Casado/União de Facto	73 (76,0)	
	Divorciado	8 (8,3)	
	Viúvo	1 (1,0)	
Nacionalidade	Portuguesa	94 (97,9)	
	Espanhola	2 (2,1)	
Local de trabalho	Idanha-a-Nova	12 (12,5)	
	Penamacor	6 (6,3)	
	São Miguel	21 (21,9)	BIS
	São Tiago	21 (21,9)	66 (68,8)
	Vila Velha de Ródão	6 (6,3)	
	Oleiros	13 (13,5)	
	Proença-a-Nova	10 (10,4)	PIS
	Vila de Rei	7 (7,3)	30 (31,3)
	Sertã	0 (0,0)	
	Carga horária semanal	<35 horas	2 (2,1)
35 horas		14 (14,6)	
40 horas		61 (63,5)	
>40 horas		19 (19,8)	
Mudar de profissão	Não	64 (66,7)	
	Sim	32 (33,3)	
Mudar de local de trabalho	Não	65 (67,7)	
	Sim	31 (32,3)	

3.2 Caracterização das dimensões de burnout

Da aplicação do *Maslach Burnout Inventory* obteve-se uma média de 20,44 ($\pm 11,43$) na exaustão emocional, de 4,23 ($\pm 4,64$) na despersonalização e de 37,89 ($\pm 7,12$) na realização pessoal. Os valores encontrados correspondem a níveis médios de exaustão emocional, baixos de despersonalização e médios de realização pessoal.

Tabela 4 - Resultado global do MBI e média da amostra.

	Dimensão	Mínimo	Máximo	Média ±DP
<i>MBI</i>	Exaustão emocional	1	45	20,44 ±11,43
	Despersonalização	0	22	4,23 ±4,64
	Realização pessoal	16	48	37,90 ±7,12

Pela análise da Tabela 5, podemos observar que, da amostra em estudo, 29,2% apresentavam elevados níveis de exaustão emocional, 7,3% níveis elevados de despersonalização e 14,6% níveis baixos de realização pessoal, estando estas categorias associadas a níveis mais altos de burnout.

Tabela 5 - Distribuição de cada uma das dimensões do MBI.

	Baixo	Médio	Alto
Exaustão emocional	40 (41,7)	28 (29,2)	28 (29,2)
Despersonalização	77 (80,2)	12 (12,5)	7 (7,3)
Realização pessoal	14 (14,6)	38 (39,6)	44 (45,8)

3.3 Caracterização de hábitos e estilos de vida

Conforme mostra a Tabela 6, 75 (78,1%) dos 96 participantes não fumavam, 9,4% fumavam menos de 10 cigarros por dia, 10,4% fumavam entre 10 e 19 e apenas 2,1% fumavam 20 ou mais cigarros diários.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes de acordo com o número de cigarros diários.

Não fumador	75 (78,1)
< 10 cigarros	9 (9,4)
Entre 10 e 19 cigarros	10 (10,4)
≥ 20 cigarros	2 (2,1)

Na Tabela 7 podem observar-se os resultados relativamente ao consumo diário de bebidas alcoólicas e café.

Observando o consumo de vinho, a grande maioria (66,7%, n=64) não bebia e os que bebiam faziam-no maioritariamente durante as refeições (29,2%) e tomavam menos de um copo de 1dL (25,0%).

Relativamente à cerveja pode observar-se que a maioria (76,0%, n=73) dos profissionais não bebia e, dos que bebiam, faziam-no principalmente fora da refeição (16,7%) e consumiam diariamente menos de um copo de imperial de 2dL (22,9%).

No que se refere ao consumo de bebidas brancas, a maioria da amostra (92,7%, n=89) não as consumia, sendo que fora da refeição era a altura preferida para aqueles que bebiam. Relativamente à quantidade, a predileção é por beber menos de um cálice de 0,5dL quotidianos.

Uma minoria dos participantes (16,7% n=16) afirmava não beber café, enquanto metade bebia às refeições e aproximadamente um terço fora das refeições. Quantitativamente 45,8% dos profissionais bebiam 1 a 2 cafés por dia, como se observa na tabela seguinte.

Tabela 7 - Distribuição por consumo diário de bebidas.

	Consumo			Quantidade			
	Inexistente	Refeições	Fora	< 1 dL	1-2 dL	3-4 dL	> 4 dL
Vinho	64 (66,7)	28 (29,2)	4 (4,2)	24 (25,0)	6 (6,3)	1 (1,0)	1 (1,0)
Cerveja	73 (76,0)	7 (7,3)	16 (16,7)	< 2 dL 22 (22,9)	2-4 dL 0 (0,0)	5-6 dL 1 (1,0)	> 6 dL 0 (0,0)
Bebidas brancas	89 (92,7)	1 (1,0)	6 (6,3)	< 0,5 dL 5 (5,2)	0,5-1 dL 1 (1,0)	2-3 dL 1 (1,0)	> 3 dL 0 (0,0)
Café	16 (16,7)	48 (50,0)	32 (33,3)	< 1 4 (4,2)	1-2 44 (45,8)	3-4 28 (29,2)	> 4 4 (4,2)

Ao analisar a automedicação dos profissionais (Tabela 8) observa-se que a maioria (71,9%, n=69) não utilizava ansiolíticos e os que os utilizavam faziam-no maioritariamente de forma ocasional (20,8%, n=20).

Relativamente a analgésicos, verificou-se que 72,9% (n=70) dos participantes tomava-os de forma ocasional e 25% (n=24) não os tomava como forma de automedicação.

Quanto à classe dos anti-inflamatórios, os resultados são muito semelhantes aos dos analgésicos: 74,0% (n=71) consumia-os ocasionalmente enquanto 25,0% (n=24) não os tomava de todo enquanto automedicação.

Tabela 8 - Distribuição dos participantes relativamente à automedicação diária.

	Não consome	1	2	3 ou mais	Ocasional
Ansiolíticos	69 (71,9)	5 (5,2)	2 (2,1)	0 (0,0)	20 (20,8)
Analgésicos	24 (25,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	1 (1,0)	70 (72,9)
Anti-inflamatórios	24 (25,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	71 (74,0)

Examinando os hábitos de sono dos participantes, a maioria (77,1%) dormia entre 6 a 8 horas, 15,6% menos de 6 horas e os restantes 7,3% dormiam diariamente mais de 8 horas. Adicionalmente, enquanto 25,0% dos participantes negaram qualquer tipo de alteração do sono, 35,4% afirmou despertar intermitentemente durante o sono, 21,9% referiu dificuldades em adormecer e 17,7% declarou acordar muito cedo (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição por número de horas e alterações de sono.

Horas de sono	Menos de 6	15 (15,6)
	Entre 6 e 8	74 (77,1)
	Mais de 8	7 (7,3)
Alterações do sono	Sem alterações	24 (25,0)
	Dificuldade em adormecer	21 (21,9)
	Despertar intermitente	34 (35,4)
	Acordar muito cedo	17 (17,7)

Ao analisar a variável exercício físico, a maioria dos profissionais (43,8%) praticava-o apenas ocasionalmente, enquanto 30,2% dos participantes não o praticavam de todo, conforme se observa na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição dos participantes de acordo com a prática de exercício.

Não pratica	29 (30,2)
Ocasionalmente	42 (43,8)
1 hora por semana	5 (5,2)
2 horas por semana	12 (12,5)
2,5 horas ou mais por semana	8 (8,3)

3.4 Relação entre os dados sociodemográficos e profissionais e os níveis de burnout

Analisando a Tabela 11, conclui-se que não existe relação entre os diferentes níveis de burnout e o género ($p>0,05$).

Tabela 11 - Resultados dos níveis de burnout por género.

		Baixo	Médio	Alto	<i>p-value</i>
EE	Feminino	32 (40,4)	24 (30,4)	23 (29,1)	0,942*
	Masculino	8 (47,1)	4 (23,5)	5 (29,4)	
D	Feminino	64 (81,0)	9 (11,4)	6 (7,6)	0,780*
	Masculino	13 (76,5)	3 (17,6)	1 (5,9)	
RP	Feminino	10 (12,7)	33 (41,8)	36 (45,6)	0,416**
	Masculino	4 (23,5)	5 (29,4)	8 (47,1)	

*Teste exato de Fisher; **Teste do qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 12 são apresentados os resultados da relação entre as dimensões de burnout e as variáveis quantitativas idade, tempo de profissão e tempo de serviço no centro de saúde. A verificação dos pressupostos para a utilização da ANOVA são apresentados na Tabela A1, Anexo 5. Como pode ser observado não se verificam variações significativas dos níveis médios de cada uma das dimensões para estas variáveis ($p>0,05$).

Tabela 12 - Resultados dos níveis de burnout de acordo com a idade, tempo de profissão e tempo de serviço no centro de saúde.

		Média \pm DP			p-value
		Baixo	Médio	Alto	
Idade	Exaustão emocional	45,93 \pm 1,69	45,11 \pm 1,59	45,21 \pm 1,81	0,930*
	Despersonalização	45,66 \pm 1,05	44,67 \pm 3,28	44,86 \pm 4,74	0,933*
	Realização pessoal	45,64 \pm 2,87	42,74 \pm 1,47	47,80 \pm 1,41	0,724**
Anos de profissão	Exaustão emocional	21,68 \pm 1,62	22,11 \pm 1,83	21,11 \pm 1,76	0,930*
	Despersonalização	22,03 \pm 1,10	19,08 \pm 2,79	21,71 \pm 4,27	0,627*
	Realização pessoal	21,71 \pm 2,99	19,29 \pm 1,46	23,64 \pm 1,45	0,131*
Anos no centro de saúde	Exaustão emocional	18,75 \pm 1,45	17,64 \pm 1,91	17,57 \pm 2,05	0,857*
	Despersonalização	18,64 \pm 1,06	14,25 \pm 3,31	18,57 \pm 4,99	0,358*
	Realização pessoal	16,71 \pm 3,42	16,39 \pm 1,58	19,98 \pm 1,32	0,154**

*ANOVA; **Teste de *Kruskal-Wallis*.

Pela análise da Tabela 13, verifica-se não existir relação estatisticamente significativa entre o estado civil dos participantes e os seus níveis de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal ($p>0,05$).

Tabela 13 - Resultados dos níveis de burnout por estado civil.

		Baixo	Médio	Alto	p-value
EE	Casado/União de facto	32 (43,8)	21 (28,8)	20 (27,4)	0,754**
	Solteiro, Divorciado, Viúvo	8 (34,8)	7 (30,4)	8 (34,8)	
D	Casado/União de facto	61 (83,6)	8 (11,0)	4 (5,5)	0,234*
	Solteiro, Divorciado, Viúvo	16 (69,6)	4 (17,4)	3 (13,0)	
RP	Casado/União de facto	12 (16,4)	26 (35,6)	35 (47,9)	0,352**
	Solteiro, Divorciado, Viúvo	2 (8,7)	12 (52,2)	9 (39,1)	

*Teste exato de *Fisher*; **Teste do qui-quadrado de *Pearson*.

Relativamente à categoria profissional, não se verificam diferenças significativas entre os níveis de burnout nos enfermeiros e nos médicos, como se pode ver pela Tabela 14 ($p>0,05$).

Tabela 14 - Resultados dos níveis de burnout por categoria profissional.

		Baixo	Médio	Alto	<i>p-value</i>
EE	Enfermeiro	28 (43,1)	18 (27,7)	19 (29,2)	0,961**
	Médico	12 (38,7)	10 (32,3)	9 (29,0)	
D	Enfermeiro	55 (84,6)	6 (9,2)	4 (6,2)	0,248*
	Médico	22 (71,0)	6 (19,4)	3 (9,7)	
RP	Enfermeiro	7 (10,8)	28 (43,1)	30 (46,2)	0,281**
	Médico	7 (22,6)	10 (32,3)	14 (45,2)	

*Teste exato de Fisher; **Teste do qui-quadrado de Pearson.

Examinando a tabela seguinte, conclui-se haver uma tendência para a existência de relação entre despersonalização e o agrupamento de centros de saúde onde os profissionais exercem funções ($p=0,072 < 0,1$) com associação moderada ($V=0,232$). As dimensões de exaustão emocional e realização pessoal não demonstraram relação com os locais de trabalho ($p>0,05$).

Adicionalmente salienta-se uma maior frequência de elevados níveis de despersonalização no centro de saúde de Proença-a-Nova (30,0%) e, embora não se tenha encontrado relação com as restantes dimensões, torna-se óbvia uma maior prevalência de indivíduos com exaustão emocional elevada em Proença-a-Nova (50,0%) e Vila Velha de Ródão (66,7%).

Analisando a relação dos níveis de burnout com a carga horária semanal não foram encontradas relações estatisticamente significativas ($p>0,05$).

Tabela 15 - Resultados dos níveis de burnout por local de trabalho e carga horária semanal.

		Baixo	Médio	Alto	<i>p-value</i>	V de <i>Cramer</i> <i>/p-value</i>
EE	BIS	24 (36,4)	21 (31,8)	21 (31,8)	0,337**	0,232/0,080
	PIS	16 (53,3)	7 (23,3)	7 (23,3)		
D	BIS	52 (78,8)	11 (16,7)	3 (4,5)	0,072*#	
	PIS	25 (83,3)	1 (3,3)	4 (13,3)		
RP	BIS	8 (12,1)	27 (40,9)	31 (47,0)	0,603**	
	PIS	6 (20,0)	11 (36,7)	13 (43,3)		
EE	<35 horas	2 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,857	
	35 horas	6 (42,9)	4 (28,6)	4 (28,6)		
	40 horas	23 (37,7)	18 (29,5)	20 (32,8)		
	>40 horas	9 (47,4)	6 (31,6)	4 (21,1)		
D	<35 horas	2 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,749	
	35 horas	11 (78,6)	1 (7,1)	2 (14,3)		
	40 horas	50 (82,0)	8 (13,1)	3 (4,9)		
	>40 horas	14 (73,7)	3 (15,8)	2 (10,5)		
RP	<35 horas	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	0,866	
	35 horas	2 (14,3)	5 (35,7)	7 (50,0)		
	40 horas	9 (14,8)	27 (44,3)	25 (41,0)		
	>40 horas	3 (15,8)	5 (26,3)	11 (57,9)		

*Teste exato de Fisher; **Teste do qui-quadrado de Pearson; # $p < 0,1$.

Considerando o desejo de mudança profissional por parte dos participantes, obteve-se uma relação estatisticamente significativa entre este variável e os níveis da dimensão de despersonalização ($p=0,023$), verificando-se uma associação moderada entre as variáveis ($V=0,277$). Parece ainda haver tendência para a existência de uma relação entre o nível de exaustão emocional e o facto de ter pensado mudar de profissão ($p=0,058 < 0,1$), com associação moderada ($V=0,242$).

No que concerne ao desejo de mudar de local de trabalho, concluiu-se existir uma relação significativa com as dimensões de exaustão emocional ($p=0,001$) e de despersonalização ($p=0,020$), com associação forte ($V=0,396$) e moderada ($V=0,289$), respetivamente.

Pormenorizando a análise da Tabela 16, considera-se ser importante salientar que dos profissionais que afirmaram o desejo de mudar de local de trabalho no último mês, 54,8% apresentavam-se com níveis elevados de exaustão emocional, distribuindo-se os restantes em igual percentagem (22,6%) pelos níveis médios e baixos.

Tabela 16 - Resultados dos níveis de burnout pelo desejo de mudar de profissão ou local de trabalho.

Mudar de profissão		Baixo	Médio	Alto	<i>p-value</i>	V de <i>Cramer</i> / <i>p-value</i>
EE	Não	31 (48,4)	19 (29,7)	14 (21,9)	0,058**#	0,242/0,058
	Sim	9 (28,1)	9 (28,1)	14 (43,8)		
D	Não	56 (87,5)	6 (9,4)	2 (3,1)	0,023***	0,277/0,023
	Sim	21 (65,6)	6 (18,8)	5 (15,6)		
RP	Não	8 (12,5)	23 (35,9)	33 (51,6)	0,297**	
	Sim	6 (18,8)	15 (46,9)	11 (34,4)		
Mudar de CS						
EE	Não	33 (50,8)	21 (32,3)	11 (16,9)	0,001***#	0,396/0,001
	Sim	7 (22,6)	7 (22,6)	17 (54,8)		
D	Não	57 (87,7)	6 (9,2)	2 (3,1)	0,020***	0,289/0,017
	Sim	20 (64,5)	6 (19,4)	5 (16,1)		
RP	Não	11 (16,9)	22 (33,8)	32 (49,2)	0,221**	
	Sim	3 (9,7)	16 (51,6)	12(38,7)		

*Teste exato de Fisher; **Teste do qui-quadrado de Pearson; # $p < 0,1$; ## $p < 0,05$.

3.5 Relação entre as dimensões de burnout

Analisando a Tabela 17 (ver também Anexo 6, Tabela A2), verifica-se a existência de relação estatisticamente significativa entre as várias dimensões de burnout ($p < 0,05$). Obteve-se uma associação forte entre a exaustão emocional e a despersonalização ($V=0,391$) e associações moderadas entre a despersonalização e a realização pessoal ($V=0,263$) e entre a exaustão emocional e a realização pessoal ($V=0,263$).

Tabela 17 - Relação entre as várias dimensões de burnout.

	Realização pessoal	Despersonalização
Exaustão emocional	$p=0,002^{*#}$ $V=0,285/p=0,004^{\ddagger}$	$p=0,000^{*#}$ $V=0,391/p=0,000^{\ddagger}$
Despersonalização	$p=0,004^{*#}$ $V=0,263/p=0,009^{\ddagger}$	

*Teste exato de Fisher; # $p < 0,05$; \ddagger V de Cramer/*p-value*.

3.6 Relação entre os hábitos e estilos de vida e o burnout

Pela análise da Tabela 18 (ver também Anexo 6, Tabela A3), podemos avaliar a relação entre o consumo ou não de bebidas alcoólicas e de café, durante ou fora das refeições, e os níveis de burnout.

Relativamente ao vinho, verifica-se que o momento escolhido para o seu consumo relaciona-se significativamente, sendo a associação moderada, com os níveis de exaustão emocional

($p=0,003$; $V=0,262$) e despersonalização ($p=0,042$; $V=0,219$). Tal não se verifica para a realização pessoal.

No respeitante à cerveja, parece existir alguma tendência para a existência de relação entre o momento de consumo e a despersonalização ($p=0,059 < 0,1$), obtendo-se uma associação moderada entre as variáveis. Não se encontraram diferenças significativas na relação com as restantes dimensões.

Considerando as bebidas brancas, revela-se apenas tendência para uma relação, sendo a associação moderada, entre o momento escolhido para consumo e o nível de exaustão emocional ($p=0,052 < 0,1$; $V=0,200$).

Apreciando o consumo de café observa-se a existência de tendência para relação entre o momento de consumo e a despersonalização ($p=0,071 < 0,1$), constatando-se uma associação de nível moderado ($V=0,208$). Não se verificam outras relações significativas.

Tabela 18 - Relação entre os níveis de burnout e o momento de consumo de bebidas alcoólicas e café (durante ou fora das refeições).

	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal
Vinho	$p=0,003^{*##}$ $V=0,262/p=0,008^{\ddagger}$	$p=0,042^{*##}$ $V=0,219/p=0,062^{\ddagger}$	$p=0,463^*$
Cerveja	$p=0,944^*$	$p=0,059^{*#}$ $V=0,206/p=0,079^{\ddagger}$	$p=0,707^*$
Bebidas brancas	$p=0,052^{*#}$ $V=0,200/p=0,038^{\ddagger}$	$p=0,795^*$	$p=0,276^*$
Café	$p=0,160^*$	$p=0,071^{*#}$ $V=0,208/p=0,074^{\ddagger}$	$p=0,290^*$

*Teste exato de Fisher; # $p < 0,1$; ## $p < 0,05$; $\ddagger V$ de Cramer/ p -value.

Relativamente ao sono (Anexo 6, Tabela A4), apenas existe relação estatisticamente significativa entre as horas de sono e a realização pessoal do participante ($p=0,001$). Observa-se ainda que, de entre os profissionais que dormiam menos de 6 horas diárias, a maioria apresentava níveis médios de exaustão emocional (40,0%) e baixos de despersonalização (73,3%). De entre aqueles que dormiam entre 6 e 8 horas, 40,5% apresentava exaustão emocional baixa e 82,4% despersonalização baixa, constituindo a maioria em ambas as variáveis.

Relativamente às alterações do sono, observa-se uma ausência de relação significativa com os níveis de burnout ($p > 0,05$).

As variáveis relativas ao consumo de tabaco, à automedicação e à prática de exercício físico também foram analisadas, mas não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para os diversos níveis de burnout ($p > 0,05$) (Anexo 6, Tabelas A5, A6, A7).

4 Discussão

Neste capítulo do trabalho procura-se responder às questões formuladas inicialmente, confrontando os resultados obtidos com a informação científica disponível, avaliar a utilidade dos mesmos e analisar perspectivas futuras.

1. Qual a percentagem de profissionais de saúde com níveis altos de burnout?

Dos 96 participantes no presente estudo, 29,2% apresentaram valores elevados de exaustão emocional, 7,3% altos níveis de despersonalização e 14,6% baixos índices de realização pessoal, pressupondo maiores níveis de burnout. Relativamente a outros trabalhos efetuados em Portugal, este estudo aponta para uma maior percentagem de níveis elevados das duas primeiras dimensões, indicando no entanto uma taxa inferior de profissionais com baixa realização pessoal. (27,31) Para o último disposto, excetua-se a investigação levada a cabo por Silva e Gomes (2009) que apresenta baixa realização pessoal em apenas 1,9%. (32)

Adicionalmente, ao analisar o panorama global, a prevalência de burnout é incerta na maior parte dos países. Vários dados indicam que o acometimento seja cada vez mais elevado, licitando assim a necessidade de maior aprofundamento da temática pelas suas consequências para o indivíduo, a organização laboral e a sociedade. (33)

2. Existe relação entre as características sociodemográficas e os níveis de burnout?

Constatou-se que não existia relação entre o género e os níveis de burnout dos profissionais, o que é apoiado por alguns estudos e contrariado por outros. Maslach e Jackson afirmaram a ausência de diferença entre géneros no que concerne ao burnout, excetuando no concernente à despersonalização. (34) Tal como apoiado por outros estudos, nesta dimensão podem por vezes encontrar-se desigualdades que, contrariamente à crença, desfavorecem os indivíduos do sexo masculino. A explicação sugerida prende-se com o papel típico do género feminino perante a sociedade, enfatizando o cuidar, o acarinhar e a preocupação com o outro e o seu bem-estar. Teoricamente, estas características impedirão a mulher de tratar a outra pessoa e os seus problemas de forma impessoal e insensível. Adicionalmente, algumas pesquisas descreveram a mulher como mais vulnerável à exaustão emocional devido, entre outros, ao excesso de trabalho associado à falta de reconhecimento e às maiores responsabilidades familiares. (1,27,32)

Verificou-se a existência de uma tendência para o local onde se exercem funções influencia a despersonalização dos profissionais, sendo que se encontram maiores níveis de despersonalização no ACES Pinhal Interior Sul (13,3%). Este achado é corroborado pela constatação de que diferenças de recursos e de orçamentos aumentam a pressão profissional e pessoal sobre o indivíduo, contribuindo para maiores níveis de burnout. Adicionalmente, o

tipo de relações com os colegas e superiores e as condições e carga de trabalho são também contribuintes locais preponderantes. (31,35-37)

Apurou-se que praticamente um terço dos profissionais pensou mudar de profissão ou local de trabalho no mês anterior. Estes resultados vão de encontro a um estudo conduzido na ARSLVT, em que 34% dos profissionais de saúde encontrava-se motivado para deixar a carreira e 9% a profissão. (37) Não obstante, ter considerado mudar de profissão apresenta tendência de relação com os níveis de exaustão emocional e relação com a despersonalização, facto também atestado por outros autores. (31) Adicionalmente encontrou-se afinidade entre pretender alterar o local de trabalho e as mesmas duas dimensões atrás referidas. Estas associações podem encarar-se como uma tentativa de escape psicológico, sendo estes resultados considerados como fortes indicadores de insatisfação. (31)

3. Existe relação entre as várias dimensões de burnout?

Observou-se a existência de relação entre as várias dimensões de burnout. De facto, vários autores propuseram que a exaustão emocional surgisse como primeira resposta, sendo mais tarde precursor de uma atitude negativa e de indiferença perante o outro (despersonalização) e o próprio (realização pessoal diminuída), justificando assim a existência de relação entre as dimensões. (38,39)

4. Existe relação entre o consumo de substâncias aditivas e os níveis de burnout?

Estudos demonstram que 12 a 14% (40) dos médicos têm perturbações de adição e que 10 a 12% (41) terão pelo menos um episódio de transtorno psíquico ou aditivo, seja a tabaco, o álcool ou as drogas.

Na bibliografia disponível não se encontrou descrição de relações entre as dimensões de burnout e a altura do dia escolhida para consumo de bebidas alcoólicas e café. No entanto, verificou-se neste estudo a influência da exaustão emocional e da despersonalização na hora de consumo do vinho. Adicionalmente, o momento escolhido para consumo de cerveja relaciona-se com o nível de despersonalização, enquanto a ingestão de bebidas brancas está relacionada com o nível de exaustão emocional.

Avaliando o consumo de café, é apontada uma tendência para a relação entre a hora em que se bebe o mesmo e os níveis de despersonalização, não se reconhecendo influência das restantes dimensões.

Finalmente, embora os médicos estejam aparentemente despertados para a problemática da automedicação e a desaconselhem aos seus doentes, quando percebem disfunções emocionais neles próprios frequentemente não procuram ajuda e automedicam-se. Este contrassenso poderá advir dos medos de descredibilização, de estigmatização associados à doença psiquiátrica e da avaliação por terceiros de incompetência profissional. (37,41) Neste estudo,

não foram encontradas relações entre as dimensões de burnout e a automedicação como descritas por outros autores.(37,41)

Estas estatísticas são particularmente preocupantes se considerarmos que o aumento da prevalência de sofrimento emocional aliado ao consumo de substâncias aditivas pode ter consequências inquietantes, como o suicídio.(40,42) Hawton e colaboradores relatam que 38% das mortes prematuras em médicos advém do término voluntário da própria vida, com as mulheres a representar a maior parte, sendo a taxa de suicídio em médicas quatro vezes maior do que na população em geral e a mais elevada de todos os grupos profissionais.(43)

5. Existe relação entre as horas e alterações do sono e os níveis de burnout?

No presente estudo encontrou-se relação entre as horas de sono e o nível de realização pessoal dos profissionais. Embora não se tenham encontrado evidências de associação de burnout a alterações do sono, encontra-se descrito por vários autores o aumento na prevalência de perturbações do sono, nomeadamente insónia, em profissionais com níveis elevados de burnout.(1,27,37)

6. Existe relação entre a frequência da prática de atividade física e os níveis de burnout?

Alguns estudos sugerem que a prática de exercício físico pode diminuir o risco de desenvolver a síndrome de burnout.(44,45) Neste estudo não foram encontradas relações entre a frequência da prática de exercício físico e as dimensões de burnout, sendo que a maioria dos participantes não praticava as duas horas e meia semanais recomendadas.

5 Limitações

Este estudo possui algumas limitações que condicionam a validade e a robustez dos resultados e podem ser corrigidas numa futura replicação do mesmo.

Ainda que os participantes no estudo sejam informados do anonimato das respostas e da confidencialidade dos dados, a natureza do tema e o facto de o questionário ser de autorresposta confere alguma possibilidade de enviesamento. Além disso, considerando as afirmações do “Inventário de Burnout”, podem surgir embaraços principalmente naquelas concernentes à dimensão de despersonalização, já que será difícil para alguém que se dedica a ajudar os outros admitir que os trata de forma impessoal e indiferente.

Em segundo lugar, sendo este estudo transversal não nos permite inferir acerca da direcção da relação entre as variáveis. Assim sendo, seria de extrema importância a realização de um estudo longitudinal futuro, possibilitando uma melhor definição da síndrome e das suas relações, bem como da sua evolução no tempo.

Em terceiro lugar, a influência da síndrome de burnout no aumento do absentismo é uma relação amplamente estudada. Tendo este facto em consideração, aquando da aplicação dos questionários os profissionais com maiores níveis de burnout poderão não ter respondido por estarem ausentes dos seus locais de trabalho.

6 Considerações finais

A sociedade atual está cada vez mais desperta para a problemática do stress ocupacional e das suas consequências. O número elevado de estudos recentes respeitantes à síndrome de burnout revelam que a comunidade científica procura o estabelecimento de causas e de consequências para assim se enveredar pela procura de soluções e métodos de prevenção.

A cultura de formação académica incute nos jovens expectativas e ambições que no mercado atual nem sempre se concretizam. Tal gera desilusões e frustrações que acabam por culminar no alheamento. Sinergicamente, o estereótipo da onnipotência leva a uma cultura de vida de sacrifício pessoal pelos outros, em que os profissionais são indiretamente encorajados a colocar-se em segundo plano. O foco constante no *saber-fazer* descaracteriza a importância do *saber-ser*, originando estratégias de *coping* ineficaz em que o profissional é encorajado a reprimir as suas emoções.(37)

Revela-se imperativo cultivar a aptidão dos profissionais para o reconhecimento da síndrome, bem como o incentivo à procura de ajuda por parte dos próprios doentes.

Em primeiro lugar, deve-se procurar quebrar o ciclo vicioso originado pelo não enfoque académico nas capacidades individuais de coping.

Em segundo lugar, deve-se prover tratamento a todos os que já se encontram imersos na síndrome e procurar focar a capacitação do próprio em lidar com as suas circunstâncias e emoções. Adicionalmente, deve incentivar-se os investigadores a estudar possíveis indicações para tratamentos específicos bem como o desenvolvimento organizacional de programas de ajuda.

Em terceiro lugar, deve instruir-se toda a comunidade, e não apenas profissionais de saúde, procurando que a informação desmistifique a síndrome e trave o medo de estigmatização.

Conclusivamente torna-se fulcral compreender que o enfermeiro e o médico também podem ser doentes e merecem tratamento adequado para a sua doença, e que a síndrome se revela como um verdadeiro problema de saúde pública que logra atenção como qualquer outro.

Bibliografia

1. Queirós PJP. Burnout no Trabalho e Conjugal em Enfermeiros Portugueses. *Rev Investig em Enferm.* 2005;11:3-14.
2. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders.* Geneve: World Health Organization. 2010.
3. Maslach C, Schaufeli W. *Professional Burnout: Recent Development in Theory and Research.* Taylor & Francis. 1993.
4. Leiter MP, Durup J. The Discriminant Validity of Burnout and Depression: a Confirmatory Factor Analytic Study. *Anxiety, Stress Coping.* 1994;7:357-73.
5. Ainsworth D. *Coping with Job Burnout.* The Berkeleyan. 2001.
6. U.S. Department of Labor. *American Time Use Survey - 2014 Results.* 2015.
7. Organization WH. *Global Strategy on Occupational Health for all: The Way to Health at Work.* 1994.
8. Jackson SE, Maslach C. After-effects of Job-related Stress: Families as Victims. *J Occup Behav.* 1982;3:63-77.
9. Frasilho M. Stress: Fator de Risco Cardiovascular [Internet]. Fundação Portuguesa de Cardiologia. Available from: <http://www.fpcardiologia.pt/stress-fator-de-risco-cardiovascular/>
10. Maslach C, Jackson S. The Measurement of Experienced Burnout. *J Occup Behav.* 1981;2(2):99-113.
11. Stress in Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico. Porto: Porto Editora, 2003-2016. Disponível na Internet: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/stress>.
12. Fraser T. *Human Stress, Work and Job Satisfaction: a Critical Approach.* 1983.
13. Selye H. A Personal Message from Hans Selye. *Journal of Extension.* 1980. p. 6-11.
14. Sutherland V, Cooper C. *Understanding stress: A Psychological Perspective for Health Professionals.* Chapman & Hall. 1990.
15. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. 1974;30(1):159-65.

16. Gorter R, Eijkman M, Hoogstraten J. Burnout and Health among Dutch Dentists. *Eur J Oral Sci.* 2000;108(4):261-7.
17. Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and Risk of Cardiovascular Disease: Evidence, Possible Causal Paths, and Promising Research Directions. *Psychol Bull.* 2006;132(3):327-53.
18. Melamed S, Shirom A, Toker S, Shapira I. Burnout and Risk of Type 2 Diabetes: a Prospective Study of Apparently Healthy Employed Persons. *Psychosom Med.* 2006;68:863-9.
19. Toker S, Shirom A, Shapira I, Berliner S, Melamed S. The Association Between Burnout, Depression, Anxiety, and Inflammation Biomarkers: C-Reactive Protein and Fibrinogen in Men and Women. *J Occup Health Psychol.* 2005;10(4):344-62.
20. Armon G, Shirom A, Shapira I, Melamed S. On the Nature of Burnout - Insomnia Relationships: A Prospective Study of Employed Adults. *J Psychosom Res.* 2008;65:5-12.
21. Shirom A, Melamed S, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and Health Review. 2003.
22. Frاسquilho M. O Coração e o Stress Psicossocial [Internet]. Fundação Portuguesa de Cardiologia. Available from: <http://www.fpcardiologia.pt/o-coracao-e-o-stress-psicossocial/>
23. Grossi G, Perski A, Evengard B, Blomkvist V, Orth-Gomer K. Physiological Correlates of Burnout among Women. *J Psychosom Res.* 2003;55(4):309-16.
24. HSE: Health and Safety Executive. Healthy and Safety Statistics 2008/2009 [Internet]. Available from: www.hse.gov.uk/statistics
25. Shanafelt T, Hasan O, Dyrbye L, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc.* 2015;90(12):1600-13.
26. Vicente CS, Oliveira RA, Maroco J. Análise Fatorial do Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) em Profissionais Portugueses. *Psicol Saúde Doenças.* 2013;14(1):152-67.
27. Cumbe VFJ. Síndrome de Burnout em Médicos e Enfermeiros Cuidadores de Pacientes com Doenças Neoplásicas em Serviços de Oncologia. 2010.
28. Pacheco J. Burnout e Estilos de Vida em Profissionais de Saúde. 2005.

29. Solutions S. Nominal Variable Association [Internet]. Available from: <http://www.statisticssolutions.com/nominal-variable-association/>
30. Maroco J. *Análise Estatística com utilização do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo. 2007.
31. Dias S, Queirós C, Carlotto M. Síndrome de Burnout e Fatores associados em Profissionais da Área da Saúde: um Estudo Comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*. 2010;32:4-21.
32. Silva MD, Gomes AR. Stress Ocupacional em Profissionais de Saúde: um Estudo com Médicos e Enfermeiros Portugueses. *Estud Psicol*. 2009;14(3):239-48.
33. Trigo T. Síndrome de Burnout ou Estafa Profissional e os Transtornos Psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Clínica*. 2007;34(5):223-33.
34. Maslach C, Jackson SE. The Role of Sex and Family Variables in Burnout. *Sex Roles*. 1985;12(7-8):837-51.
35. Montgomery A. The Inevitability of Physician Burnout: Implications for Interventions. *Burn Res*. Elsevier GmbH; 2014;1:50-6.
36. Pines A, Maslach C. Characteristics of Staff Burn-out in Mental Health Settings. *Hosp Community Psychiatry*. 1978;29(4):233-7.
37. Frasquilho MA. Medicina, Médicos e Pessoas: Compreender o Stresse para Prevenir o Burnout. *Acta Med Port*. 2005;18:433-44.
38. Dierendonck D, Schaufeli W, Sixma H. Burnout among General Practitioners: a Perspective from Equity Theory. *J Soc Clin Psychol*. 1994;13(1):86-100.
39. Leiter M, Maslach C. The Impact of Interpersonal Environment on Burnout and Organizational Commitment. 1988;9:297-308.
40. Hespanhol A. Burnout e Stress Ocupacional. *Rev Port Psicossomática*. 2005;7(1-2):153-62.
41. Adán J, Jiménez B, Herrer M. Desgaste Profesional y Salud de los Profesionales Médicos: Revisión y Propuestas de Prevención. *Med Clin (Barc)*. 2004;123(7):265-70.
42. Vaillant G, Sobowale N, McArthur C. Some Physiologic Vulnerabilities in Physicians. *N Engl J Med*. 1972;287(8):372-5.

43. Hawton K. Suicide in Doctors: a Study of Risk according to Gender, Seniority and Speciality in Medical Practicioners in England and Wales. *J Epidemiol Community Heal.* 2001;55:296-300.
44. Hu N, Chen J, Cheng T. The Associations Between Long Working Hours, Physical Inactivity, and Burnout. *J Occup Environmental Med.* 2016;58(5):514-508.
45. Olson S, Odo N, Duran A, Pereira A, Mandel J. Burnout and Physical Activity in Minnesota Internal Medicine Resident Physicians. *J Grad Med Educ.* 2014;6(4):669-74.

Anexos

Anexo 1 - Autorização da ULS de Castelo Branco

Aplicação de questionários

Caixa de entrada x Tese x

Secretariado CA <secretariado@ulscb.min-saude.pt 25/02 ★ para mim, maria, JTF, bina, paulamtragosti. ▾

Exma. Senhora
Dra. Ana Luísa Morais esteves
Aluna do 6.º ano do mestrado Integrado em medicina na
UBI

No seguimento do pedido formulado por V. Exa. para aplicação de questionários aos Médicos e Enfermeiros dos Centros de Saúde pertencentes a esta Unidade Local de Saúde, no âmbito da dissertação de mestrado subordinada ao tema "Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde", sou a informar que o Conselho de Administração deliberou, em 17.02.2016, autorizar a realização do referido estudo, desde que os Médicos e Enfermeiros não se oponham ao mesmo.

Deverá, para o efeito, contactar os Responsáveis dos respetivos Centros de Saúde.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração da ULSCB, EPE
António Vieira Pires

Anexo 2 - Questionário

CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA

Assinale com “x” a resposta que melhor se adequar ou complete-a quando for o caso.

1. Sexo:

Feminino ___ Masculino ___

2. Idade: ___ anos (especifique)

3. Estado civil:

Solteiro ___

Casado / União de facto ___

Divorciado ___

Viúvo ___

4. Nacionalidade:

Portuguesa ___

Espanhola ___

Outra ___

5. Categoria profissional:

Enfermeiro ___ Médico ___

6. Centro de Saúde:

Idanha-a-Nova ___

Oleiros ___

Penamacor ___

Proença-a-Nova ___

São Miguel ___

São Tiago ___

Sertã ___

Vila de Rei ___

Vila Velha de Ródão ___

7. Carga horária semanal:

Menos de 35 horas ___

35 horas ___

40 horas ___

Mais de 40 horas ___

8. Há quanto tempo exerce a sua profissão: ___ anos (especifique)

9. Há quanto tempo exerce no Centro de Saúde: ___ anos (especifique)

10. No último mês pensou alguma vez que, se pudesse, mudaria de profissão:

Sim ___ Não ___

11. No último mês pensou alguma vez que, se pudesse, mudaria o seu local de trabalho:

Sim ___ Não ___

INVENTÁRIO DE BURNOUT

Assinale com “x” a frequência com que cada afirmação a seguir descrita se aplica ao que vive/sente.

	Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1. O meu trabalho esgota-me emocionalmente.							
2. Sinto-me exausto no fim de um dia de trabalho.							
3. Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar um novo dia de trabalho.							
4. Compreendo facilmente o que sentem os meus doentes.							
5. Sinto que trato alguns dos meus doentes como se fossem objetos.							
6. Trabalhar com pessoas todos os dias é para mim uma grande fonte de stress.							
7. Lido eficazmente com os problemas dos doentes.							
8. O meu trabalho deixa-me exausto.							
9. Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente as vidas das outras pessoas.							
10. Tornei-me mais indiferente nas relações com as pessoas desde que tenho este trabalho.							
11. Preocupa-me que este trabalho me esteja a tornar emocionalmente mais duro.							
12. Sinto-me muito energético.							
13. Sinto-me frustrado no trabalho.							
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado.							
15. Não quero saber o que vai acontecer a alguns dos meus doentes.							
16. Trabalhar diretamente com pessoas causa-me demasiado stress.							
17. Consigo criar facilmente um ambiente descontraído com os meus doentes.							
18. Sinto-me muito feliz de estar com os meus doentes.							
19. Conquistei muita coisa com valor no meu trabalho.							
20. Sinto-me como se estivesse “à beira do abismo”.							
21. No meu trabalho lido muito calmamente com os problemas emocionais.							
22. Sinto que os meus doentes me culpam por alguns dos seus problemas.							

HÁBITOS E ESTILOS DE VIDA

Assinale com “x” a resposta que melhor se adequar ou complete-a quando for o caso.

1. Quantos cigarros fuma por dia:

Não fumo ___ Fumo ___ cigarros (especifique)

2. Relativamente ao consumo de álcool, responda de acordo com cada bebida:

2.1 Vinho

2.1.1 Não bebo ___ Só às refeições ___ Também fora das refeições ___

2.1.2 Menos de 1 dL (+/- 1 copo) ___

Entre 1 dL a 2 dL por dia ___

Entre 3 a 4 dL por dia ___

Mais de 4 dL por dia ___

2.2 Cerveja

2.2.1 Não bebo ___ Só às refeições ___ Também fora das refeições ___

2.2.2 Menos de 2 dL (+/- 1 imperial) ___

Entre 2 dL a 4 dL por dia ___

Entre 5 a 6 dL por dia ___

Mais de 6 dL por dia ___

2.3 Bebidas brancas

2.3.1 Não bebo ___ Só às refeições ___ Também fora das refeições ___

2.3.2 Menos de 0,5dL (+/- 1 cálice) ___

Entre 0,5 dL a 1 dL por dia ___

Entre 2 a 3 dL por dia ___

Mais de 3 dL por dia ___

3. Relativamente ao consumo de café:

3.1 Não consumo ___ Só após refeições ___ Também fora das refeições ___

3.2 Menos de 1 café por dia ___

Entre 1 e 2 cafés por dia ___

Entre 3 e 4 cafés por dia ___

Mais de 4 cafés por dia ___

4. Relativamente à automedicação, responda de acordo com cada classe farmacológica:

4.1 Ansiolíticos

Não consumo ___

Ocasionalmente ___

Um por dia ___

Dois por dia ___

Três ou mais por dia ___

4.2 Analgésicos

- Não consumo __
- Ocasionalmente __
- Um por dia __
- Dois por dia __
- Três ou mais por dia __

4.3 Anti-inflamatórios

- Não consumo __
- Ocasionalmente __
- Um por dia __
- Dois por dia __
- Três ou mais por dia __

5. Quanto aos hábitos de sono:

5.1 Número de horas de sono

- Menos de 6 horas __
- Entre 6 a 8 horas __
- Mais de 8 horas __

5.2 Alterações do sono

- Dificuldade em adormecer __
- Despertar intermitente durante o sono __
- Acordar muito cedo __

6. Quantas horas por dia dedica à prática de exercício físico:

- Não pratico __
- Ocasionalmente __
- Uma hora por semana __
- Duas horas por semana __
- Duas horas e meia ou mais por semana __

Obrigada pela colaboração!

Anexo 3 - Consentimento livre e informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concordar com esta proposta, por favor, assine este documento.

Ana Luísa Morais Esteves, aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, sob a orientação do Professor Doutor Paulo Vitória, vem solicitar a sua colaboração, contando com a co-orientação da Doutora Célia Nunes.

O presente estudo tem como objetivo avaliar os níveis de Burnout em médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco. Para a sua participação, é apenas necessário o preenchimento do questionário fornecido, com tempo médio de resposta de 10 minutos.

O preenchimento é de carácter voluntário e pode desistir a qualquer momento. Não existe qualquer tipo de financiamento ao estudo nem custos a quem nele participa. Não existem quaisquer riscos ou benefícios para o participante.

É garantida a confidencialidade e anonimato dos inquiridos. Os dados recolhidos serão para uso exclusivo do presente estudo.

Grata pela sua atenção e colaboração neste estudo,

Ana Luísa Morais Esteves
Estudante do 6º Ano - Mestrado Integrado em Medicina
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior
Contactos: 963863287/912404544
a26904@fcsaude.ubi.pt

Assinatura: _____

Declaro ter lido e compreendido a informação presente neste documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela autora do estudo. No caso de não ter compreendido alguma informação, solicitei à aluna/investigadora uma explicação, tendo esta esclarecido todas as dúvidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Anexo 4 - Parecer da Comissão de Ética da FCS-UBI



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências da Saúde

Exma. Senhora

Ana Luísa Morais Esteves

Sua Referência
000.000.000

Sua Data
0000.00.00

Nossa Referência
000.000.000

Nossa Data
2016.04.13

Assunto: Parecer da Comissão de Ética da FCS

No seguimento da solicitação de apreciação do Projecto “*A Síndrome de Burnout em profissionais de saúde: prevalência e efeitos associados*”, por parte da Comissão de Ética da FCS, envio em anexo o parecer resultante da análise do referido projecto de investigação.

Cordiais cumprimentos

O Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde
Prof. Doutor Luís Taborda Barata



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PARECER

Processo: CE-FCS-2016-006

Tema Projecto/Proponente: “A Síndrome de Burnout em profissionais de saúde: prevalência e efeitos associados” – Exma. Senhora Ana Luísa Morais Esteves

Exmo. Sr. Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde

Apreciado retrospectivamente o pedido referente ao processo acima mencionado esta Comissão solicitou reformulação do documento inicial de consentimento informado. Após efectuada a alteração o projecto foi aprovado porque não foi detectada matéria que ofenda os princípios éticos.

Covilhã, 13 de Abril de 2016



O Presidente da Comissão de Ética
Prof. Doutor José Martinez de Oliveira

Anexo 5 - Verificação dos pressupostos para a utilização da estatística paramétrica

Tabela A1- Teste à normalidade e igualdade de variâncias das variáveis idade, anos de profissão e anos a exercer no local de trabalho à altura do inquérito tendo em conta os diferentes níveis de burnout.

		Teste do qui-quadrado			Teste de Levene
		p-value			
		Baixo	Médio	Alto	
Idade	Exaustão emocional	0,200	0,260*	0,163*	0,355
	Despersonalização	0,200	0,134*	0,188*	0,169
	Realização pessoal	0,536*	0,038 [#]	0,200	-
Anos de profissão	Exaustão emocional	0,200	0,973*	0,205*	0,694
	Despersonalização	0,200	0,281*	0,246*	0,650
	Realização pessoal	0,815*	0,200	0,200	0,612
Anos no centro de saúde	Exaustão emocional	0,200	0,806*	0,128*	0,488
	Despersonalização	0,200	0,053*	0,692*	0,183
	Realização pessoal	0,033* [#]	0,200	0,200	-

*Teste de *Shapiro-Wilk*; [#] $p < 0,05$.

Como podemos ver pela análise da Tabela A1, a normalidade não se verifica para todos os níveis da dimensão no que respeita à idade e ao tempo de serviço no centro de saúde para a realização pessoal.

Anexo 6 - Alguns resultados

Tabela A2 - Resultados da relação entre os níveis de burnout.

		Despersonalização		
		Baixo	Médio	Alto
Exaustão emocional	Baixo	39 (40,6)	1 (1,0)	0 (0,0)
	Médio	25 (26,0)	2 (2,1)	1 (1,0)
	Alto	13 (13,5)	9 (9,4)	6 (6,3)
		Realização pessoal		
		Baixo	Médio	Alto
Despersonalização	Baixo	9 (9,4)	26 (27,1)	42 (43,8)
	Médio	4 (4,2)	7 (7,3)	1 (1,0)
	Alto	1 (1,0)	5 (5,2)	1 (1,0)
		Exaustão emocional		
		Baixo	Médio	Alto
Realização pessoal	Baixo	6 (6,3)	1 (1,0)	7 (7,3)
	Médio	9 (9,4)	14 (14,6)	15 (15,6)
	Alto	25 (26,0)	13 (13,5)	6 (6,3)

Tabela A3 - Resultados dos níveis de burnout de acordo com o momento de consumo de bebidas alcoólicas e café.

		EE			D			RP		
		Baixo	Médio	Alto	Baixo	Médio	Alto	Baixo	Médio	Alto
Vinho	Neg.	20	24	20	49	12	3	11	28	25
		31,3%	37,5%	31,3%	76,6%	18,8%	4,7%	17,2%	43,8%	39,1%
	Ref.	18	2	8	24	0	4	3	9	16
Cerveja	Neg.	29	22	22	58	12	3	11	29	33
		39,7%	30,1%	30,1%	79,5%	16,4%	4,1%	15,1%	39,7%	45,2%
	Ref.	4	1	2	6	0	1	0	2	5
Bebidas Brancas	Neg.	38	23	28	70	12	7	13	33	43
		42,7%	25,8%	31,5%	78,7%	13,5%	7,9%	14,6%	37,1%	48,3%
	Ref.	0	1	0	1	0	0	0	1	0
Café	Neg.	4	7	5	9	5	2	5	5	6
		25,0%	43,8%	31,3%	56,3%	31,3%	12,5%	31,3%	31,3%	37,5%
	Ref.	25	9	14	42	4	2	7	19	22
Fora	Neg.	2	4	0	6	0	0	1	4	1
		33,3%	66,7%	0,0%	100%	0,0%	0,0%	16,7%	66,7%	16,7%
	Ref.	11	12	9	26	3	3	2	14	16
		34,4%	37,5%	28,1%	81,3%	9,4%	9,4%	6,3%	43,8%	50,0%

Neg. - Não consome; Ref. - Às refeições; Fora - Fora das refeições.

Tabela A4 - Relação entre os níveis de burnout e horas dormidas e alterações do sono.

	Horas de sono	Baixo	Médio	Alto	p-value	V de Cramer /p-value
EE	< 6 horas	5 (33,3)	6 (40,0)	4 (26,7)	0,586*	
	6-8 horas	30 (40,5)	21 (28,4)	23 (31,1)		
	> 8 horas	5 (71,4)	1 (14,3)	1 (14,3)		
D	< 6 horas	11 (73,3)	3 (20,0)	1 (6,7)	0,400*	
	6-8 horas	61 (82,4)	7 (9,5)	6 (8,1)		
	> 8 horas	5 (71,4)	2 (28,6)	0 (0,0)		
RP	< 6 horas	6 (40,0)	1 (6,7)	8 (53,5)	0,001*	0,297/0,002
	6-8 horas	6 (8,1)	36 (48,6)	32 (43,2)		
	> 8 horas	2 (28,6)	1 (14,3)	4 (57,1)		
Alterações do sono						
EE	Sem alterações	14 (58,3)	5 (20,8)	5 (20,8)	0,397**	
	Dificuldade adormecer	7 (33,3)	7 (33,3)	7 (33,3)		
	Despertar intermitente	10 (29,4)	12 (35,3)	12 (35,3)		
	Acordar muito cedo	9 (52,9)	4 (23,5)	4 (23,5)		
D	Sem alterações	20 (83,3)	3 (12,5)	1 (4,2)	0,897*	
	Dificuldade adormecer	16 (76,2)	4 (19,0)	1 (4,8)		
	Despertar intermitente	28 (82,4)	3 (8,8)	3 (8,8)		
	Acordar muito cedo	13 (76,5)	2 (11,8)	2 (11,8)		
RP	Sem alterações	3 (12,5)	9 (37,5)	12 (50,0)	0,789*	
	Dificuldade adormecer	4 (19,0)	10 (47,6)	7 (33,3)		
	Despertar intermitente	6 (17,6)	13 (38,2)	15 (44,1)		
	Acordar muito cedo	1 (5,9)	6 (35,3)	10 (58,8)		

*Teste exato de Fisher; ** Teste do qui-quadrado de Pearson; #p<0,05.

Tabela A5 - Resultados dos níveis de burnout de acordo com o consumo tabágico.

		Baixo	Médio	Alto	p-value*
EE	Não fuma	32 (42,7)	21 (28,0)	22 (29,3)	0,365
	<10 cigarros	4 (44,4)	4 (44,4)	1 (11,1)	
	10-19 cigarros	2 (20,0)	3 (30,0)	5 (50,0)	
	≥20 cigarros	2 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	
D	Não fuma	59 (78,7)	10 (13,3)	6 (8,0)	1,000
	<10 cigarros	8 (88,9)	1 (11,1)	0 (0,0)	
	10-19 cigarros	8 (80,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	
	≥20 cigarros	2 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	
RP	Não fuma	11 (14,7)	27 (36,0)	37 (49,3)	0,127
	<10 cigarros	1 (11,1)	7 (77,8)	1 (11,1)	
	10-19 cigarros	1 (10,0)	4 (40,0)	5 (50,0)	
	≥20 cigarros	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	

*Teste exato de Fisher.

Tabela A6 - Resultados dos níveis de burnout de acordo com a automedicação.

	Ansiolíticos	Baixo	Médio	Alto	p-value*
EE	Não consome	28 (40,6)	21 (30,4)	20 (29,0)	0,937
	Ocasionalmente	8 (40,0)	6 (30,0)	6 (30,0)	
	1 por dia	2 (40,0)	1 (20,0)	2 (40,0)	
	2 por dia	2 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	3 ou mais por dia	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
D	Não consome	54 (78,3)	8 (11,6)	7 (10,1)	0,653
	Ocasionalmente	16 (80,0)	4 (20,0)	0 (0,0)	
	1 por dia	5 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	2 por dia	2 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	3 ou mais por dia	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
RP	Não consome	9 (13,0)	32 (46,4)	28 (40,6)	0,221
	Ocasionalmente	5 (25,0)	5 (25,0)	10 (50,0)	
	1 por dia	0 (0,0)	1 (20,0)	4 (80,0)	
	2 por dia	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100)	
	3 ou mais por dia	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Analgésicos					
EE	Não consome	11 (45,8)	6 (25,0)	7 (29,2)	0,649
	Ocasionalmente	29 (41,4)	22 (31,4)	19 (27,1)	
	1 por dia	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	2 por dia	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100)	
	3 ou mais por dia	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100)	
D	Não consome	15 (62,5)	6 (25,0)	3 (12,5)	0,191
	Ocasionalmente	60 (85,7)	6 (8,6)	4 (5,7)	
	1 por dia	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	2 por dia	1 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	3 ou mais por dia	1 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	
RP	Não consome	5 (20,8)	10 (41,7)	9 (37,5)	0,724
	Ocasionalmente	9 (12,9)	28 (40,0)	33 (47,1)	
	1 por dia	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	2 por dia	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100)	
	3 ou mais por dia	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100)	
Anti-inflamatórios					
EE	Não consome	14 (58,3)	5 (20,8)	5 (20,8)	0,164
	Ocasionalmente	26 (36,6)	23 (32,4)	22 (31,0)	
	1 por dia	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100)	
	2 por dia	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	3 ou mais por dia	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
D	Não consome	18 (75,0)	4 (16,7)	2 (8,3)	0,194
	Ocasionalmente	59 (83,1)	7 (9,9)	5 (7,0)	
	1 por dia	0 (0,0)	1 (100)	0 (0,0)	
	2 por dia	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	3 ou mais por dia	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
RP	Não consome	4 (16,7)	8 (33,3)	12 (50,0)	0,799
	Ocasionalmente	10 (14,1)	29 (40,8)	32 (45,1)	
	1 por dia	0 (0,0)	1 (100)	0 (0,0)	
	2 por dia	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	3 ou mais por dia	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

*Teste exato de Fisher.

Tabela A7 - Resultados dos níveis de burnout de acordo com a prática de exercício físico.

	Exercício físico	Baixo	Médio	Alto	p-value*
EE	Não pratica	9 (31,0)	9 (31,0)	11 (37,9)	0,615
	Ocasionalmente	18 (42,9)	12 (28,6)	12 (28,6)	
	1 hora por semana	2 (40,0)	1 (20,0)	2 (40,0)	
	2 horas por semana	6 (50,0)	5 (41,7)	1 (8,3)	
	≥ 2,5 horas por semana	5 (62,5)	1 (12,5)	2 (25,0)	
D	Não pratica	19 (65,6)	7 (24,1)	3 (10,3)	0,254
	Ocasionalmente	36 (85,7)	3 (7,1)	3 (7,1)	
	1 hora por semana	4 (80,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	
	2 horas por semana	12 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	≥ 2,5 horas por semana	6 (75,0)	1 (12,5)	1 (12,5)	
RP	Não pratica	4 (13,8)	14 (48,3)	11 (37,9)	0,703
	Ocasionalmente	7 (16,7)	16 (38,1)	19 (45,2)	
	1 hora por semana	2 (40,0)	1 (20,0)	2 (40,0)	
	2 horas por semana	1 (8,3)	4 (33,3)	7 (58,3)	
	≥ 2,5 horas por semana	0 (0,0)	3 (37,5)	5 (62,5)	

*Teste exato de Fisher.