



Síndrome de *Burnout* nos profissionais de saúde de emergência pré-hospitalar da Cova da Beira e Guarda

Sara Pereira Bravo

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Mestrado Integrado)

Orientador: Dr. Pedro Filipe Roque Martins Lito
Coorientador: Dr. Ricardo Tjeng

maio de 2020

Dedicatória

À minha avó Marília, pela mulher que foi, pela sua força e resiliência. Por todos os carinhos e ensinamentos. Por todo o incentivo para perseguir o sonho. Pela médica que me inspirou a ser.

Agradecimentos

À Faculdade de Ciências da Saúde e à Universidade da Beira Interior pelos 6 anos de formação médica e pessoal.

Ao meu orientador, Dr. Pedro Lito, e coorientador, Dr. Ricardo Tjeng, pela ajuda e dedicação, por acreditarem neste estudo e por me terem orientado ao longo de todo o percurso, mesmo quando as circunstâncias pessoais e profissionais nem sempre foram favoráveis.

A todos os médicos, enfermeiros e técnicos de emergência pré-hospitalar que participaram no estudo, tornando-o assim possível.

Aos meus pais por todo o carinho, apoio incondicional e amor verdadeiro. Por estarem sempre ao meu lado, mesmo a 200km de distância.

Ao Manel e à Marta pelo companheirismo e ajuda na estatística.

À Inês e Rita, minhas companheiras de vida, por todas as horas de conversa e abraços de reencontros.

À Soraia, companheira de aventuras, em Aveiro, na Covilhã e pelo mundo. Por ser pessoa-abrigo, onde sei que posso sempre voltar.

À Catarina, Joana e Teresa, por terem sido a família e casa, longe de casa. Apoio nas horas mais críticas e por termos percorrido esta caminhada juntas.

À Zé e Teté, por se terem tornado família e por me acolherem “na vossa casa” quando nem sabiam que precisava.

À Sara, por me incentivar a aceitar desafios sem olhar para trás.

Resumo

Introdução: Maslach definiu a síndrome de *burnout* em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. As duas primeiras correlacionam-se positivamente com a síndrome, enquanto que a última tem uma relação inversa. Os profissionais de emergência pré-hospitalar são um grupo particularmente vulnerável ao desenvolvimento de *burnout* pelas exigências emocionais e físicas que a sua profissão acarreta.

Objetivos: Caracterizar os níveis de *burnout* nos profissionais de saúde de emergência pré-hospitalar da Cova da Beira e da Guarda. Relacionar os fatores sociodemográficos, a satisfação e motivação laboral com os níveis de *burnout*. Apresentar estratégias de *coping*.

Método: Foi realizado um estudo observacional tipo transversal, através do desenvolvimento, aplicação e análise dos resultados de um questionário de autopreenchimento. Este contemplava os dados sociodemográficos e o *Maslach Burnout Inventory* validado e traduzido para a língua portuguesa. Foi aplicado entre os meses de outubro de 2019 e janeiro de 2020.

Resultados: Responderam ao questionário 68 profissionais, dos quais 32 (47,1%) eram do sexo feminino e 36 (52,9%) eram do sexo masculino. A idade média foi 40,0 (\pm 7,60) anos, sendo que 29 (42,6%) eram médicos, 22 (32,4%) eram enfermeiros e 17 (25,0%) eram técnicos. Do total de participantes, 47,1% apresentavam elevados níveis de Exaustão Emocional, 22,1% níveis elevados de Despersonalização e 38,2% níveis baixos de Realização Pessoal, estando estas categorias associadas a níveis mais elevados de *burnout*. A prevalência de *burnout* foi de 10,3%. Relativamente aos dados sociodemográficos verificou-se que a idade superior a 50 anos e o facto de ser casado/união de facto são variáveis onde se registaram níveis mais elevados de realização pessoal. No que concerne à satisfação e motivação, embora os participantes tenham reduzido a sua motivação para exercer o trabalho atual e apresentarem sinais de *burnout*, a maioria referia permanecer satisfeita com o trabalho que desempenha.

Conclusão: A generalidade dos resultados não é preocupante, mas estes devem ser valorizados dada a natureza insidiosa da síndrome. Apesar da satisfação profissional se manter elevada e a prevalência de *burnout* ser baixa, estes profissionais são vulneráveis ao desenvolvimento da síndrome pois estão diariamente expostos a situações emocionalmente

intensas. É notória a progressiva valorização, por parte da sociedade e da comunidade científica, pela temática do stresse e *burnout*, contudo verificou-se que existem poucos trabalhos de investigação que relacionem a síndrome de *burnout* com a área da emergência pré-hospitalar.

Palavras-chave

Burnout; emergência pré-hospitalar; *Maslach Burnout Inventory*; *coping*; stresse

Abstract

Introduction: Maslach defined a burnout syndrome in three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and personal fulfillment. The first two are positively correlated with a syndrome, while the last has an inverse relationship. Pre-hospital emergency professionals are particularly vulnerable to the development of burnout due to the emotional and physical threats that their profession entails.

Objective: To characterize the levels of burnout in pre-hospital emergency health professionals in Cova da Beira and Guarda. To relate sociodemographic factors, job satisfaction and motivation to burnout levels. To present coping strategies.

Method: A cross-sectional observational study was carried out, through the development, application and analysis of the results of a self-administered questionnaire. This included the sociodemographic data and the Maslach Burnout Inventory validated and translated into Portuguese. It was applied between the months of October 2019 and January 2020.

Results: The questionnaire was answered by 68 professionals, of which 32 (47,1%) were female and 36 (52,9%) were male. The average age was 40.0 (\pm 7.60) years and 29 (42.6%) were physicians, 22 (32,4%) were nurses and 17 (25,0%) were technicians. Of the total participants, 47,1% had high levels of Emotional Exhaustion, 22,1% high levels of Depersonalization and 38,2% low levels of Personal Achievement, these categories being associated with higher levels of burnout. The prevalence of burnout was 10,3%. With regard to sociodemographic data, it was found that the age of over 50 years and the fact that they are married are variables that registered higher levels of personal achievement. Regarding to satisfaction and motivation, although the participants decreased their motivation to perform their current job and show signs of burnout, the majority reported remaining satisfied with the work they perform.

Conclusion: The generality of the results is not a cause for concern, but they should be valued due to the insidious nature of the syndrome. Despite professional satisfaction remains high and the prevalence of burnout is low, these professionals are vulnerable to the development of the syndrome because they are daily exposed to emotionally intense situations. The progressive appreciation, by the society and the scientific community, for the theme of stress and burnout is notorious. However, it was found that there are few investigations that relate the burnout syndrome with the pre-hospital emergency area.

Keywords

Burnout; prehospital emergency care; Maslach Burnout Inventory; coping; stress.

Índice

Lista de Tabelas	xv
Lista de Acrónimos	xvii
Introdução	1
Materiais e Métodos	4
2.1 Tipo de Estudo	4
2.2 População e amostra.....	4
2.3 Procedimentos	4
2.4 Questionário	5
2.5 Análise Estatística.....	6
Resultados	8
3.1 Dados sociodemográficos e profissionais	8
3.2 Caracterização da Satisfação com o trabalho atual e Motivação.....	9
3.3 Caracterização das dimensões da escala MBI	10
3.4 Relação entre os fatores sociodemográficos e laborais e os níveis de <i>burnout</i>	11
3.5 Relação entre as dimensões de burnout	15
3.6 Relação entre o grau de satisfação com o trabalho, a motivação e o nível de <i>burnout</i>	16
Discussão	19
Objetivo 1. Averiguar a existência de elevados níveis da síndrome de <i>burnout</i> na população em estudo	19
Objetivo 2. Estudar a relação entre os fatores sociodemográficos e laborais e o nível de <i>burnout</i>	20
Objetivo 3. Analisar a relação entre as várias dimensões de <i>burnout</i>	22
Objetivo 4. Estudar a relação entre o grau de satisfação com o trabalho, a motivação e o nível de <i>burnout</i>	23
Objetivo 5. Apresentar estratégias de <i>coping</i>	24
Limitações do estudo.....	26
Conclusão	27
Bibliografia	28
Anexos	30
Anexo 1. Parecer Comissão de Ética da UBI.....	30
Anexo 2. Parecer Comissão de Ética da ULS Guarda.....	31
Anexo 3. Questionário	32
Anexo 4. Declaração de Consentimento Livre e Informado.....	34

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Classificação das dimensões de *burnout* segundo Manita (2003), a partir de Maslach, Jackson e Leiter (1981, 1996).

Tabela 2 – Interpretação dos valores do coeficiente de correlação de Pearson.

Tabela 3 – Distribuição por sexo e estado civil.

Tabela 4 – Distribuição por hospital e por categoria profissional.

Tabela 5 – Distribuição por idade, número médio de horas semanais de trabalho e tempo de trabalho na área da EPH.

Tabela 6 – Distribuição da idade, número médio de horas semanais de trabalho e tempo de trabalho na área da EPH, agrupados em classes.

Tabela 7 – Resultados da Satisfação com o trabalho atual e Motivação.

Tabela 8 – Resultado global do MBI, média da amostra e valores mínimos e máximos.

Tabela 9 – Distribuição de cada uma das dimensões do MBI.

Tabela 10 – Resultados dos níveis de *burnout* por sexo.

Tabela 11 – Relação entre as dimensões do MBI e o estado civil.

Tabela 12 – Resultados dos níveis de *burnout* por categoria profissional.

Tabela 13 – Resultados dos níveis de *burnout* por hospital.

Tabela 14 – Resultados dos níveis de *burnout* por idade.

Tabela 15 – Resultados dos níveis de *burnout* por número de horas semanais de trabalho e tempo de trabalho na área da EPH.

Tabela 16 – Resultados das relações entre as dimensões do MBI, as horas semanais de trabalho e o tempo de trabalho na área da EPH.

Tabela 17 – Relação entre as várias dimensões de *burnout*.

Tabela 18 – Relação entre o grau de satisfação com o trabalho e a motivação com as dimensões de *burnout*.

Tabela 19 – Relação entre o grau de satisfação com o trabalho e a motivação com os níveis das dimensões de *burnout*.

Lista de Acrónimos

CHUCB	Centro Hospitalar e Universitário Cova da Beira
D	Despersonalização
DP	Desvio padrão
EE	Exaustão Emocional
EPH	Emergência Pré-Hospitalar
MBI	Maslach Burnout Inventory
RP	Realização Pessoal
TEPH	Técnico de Emergência Pré-Hospitalar
UBI	Universidade da Beira Interior
ULS	Unidade Local de Saúde

Introdução

As profissões relacionadas com a saúde foram durante alguns anos esquecidas ou desvalorizadas relativamente à problemática do stresse, existindo o estereótipo que defendia que os profissionais de saúde, por serem o grupo profissional cuja competência seria tratar e/ou curar, estariam por si só imunes a esta problemática. (1) Contudo, os profissionais de saúde demonstraram ser, também eles, vulneráveis ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* devido ao contacto quotidiano com pessoas debilitadas além de, muitas vezes, terem que lidar com relações interpessoais tensas e hierárquicas nas instituições de saúde. (2)

No caso particular dos profissionais de emergência médica, pelas características inerentes a este tipo de profissionais, faz com que sejam indivíduos sujeitos a níveis de stresse mais elevados comparativamente a outros profissionais de saúde, e, à população em geral. (1) De facto, a área da emergência pré-hospitalar é um dos mais exigentes domínios da Medicina que requer da parte do profissional um pleno bem-estar em todas as dimensões aquando do exercício das suas funções. Todavia, a exposição repetida ao trauma pode gerar um stresse secundário (3) que se reflete no bem-estar físico, psicológico e social. De entre os fatores stressantes mais frequentes para os profissionais de emergência pré-hospitalar destacam-se a multiplicidade de responsabilidades (prestação de socorro às vítimas e lidar com a família), trabalhar permanentemente sob pressão, a ausência de deslocações consideradas como sendo profissionalmente estimulantes, o elevado esforço físico e emocional a que estão sujeitos, a falta de reconhecimento profissional e o facto de terem de lidar frequentemente com a morte e sofrimento. (1)

A intensificação destes fatores stressantes e a ruptura na adaptação temporária ao stresse culmina no mau funcionamento crónico, pelo que se defende que o stresse laboral prolongado conduz ao *burnout*. (4) Este é predito pelas exigências do trabalho, mas também pela falta de recursos, desenvolvendo-se um desajuste entre as estratégias que o indivíduo usa para lidar com o stresse (estratégias de *coping*) e as exigências laborais. Quando os profissionais não conseguem arranjar estratégias eficazes para lidar com estes acontecimentos, acabam por apresentar um cansaço físico e emocional, estando perante a síndrome de *burnout*. (4,5)

A síndrome de *burnout* não tem uma definição unânime, mas é consensual que surge como resposta ao stress laboral, tendo um forte impacto na satisfação profissional e na motivação do indivíduo.

O conceito de *burnout* foi definido pela primeira vez em 1974 por Freudenberger que estabeleceu esta síndrome como um “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”. (6) Freudenberger considerava ser frequente nos profissionais de saúde, como consequência do contacto direto e contínuo com pessoas doentes e vulneráveis. (7)

Mais tarde, em 1981, Maslach e Jackson definiram a síndrome de *burnout* como uma síndrome de exaustão emocional e cinismo que ocorre frequentemente entre indivíduos que “trabalham com pessoas”. Deste modo, como os recursos emocionais são esgotados, existe perda de motivação para o trabalho, que pode evoluir até ao aparecimento de sentimentos de fracasso. (7,8)

Partindo da análise do Maslach Burnout Inventory (MBI), da sua autoria, estas autoras afirmaram que esta síndrome é composta por três dimensões: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (D) e a redução da Realização Pessoal (RP). (4,9) A Exaustão Emocional é considerada a maior característica do *burnout*. Define-se pela falta de recursos emocionais, com consequências físicas e psíquicas, e ocorre quando o indivíduo percebe não possuir mais condições de despender a energia que o seu trabalho requer. (10) A Despersonalização é uma tentativa de distanciamento do outro, inicialmente apresenta-se como uma defesa inconsciente da carga emocional, evitando relações interpessoais, ao tomar atitudes “frias” e respostas impessoais para com os que necessitam do seu cuidado ou serviço. Por último, a Realização Pessoal, que se encontra diminuída nos indivíduos com *burnout*, traduz-se por sentimentos de incompetência profissional, desmotivação, baixas expectativas pessoais que levam a sentimentos de fracasso e baixa auto-estima e confiança. (8,11,12)

O objetivo principal deste estudo é caracterizar os níveis da síndrome de *burnout* nos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e TEPH) de emergência pré-hospitalar da Cova da Beira e da Guarda, já que estes são um grupo vulnerável ao desenvolvimento de *burnout* pelas exigências emocionais e físicas que a sua profissão acarreta. Para tal,

utilizou-se o instrumento MBI e questões de carácter sociodemográfico. Como objetivos secundários, este estudo propõe-se:

1. Averiguar a existência de elevados níveis da síndrome de *burnout* na população em estudo;
2. Estudar a relação entre os fatores sociodemográficos e laborais e o nível de *burnout*;
3. Analisar a relação entre as várias dimensões de *burnout*;
4. Estudar a relação entre o grau de satisfação com o trabalho, a motivação e o nível de *burnout*;
5. Apresentar estratégias de *coping*

Materiais e Métodos

2.1 Tipo de Estudo

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

2.2 População e amostra

A população do presente estudo é constituída por 68 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de emergência pré-hospitalar TEPH) a exercer funções nas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda, VMER do Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira (CHUCB) e Ambulância de Emergência Médica do CHUCB. Do total dos profissionais, 68 responderam ao questionário, pelo que a taxa de resposta foi de cerca de 71,6 %. Destes 68 participantes, 47 (69,1%) pertencem ao CHUCB e 21 (30,9%) à ULS Guarda. Os participantes têm uma média de idade de 40,0 anos ($\pm 7,60$) dos quais 47,1% são mulheres. Constituem a amostra deste estudo 29 (42,6%) médicos, 22 (32,4%) enfermeiros, sendo os restantes 17 (25,0%) TEPH.

2.3 Procedimentos

Para recolha de dados submeteu-se o projeto de investigação à Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (UBI), da qual se obteve o parecer favorável à realização do estudo (Anexo 1). Procedeu-se também ao contacto com o Conselho de Administração da ULS da Guarda para recolha de questionários na VMER daquela unidade de saúde, da qual se obteve igualmente autorização para efetuar a investigação (Anexo 2).

Procedeu-se à entrega do questionário (Anexo 3) e do Documento de Consentimento Livre e Informado (Anexo 4), de forma presencial, durante todo o mês de outubro de 2019, optando-se por, nos meses seguintes, os questionários permanecerem nas bases das respetivas VMER para que todos os profissionais o pudessem preencher, se assim o desejassem. Todos os princípios éticos foram considerados, nomeadamente no que diz respeito ao direito à autodeterminação, em que cada participante pode decidir livremente participar ou não na investigação. Também a confidencialidade das respostas

e o anonimato foram respeitados. Os questionários foram aplicados entre os meses de outubro de 2019 e janeiro de 2020.

2.4 Questionário

O questionário caracteriza-se por ser de autorresposta, anónimo e confidencial, sendo constituído por duas partes. A primeira parte, Grupo I, elaborada pela autora do estudo, diz respeito à caracterização sociodemográfica e engloba, por um lado, variáveis quantitativas como a idade, o número médio de horas semanais de trabalho e o tempo de serviço na área de emergência pré-hospitalar; Por outro lado, contempla as variáveis qualitativas como hospital a que pertence, sexo, estado civil, categoria profissional e o grau de satisfação com o trabalho atual. Neste último a pontuação varia entre 1 (“Pouca”) e 5 (“Muita”).

O Grupo II é composto pelo Maslach Burnout Inventory, numa versão para investigação traduzida e validada para a língua portuguesa, construída por Manita (2003) a partir do original de Maslach, Jackson e Leiter. Este é constituído por vinte e dois itens de autorresposta para responder de acordo com a frequência de sentimentos e atitudes profissionais nos últimos 6 meses. Estes vinte e dois itens estão distribuídos por três subescalas: a EE com nove itens (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20), que analisa sentimentos de sobrecarga emocional e a incapacidade para dar resposta às exigências interpessoais do trabalho; a D com cinco itens (5,10, 11, 15 e 22), que mede “respostas frias”, impessoais ou negativas dirigidas àqueles a quem prestam serviços; e a RP composta por oito itens (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21) que avalia sentimentos de incompetência e falta de realização pessoal. (7,8) A resposta é dada sobre a frequência com que cada sentimento ocorre numa escala ordinal tipo Likert de sete pontos, cuja pontuação varia, entre o “Nunca” a 6 “Todos os dias”. Dado que as dimensões do *burnout* são avaliadas separadamente, com o somatório dos itens que constituem cada dimensão, obtêm-se as pontuações de cada subescala. Os *cut-off* para definição de nível baixo, moderado e elevado de *burnout* encontram-se na Tabela 1. (13)

Considera-se um nível baixo de *burnout* na presença de scores baixos nas dimensões EE e D e scores elevados na RP, um nível médio de *burnout* é traduzido por valores médios nos scores das três dimensões e um nível elevado de *burnout* reflete-se em scores elevados nas dimensões de EE e D e scores e baixos na RP, já que esta dimensão tem relação inversa com o nível de *burnout*.

Por fim, importa realçar que Maslach, Jackson e Leiter não descreveram a síndrome de *burnout* como variável dicotómica (presente/ausente), mas sim como uma variável contínua, sendo classificada como algo que é experienciado num grau baixo, moderado ou elevado. (12)

Tabela 1. Classificação das dimensões de *burnout* segundo Manita (2003), a partir de Maslach, Jackson e Leiter (1981, 1996).

Subescala MBI	Baixo	Moderado	Elevado
EE	0-16	17-26	27-54
D	0-6	7-12	13-30
RP *	0-31	32-38	39-48

*score inverso, ou seja, valores mais baixos representam menor sentimento de realização pessoal

2.5 Análise Estatística

Após a recolha dos questionários foi construída uma base de dados, usando o programa SPSS® versão 24.0 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, o coeficiente de variação que ilustra a dispersão relativa das respostas e os valores mínimos e máximos observados.

Adicionalmente, para avaliar a relação entre variáveis sociodemográficas e variáveis qualitativas recorreu-se a alguns métodos de inferência estatística, nomeadamente ao Teste do Qui-Quadrado.

O teste paramétrico t de Student e o teste não paramétrico de Mann-Whitney foram utilizados para averiguar se as diferenças observadas na amostra são estatisticamente significantes, ou seja, se as conclusões da amostra se podem inferir para a população. (14)

Para o estudo da relação entre uma variável qualitativa e variáveis quantitativas foram determinados os valores médios obtidos para cada classe da variável qualitativa. Quando não se verificaram os pressupostos de normalidade após teste Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis. (14)

Por fim, para estudar a relação entre variáveis quantitativas ou em escala de Likert, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson R, que é uma medida da associação linear entre variáveis e varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos, tanto maior é a associação entre as variáveis.

Tabela 2. Interpretação dos valores do coeficiente de correlação de Pearson.

Correlação	Interpretação
0.90 to 1.00 (-0.90 to -1.00)	Correlação muito elevada positiva (negativa)
0.70 to 0.90 (-0.70 to -0.90)	Correlação elevada positiva (negativa)
0.50 to 0.70 (-0.50 to -0.70)	Correlação moderada positiva (negativa)
0.30 to 0.50 (-0.30 to -0.50)	Correlação baixa positiva (negativa)
0.00 to 0.30 (0.00 to -0.30)	Correlação negligenciável

Resultados

3.1 Dados sociodemográficos e profissionais

A amostra em estudo é constituída por 68 profissionais de saúde. Dos participantes, 52,9% (n=36) são do sexo masculino e os restantes 47,1% (n=32) são do sexo feminino. Quanto ao estado civil, a maioria dos profissionais eram casados ou viviam em união de facto (69,1%, n=47), sendo os restantes solteiros ou divorciados, conforme a Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição por sexo e estado civil.

Sexo	Masculino	36 (52,9%)
	Feminino	32 (47,1%)
Estado Civil	Solteiro	15 (22,1%)
	Casado/União de Facto	47 (69,1%)
	Divorciado	6 (8,8%)

Do total de profissionais que responderam ao questionário, 69,1% (n=47) pertencem ao CHUCB e apenas 30,9% (n=21) competem à ULS Guarda. Destes, verificou-se maior representatividade de médicos (42,6%, n=29), seguida de enfermeiros (32,4%, n=22) e finalmente TEPH (25,0%, n=17), como é indicado na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição por hospital e por categoria profissional.

Hospital	CHUCB	47 (69,1%)
	ULS Guarda	21 (30,9%)
Categoria Profissional	Médico	29 (42,6%)
	Enfermeiro	22 (32,4%)
	TEPH	17 (25,0%)

Neste estudo, observou-se uma média de idades de 40,0 ($\pm 7,6$) anos, variando entre o valor mínimo de 29 anos e o máximo de 60 anos. No que concerne ao número médio de horas semanais de trabalho verificou-se uma média de 48,7 ($\pm 10,9$) horas, variando entre o valor mínimo de 35 horas e o máximo de 80 horas. Relativamente ao tempo de trabalho na área da EPH, este apresenta um valor médio de 10,4 anos ($\pm 5,65$).

Tabela 5. Distribuição por idade, número médio de horas semanais de trabalho e tempo de trabalho na área da EPH.

	Média ± DP	Mínimo	Máximo
Idade	40,0 (±7,6)	29	60
Número médio de horas semanais de trabalho	48,7 (±10,9)	35	80
Tempo de trabalho na área de EPH	10,4 (±5,65)	0,5	20

Na amostra, 36,8% (n=25) têm entre 18 e 35 anos, 52,9% (n=36) têm entre 36 e 50 anos e 10,3% (n=7) têm mais de 50 anos. No que diz respeito ao número médio de horas semanais de trabalho, 32,4% (n=22) trabalham 35 ou 40 horas por semana, 39,7% (n=27) trabalham 41 a 50 horas por semana e 27,9% (n=19) trabalham mais de 50 horas por semana. Por último, no que se refere ao tempo de trabalho na área de EPH, 25,0% (n=17) trabalham na área da EPH há “Até 5 anos”, 16,2% (n=11) trabalham na área da EPH há “5-10 anos”, 42,6% (n=29) trabalham na área da EPH há “10-15 anos” e 16,2% (n=11) trabalham na área da EPH há “15-20 anos”.

Tabela 6. Distribuição da idade, número médio de horas semanais de trabalho e tempo de trabalho na área da EPH, agrupados em classes.

Idade	18 - 35 anos	25 (36,8%)
	36 - 50 anos	36 (52,9%)
	> 50 anos	7 (10,3%)
Nº Médio de horas semanais de trabalho	35 ou 40 h	22 (32,4%)
	41 a 50 h	27 (39,7%)
	Mais de 50 h	19 (27,9%)
Há quanto tempo trabalha na área da EPH?	Até 5 anos	17 (25,0%)
	5-10 anos	11 (16,2%)
	10-15 anos	29 (42,6%)
	15-20 anos	11(16,2%)

3.2 Caracterização da Satisfação com o trabalho atual e Motivação

O valor médio da “Satisfação com o trabalho atual” é de 3,47 (±0,82), o valor médio da “Motivação para exercer o trabalho no momento atual” é de 3,38 (±1,02) e o valor médio da “Motivação quando começou a exercer este trabalho” é de 4,88 (±0,37). Portanto, a média da “Motivação quando começou a exercer o trabalho” estava próxima do máximo

da escala, tendo diminuído a “Motivação para exercer o trabalho no momento atual” que apresenta um valor ainda acima do ponto intermédio da escala. Assim, ainda que se tenha assistido a uma diminuição na motivação para exercer o trabalho no momento atual, a satisfação com o trabalho atual mantém um valor acima do ponto intermédio da escala, conforme apresentado na Tabela 7.

Tabela 7. Resultados da Satisfação com o trabalho atual e Motivação.

	Média ± DP	Mínimo	Máximo
Satisfação com o trabalho atual	3,47 ± 0,82	2	5
Motivação para exercer o trabalho no momento atual	3,38 ± 1,02	1	5
Motivação quando começou a exercer este trabalho	4,88 ± 0,37	3	5

Os valores indicados reportam-se à escala de medida: 1- Pouca; ...; 5- Muita.

3.3 Caracterização das dimensões da escala MBI

Da aplicação do Maslach Burnout Inventory, e cujos resultados são indicados na Tabela 8, obteve-se uma média de 24,54 ($\pm 11,13$) na Exaustão Emocional, de 8,69 ($\pm 4,98$) na Despersonalização e de 31,97 ($\pm 11,32$) na Realização Pessoal. Os valores encontrados correspondem a níveis moderados de Exaustão Emocional e Despersonalização e nível baixo a moderado na dimensão da Realização Pessoal.

Tabela 8. Resultado global do MBI, média da amostra e valores mínimos e máximos.

	Média ± DP	Mínimo	Máximo
Exaustão Emocional (EE)	24,54 ± 11,13	3	45
Despersonalização (D)	8,69 ± 4,98	0	18
Realização Pessoal (RP)	31,97 ± 11,32	11	48

Pela Tabela 9, observa-se que, da amostra em estudo, 47,1% apresentavam elevados níveis de Exaustão Emocional, 22,1% níveis elevados de Despersonalização e 38,2% níveis baixos de Realização Pessoal, estando estas categorias associadas a níveis mais altos de *burnout*.

Tabela 9. Distribuição de cada uma das dimensões do MBI.

	Baixo	Moderado	Elevado
EE	19 (27,9%)	17 (25,0%)	32 (47,1%)
D	25 (36,8%)	28 (41,2%)	15 (22,1%)
RP	26 (38,2%)	17 (25,0%)	25 (36,8%)

3.4 Relação entre os fatores sociodemográficos e laborais e os níveis de *burnout*

Analisando a Tabela 10, observa-se que as percentagens de exaustão emocional e despersonalização elevadas são superiores para o sexo feminino, enquanto que a percentagem de realização pessoal moderada ou elevada é superior para o sexo masculino. Não obstante conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de *burnout* e o sexo masculino e feminino ($p > 0,05$).

Tabela 10. Resultados dos níveis de *burnout* por sexo.

		Baixo	Moderado	Elevado	<i>p-value</i> #
EE	Masculino	11 (30,6%)	9 (25,0%)	16 (44,4%)	0,861
	Feminino	8 (25,0%)	8 (25,0%)	16 (50,0%)	
D	Masculino	15 (41,7%)	15 (41,7%)	6 (16,7%)	0,469
	Feminino	10 (31,3%)	13 (40,6%)	9 (28,1%)	
RP	Masculino	12 (33,3%)	10 (27,8%)	14 (38,9%)	0,667
	Feminino	14 (43,8%)	7 (21,9%)	11 (34,4%)	

Teste do Qui-Quadrado

Considerando a Tabela 11 observam-se diferenças estatísticas significativas entre os estados civis na dimensão da Realização Pessoal ($p < 0,05$), isto é, o valor médio da dimensão Realização Pessoal é superior para casado/união de facto e inferior para divorciado. Em contrapartida, o valor médio da Exaustão Emocional é superior para divorciado e o valor médio da Despersonalização é superior para divorciado e inferior para solteiro, mas nestas dimensões as diferenças analisadas não são estatisticamente significativas.

Tabela 11. Relação entre as dimensões do MBI e o estado civil.

	Estado civil	Média ± DP	p-value
EE	Solteiro	24,07 ± 13,18	0,182
	Casado/União de Facto	23,70 ± 10,54	
	Divorciado	32,33 ± 8,41	
D	Solteiro	7,20 ± 5,77	0,327
	Casado/União de Facto	8,83 ± 4,72	
	Divorciado	11,33 ± 4,41	
RP	Solteiro	32,13 ± 10,74	** 0,013
	Casado/União de Facto	33,70 ± 10,52	
	Divorciado	18,00 ± 10,73	

#2 Teste de Kruskal-Wallis (X_2); ** $p < 0,05$

Considerando os níveis elevados de Exaustão Emocional e Despersonalização associados a níveis baixos de Realização Pessoal (isto é, níveis mais altos de *burnout*), a percentagem é superior para médico e inferior para TEPH. A percentagem de Realização Pessoal elevada é superior para enfermeiro e inferior para médico. Contudo não se verificam diferenças significativas entre os níveis de *burnout* nos médicos, enfermeiros ou TEPH, como se pode ver pela Tabela 12 ($p > 0,05$).

Tabela 12. Resultados dos níveis de *burnout* por categoria profissional.

		Baixo	Moderado	Elevado	p-value
EE	Médico	8 (27,6%)	5 (17,2%)	16 (55,2%)	0,663
	Enfermeiro	6 (27,3%)	6 (27,3%)	10 (45,5%)	
	TEPH	5 (29,4%)	6 (35,3%)	6 (35,3%)	
D	Médico	11 (37,9%)	10 (34,5%)	8 (27,6%)	0,712
	Enfermeiro	8 (36,4%)	9 (40,9%)	5 (22,7%)	
	TEPH	6 (35,3%)	9 (52,9%)	2 (11,8%)	
RP	Médico	14 (48,3%)	8 (27,6%)	7 (24,1%)	0,057
	Enfermeiro	9 (40,9%)	2 (9,1%)	11 (50,0%)	
	TEPH	3 (17,6%)	7 (41,2%)	7 (41,2%)	

Teste do Qui-Quadrado

No que concerne aos níveis de *burnout* por hospital, as percentagens de Exaustão Emocional e Despersonalização moderada ou elevada são superiores para ULS Guarda. Relativamente à percentagem de nível baixo de Realização Pessoal, esta é superior para

ULS Guarda. Apesar destes resultados, não se verificaram relações estatisticamente significativas entre o CHUCB e a ULS Guarda ($p > 0,05$).

Tabela 13. Resultados dos níveis de *burnout* por hospital.

		Baixo	Moderado	Elevado	p-value
					#
EE	CHUCB	14 (29,8%)	11 (23,4%)	22 (46,8%)	0,843
	ULS Guarda	5 (23,8%)	6 (28,6%)	10 (47,6%)	
D	CHUCB	18 (38,3%)	19 (40,4%)	10 (21,3%)	0,923
	ULS Guarda	7 (33,3%)	9 (42,9%)	5 (23,8%)	
RP	CHUCB	16 (34,0%)	12 (25,5%)	19 (40,4%)	0,529
	ULS Guarda	10 (47,6%)	5 (23,8%)	6 (28,6%)	

Teste do Qui-Quadrado

Pela Tabela 14 é possível constatar que a percentagem de Exaustão Emocional elevada é superior para 18-35 anos e a percentagem do nível elevado de Despersonalização é também superior para 18-35 anos, porém as relações não são estatisticamente significativas.

Pelo contrário, a Realização Pessoal baixa é superior para 36-50 anos, a Realização Pessoal moderada é superior para 18-35 anos e a percentagem de Realização Pessoal elevada é superior para mais de 50 anos, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o Teste do Qui-Quadrado ($p = 0,020$).

Tabela 14. Resultados dos níveis de *burnout* por idade.

		Baixo	Moderado	Elevado	p-value
					#
EE	18 - 35 Anos	7 (28,0%)	5 (20,0%)	13 (52,0%)	0,378
	36 - 50 Anos	8 (22,2%)	11 (30,6%)	17 (47,2%)	
	Mais de 50 Anos	4 (57,1%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	
D	18 - 35 Anos	10 (40,0%)	8 (32,0%)	7 (28,0%)	0,403
	36 - 50 Anos	11 (30,6%)	17 (47,2%)	8 (22,2%)	
	Mais de 50 Anos	4 (57,1%)	3 (42,9%)	0 (0,0%)	
RP	18 - 35 Anos	6 (24,0%)	11 (44,0%)	8 (32,0%)	0,020 **
	36 - 50 Anos	18 (50,0%)	6 (16,7%)	12 (33,3%)	
	Mais de 50 Anos	2 (28,6%)	0 (0,0%)	5 (71,4%)	

Teste do Qui-Quadrado; ** $p < 0,05$

Pormenorizando a Tabelas 15 e Tabela 16 conclui-se que não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre os níveis de *burnout* e as horas semanais de trabalho e entre os níveis de *burnout* e o tempo de trabalho na área da emergência pré-hospitalar, já que para todas as categorias analisadas, o *p-value* é superior a 0,05.

Tabela 15. Resultados dos níveis de *burnout* por número de horas semanais de trabalho e tempo de trabalho na área da EPH.

			Baixo	Moderado	Elevado	<i>p-value</i> #
Número de horas semanais de trabalho	EE	35 ou 40 horas	8 (36,4%)	5 (22,7%)	9 (40,9%)	0,697
		41 a 50 horas	5 (18,5%)	8 (29,6%)	14 (51,9%)	
		Mais de 50 horas	6 (31,6%)	4 (21,1%)	9 (47,4%)	
	D	35 ou 40 horas	10 (45,5%)	8 (36,4%)	4 (18,2%)	0,608
		41 a 50 horas	9 (33,3%)	10 (37,0%)	8 (29,6%)	
		Mais de 50 horas	6 (31,6%)	10 (52,6%)	3 (15,8%)	
	RP	35 ou 40 horas	5 (22,7%)	6 (27,3%)	11 (50,0%)	0,418
		41 a 50 horas	12 (44,4%)	6 (22,2%)	9 (33,3%)	
		Mais de 50 horas	9 (47,4%)	5 (26,3%)	5 (26,3%)	
Tempo de trabalho na área da EPH	EE	Até 5 anos	3 (17,6%)	6 (35,3%)	8 (47,1%)	0,747
		5 - 10 anos	4 (36,4%)	1 (9,1%)	6 (54,5%)	
		10 - 15 anos	8 (27,6%)	7 (24,1%)	14 (48,3%)	
		15 - 20 anos	4 (36,4%)	3 (27,3%)	4 (36,4%)	
	D	Até 5 anos	5 (29,4%)	6 (35,3%)	6 (35,3%)	0,495
		5 - 10 anos	4 (36,4%)	5 (45,5%)	2 (18,2%)	
		10 - 15 anos	10 (34,5%)	12 (41,4%)	7 (24,1%)	
		15 - 20 anos	6 (54,5%)	5 (45,5%)	0 (0,0%)	
	RP	Até 5 anos	5 (29,4%)	5 (29,4%)	7 (41,2%)	0,680
		5 - 10 anos	5 (45,5%)	4 (36,4%)	2 (18,2%)	
		10 - 15 anos	11 (37,9%)	5 (17,2%)	13 (44,8%)	
		15 - 20 anos	5 (45,5%)	3 (27,3%)	3 (27,3%)	

Teste do Qui-Quadrado

Tabela 16. Resultados das relações entre as dimensões do MBI, as horas semanais de trabalho e o tempo de trabalho na área da EPH

			Média ± DP	p-value #2
Horas semanais de trabalho	EE	35 ou 40 h	22,82 ± 11,74	0,596
		41 a 50 h	25,44 ± 10,25	
		Mais de 50 h	25,26 ± 11,96	
	D	35 ou 40 h	7,77 ± 5,37	0,475
		41 a 50 h	9,33 ± 5,13	
		Mais de 50 h	8,84 ± 4,37	
	RP	35 ou 40 h	35,41 ± 10,35	0,280
		41 a 50 h	30,26 ± 11,55	
		Mais de 50 h	30,42 ± 11,76	
Tempo de trabalho na área da EPH	EE	Até 5 anos	26,65 ± 11,40	0,693
		5-10 anos	25,18 ± 12,48	
		10-15 anos	24,28 ± 10,70	
		15-20 anos	21,36 ± 11,24	
	D	Até 5 anos	9,53 ± 5,73	0,662
		5-10 anos	8,45 ± 4,68	
		10-15 anos	8,83 ± 5,24	
		15-20 anos	7,27 ± 3,41	
	RP	Até 5 anos	34,12 ± 9,37	0,496
		5-10 anos	28,45 ± 10,63	
		10-15 anos	32,83 ± 12,50	
		15-20 anos	29,91 ± 11,82	

#2 Teste de Kruskal-Wallis (X_2)

3.5 Relação entre as dimensões de *burnout*

Através da análise da Tabela 17, verifica-se uma relação positiva elevada estatisticamente significativa entre Exaustão Emocional e Despersonalização ($r=0,770$, $p<0,001$).

Por outro lado, verifica-se uma relação negativa moderada estatisticamente significativa entre Exaustão Emocional e Realização Pessoal ($r=-0,670$, $p<0,001$), e uma relação negativa baixa estatisticamente significativa entre Despersonalização e Realização Pessoal ($r=-0,450$, $p<0,001$).

Tabela 17. Relação entre as várias dimensões de *burnout*.

	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Exaustão Emocional	1		
Despersonalização	0,770 ^{#3} p=0,000 ^{***}	1	
Realização Pessoal	-0,670 ^{#3} p=0,000 ^{***}	-0,450 ^{#3} p=0,000 ^{***}	1

^{#3}Coefficiente de correlação de Pearson (r); ^{***}p < 0,01

3.6 Relação entre o grau de satisfação com o trabalho, a motivação e o nível de *burnout*

A Tabela 18 demonstra uma relação negativa moderada estatisticamente significativa entre a Satisfação com o trabalho atual e a Exaustão Emocional ($r=-0,502$, $p<0,001$), uma relação negativa baixa estatisticamente significativa entre a Satisfação com o trabalho atual e a Despersonalização ($r=-0,403$, $p=0,001$) e relação positiva moderada estatisticamente significativa entre a Satisfação com o trabalho atual e a Realização Pessoal ($r=0,520$, $p<0,001$).

Por outro lado, relativamente à Motivação para exercer o trabalho no momento atual, verifica-se relação negativa moderada estatisticamente significativa com a Exaustão Emocional ($r=-0,630$, $p<0,001$), uma relação negativa baixa estatisticamente significativa com a Despersonalização ($r=-0,427$, $p<0,001$) e relação positiva moderada estatisticamente significativa com a Realização Pessoal ($r=0,613$, $p<0,001$).

Por último, no que diz respeito à Motivação quando começou a exercer este trabalho, observaram-se relações negligenciáveis estatisticamente não significativas para todas as dimensões do MBI. Estes resultados indicam que a Motivação quando começou a exercer este trabalho não está relacionada de forma significativa com as dimensões da escala.

Tabela 18. Relação entre o grau de satisfação com o trabalho e a motivação com as dimensões de *burnout*.

	Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Satisfação com o trabalho atual	-0,502 _{#3} p=0,000***	-0,403 _{#3} p=0,001***	0,502 _{#3} p=0,000***
Motivação para exercer o trabalho no momento atual	-0,630 _{#3} p=0,000***	-0,427 _{#3} p=0,000***	0,613 _{#3} p=0,000***
Motivação quando começou a exercer este trabalho	0,125 _{#3} p=0,309	0,069 _{#3} p=0,574	-0,141 _{#3} p=0,253

_{#3}Coefficiente de correlação de Pearson (r); ***p < 0,01

De acordo com a Tabela 19, valor médio da Satisfação com o trabalho atual diminui com o aumento da Exaustão Emocional, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ($X_2=19,10$, $p<0,001$); o valor médio da Motivação para exercer o trabalho no momento atual diminui com o aumento da Exaustão Emocional, já que as diferenças observadas têm significância estatística ($X_2=20,69$, $p<0,001$).

O valor médio da Satisfação com o trabalho atual é superior para a Despersonalização baixa e a média da Motivação para exercer o trabalho no momento atual diminui com o aumento da Despersonalização, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ($p<0,01$).

No que concerne ao valor médio da Satisfação com o trabalho atual, este aumenta com o aumento da Realização Pessoal, existindo significância estatística ($X_2=14,85$, $p=0,001$); já o valor médio da Motivação para exercer o trabalho no momento atual aumenta com o aumento da Realização Pessoal, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ($X_2=19,45$, $p<0,001$).

Por fim, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios de Motivação quando começou a exercer este trabalho e os níveis de *burnout* para cada uma das dimensões do MBI.

Tabela 19. Relação entre o grau de satisfação com o trabalho e a motivação com os níveis das dimensões de *burnout*.

			Média ± DP	p-value
Satisfação com o trabalho atual	EE	Baixo	4,05 ± 0,62	X ₂ =19,10
		Moderado	3,59 ± 0,80	*** 0,000
		Elevado	3,06 ± 0,72	
	D	Baixo	3,92 ± 0,64	X ₂ =13,02
		Moderado	3,21 ± 0,74	*** 0,001
		Elevado	3,20 ± 0,94	
	RP	Baixo	3,00 ± 0,63	X ₂ =14,85
		Moderado	3,65 ± 0,79	*** 0,001
		Elevado	3,84 ± 0,80	
Motivação para exercer o trabalho no momento atual	EE	Baixo	4,11 ± 0,88	X ₂ =20,69
		Moderado	3,65 ± 0,79	*** 0,000
		Elevado	2,81 ± 0,90	
	D	Baixo	3,96 ± 0,84	X ₂ =13,47
		Moderado	3,14 ± 0,93	*** 0,001
		Elevado	2,87 ± 1,06	
	RP	Baixo	2,69 ± 0,93	X ₂ =19,45
		Moderado	3,71 ± 0,92	*** 0,000
		Elevado	3,88 ± 0,78	
Motivação quando começou a exercer este trabalho	EE	Baixo	4,84 ± 0,37	X ₂ =1,21
		Moderado	4,82 ± 0,53	0,546
		Elevado	4,94 ± 0,25	
	D	Baixo	4,84 ± 0,37	X ₂ =1,26
		Moderado	4,93 ± 0,26	0,532
		Elevado	4,87 ± 0,52	
	RP	Baixo	4,92 ± 0,27	X ₂ =1,49
		Moderado	4,94 ± 0,24	0,474
		Elevado	4,80 ± 0,50	

#2 Teste de Kruskal-Wallis (X₂); *** p < 0,01

Discussão

Após apresentação, análise e interpretação dos resultados, este capítulo é dedicado à reflexão crítica dos mesmos, confrontando os resultados obtidos com alguns trabalhos de investigação científica do âmbito da relação entre *burnout* e emergência médica. Nesta secção procura-se responder aos objetivos formulados inicialmente na Introdução e analisar perspectivas futuras.

Objetivo 1. Averiguar a existência de elevados níveis da síndrome de *burnout* na população em estudo

Da aplicação do Maslach Burnout Inventory de Manita (2003), traduzido e adaptado para a população portuguesa, obteve-se uma média de 24,54 ($\pm 11,13$) na Exaustão Emocional, de 8,69 ($\pm 4,98$) na Despersonalização e de 31,97 ($\pm 11,32$) na Realização Pessoal. Portanto ao comparar estes resultados com as categorias estabelecidas teoricamente por Maslach, Jackson e Leiter, verificamos uma Exaustão Emocional de nível moderado. A Despersonalização posiciona-se igualmente num nível moderado de *burnout* para esta dimensão. No que se refere à Realização Pessoal, esta dimensão assume um nível baixo a moderado na amostra em estudo. Importa realçar que esta última dimensão se relaciona de forma inversa ao nível de *burnout*, isto é, para uma baixa Realização Pessoal, maior é o nível de *burnout*. (11)

Estes dados não são totalmente compatíveis com os definidos por Maslach e Jackson para definição de *burnout* já que estas autoras defendem que elevados níveis nas dimensões de Exaustão Emocional e Despersonalização e baixos na Realização Pessoal são indicadores da síndrome de *burnout*. (11,12)

Dos participantes em estudo, 47,1% apresentavam elevados níveis de Exaustão Emocional, 22,1% níveis elevados de Despersonalização e 38,2% níveis baixos de Realização Pessoal, estando estas categorias associadas a níveis mais elevados de *burnout*. Se considerarmos apenas os elementos da amostra que apresentavam simultaneamente elevado nível de Exaustão Emocional, elevado nível de Despersonalização e baixo nível de Realização Pessoal, apenas 10,3% da amostra se enquadra nesta situação. Este é um valor reduzido quando comparado com um estudo francês onde se obteve o valor de 19,3%. (15) A prevalência de *burnout* é incerta e não existe um valor unânime na conjuntura global. Isto acontece porque muitos dos autores

descrevem cada dimensão sem as combinar de modo a obter a prevalência. Ainda assim, vários dados indicam que o seu predomínio seja cada vez elevado, incitando assim a necessidade de maior aprofundamento da temática pelas suas consequências potencialmente nefastas para o indivíduo, organização laboral e sociedade. (16)

Objetivo 2. Estudar a relação entre os fatores sociodemográficos e laborais e o nível de *burnout*

É também objetivo deste trabalho relacionar as variáveis sociodemográficas com as dimensões de *burnout*.

Neste estudo, as dimensões de Exaustão Emocional e Despersonalização foram superiores para o sexo feminino e a dimensão da Realização Pessoal foi superior para o sexo masculino. Contudo constatou-se que não existia relação entre o sexo e os níveis de *burnout* dos profissionais, o que é apoiado por alguns estudos e contrariado por outros. Segundo Maslach e Jackson, não existem diferenças entre os sexos, com exceção da Despersonalização. Estas defendem que o sexo masculino apresenta níveis mais elevados de Despersonalização e a explicação deve-se ao papel feminino enfatizando o cuidar e a preocupação com outras pessoas e seu bem-estar; conseqüentemente, a mulher teria menor probabilidade de responder às pessoas de forma impessoal e insensível. (17) Além disto existe uma tendência para o sexo feminino apresentar um nível ligeiramente mais elevado de Exaustão Emocional (11), o que é compatível com os resultados do presente estudo.

Relativamente à variável da idade, neste estudo verificou-se significância estatística para a Realização Pessoal, já que esta dimensão se demonstrou mais elevada para a classe acima de 50 anos. Isto poderá estar relacionado com o facto de os profissionais com mais idade já se encontrarem adaptados ao stresse e conseguirem lidar bem com a sua carreira. (8) Por outro lado, as dimensões de Exaustão Emocional e Despersonalização revelaram-se superiores para a classe mais nova, entre os 18 e os 35 anos de idade, embora não tenham sido encontradas diferenças significativas. Estes achados estão de acordo com estudos prévios, como o de Maslach que diz que o *burnout* pode ocorrer com mais intensidade no início da carreira. (8,11,18) Este resultado encontra-se alinhado com outros estudos realizados em médicos e enfermeiros portugueses. Uma justificação para esta situação é o facto dos mais jovens, por terem começado a trabalhar há menos tempo, revelam menor experiência profissional e, por sua vez, uma maior insegurança nas suas

ações, o que pode gerar situações de maior stress, já que não tiveram tempo suficiente para formular estratégias efetivas de *coping* (2,4,19)

No que concerne à variável do estado civil, os resultados deste estudo revelaram-se estatisticamente significativos para a dimensão da Realização Pessoal, ou seja, o valor médio desta dimensão é superior para casados/união de facto e inferior para divorciados. Por outro lado, a Exaustão Emocional é superior nos solteiros e a Despersonalização é superior nos divorciados, ainda que as diferenças não tenham significância estatística. Estes achados são compatíveis com o que é encontrado na restante literatura portuguesa e internacional. É unânime que aqueles que são solteiros parecem ser mais propensos ao *burnout* quando comparados com os que são casados e sabe-se também que os solteiros ou divorciados têm maior Exaustão Emocional. (8,11) Diversos estudos nacionais reconhecem que a relação conjugal pode funcionar como suporte emocional, uma vez que a responsabilidade com a casa e cônjuge contribui para se lidar melhor com os problemas que possam ocorrer, protegendo, assim, de *burnout*. (4,19)

No que se refere à categoria profissional, este trabalho de investigação não obteve diferenças estatisticamente significativas entre as diversas profissões em estudo, isto é, médicos, enfermeiros e TEPH. Ainda assim, e considerando níveis elevados de Exaustão Emocional e Despersonalização e níveis baixos de Realização Pessoal, a percentagem foi maior para médicos e inferior para TEPH. De facto, diversos estudos internacionais apontam a profissão médica como a categoria mais afetada pelo *burnout*, visto que o nível elevado de Exaustão Emocional poderá resultar da necessidade de atuação rápida e eficaz na emergência pré-hospitalar, deixando pouco espaço para emoções. (20) Por outro lado, os enfermeiros apresentaram níveis mais elevados de Realização Pessoal e os médicos níveis mais baixos. Este achado contraria outros estudos portugueses incluídos na pesquisa bibliográfica, que defendem maior Realização Pessoal em médicos e menor em enfermeiros. (4,21) Outro estudo português defende similaridade de duas das profissões, isto é, médicos e enfermeiros, frisando o alto risco de desenvolvimento de *burnout* em ambos os tipos profissionais. (2)

Para os dois hospitais estudados não se verificou significância estatística entre eles. Todavia, as percentagens de elevada Exaustão Emocional e Despersonalização foram superiores para a ULS Guarda, bem como uma Realização Pessoal mais baixa para os profissionais desta instituição. Importa ressaltar ainda a diferença de taxa de respostas entre a ULS Guarda e CHUCB, o que pode justificar estes resultados. A nível nacional existe um trabalho de investigação no qual se estudaram os níveis de *burnout* (apenas de

médicos e enfermeiros) para os diferentes distritos, sendo o distrito da Guarda detentor de níveis de *burnout* mais elevados nos médicos quando comparados com o distrito de Castelo Branco. No referente à enfermagem, não se observaram diferenças entre os dois distritos. (2)

Para as variáveis “Número médio de horas semanais de trabalho” e “Tempo de trabalho na área da EPH” não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as respetivas classes e níveis de *burnout*. Contudo, no que concerne à carga horária semanal, estudos clarificam que esta se encontra diretamente relacionada com a exaustão em contexto de *burnout*. Porém Maslach defende no seu estudo que tanto cargas laborais baixas ou altas levam ao desenvolvimento de *burnout*, uma vez que cargas horárias altas causam exaustão e cargas baixas podem fazer com que o profissional se sinta pouco produtivo. (11) Assim, como seria de esperar, diversos estudos nacionais e internacionais mostram correlação positiva entre Exaustão Emocional e a amplitude do horário de trabalho. (5)

Relativamente ao tempo de trabalho na área da EPH, a literatura científica não é congruente, já que há disparidade nos diversos estudos. Alguns estudos sugerem que o *burnout* diminui com o aumento dos anos de experiência profissional (4), o que se adequa aos resultados do presente estudo, apesar de não terem relevância estatística nesta variável. Os estudos realizados são controversos pois enquanto uns postulam que quanto maior o número de anos de trabalho, maior a probabilidade de *burnout*, outros negam qualquer associação entre o número de anos de trabalho e o desenvolvimento da síndrome de *burnout*. (22)

Objetivo 3. Analisar a relação entre as várias dimensões de *burnout*

No presente estudo encontrou-se relação entre as várias dimensões de *burnout*, todas estatisticamente significativas. De facto, verificou-se uma relação positiva elevada entre Exaustão Emocional e Despersonalização, sugerindo que os que têm mais Exaustão Emocional, apresentam também mais Despersonalização. Por outro lado, constatou-se uma relação negativa moderada entre Exaustão Emocional e Realização Pessoal. Já entre Despersonalização e Realização Pessoal, estabeleceu-se uma relação negativa baixa, ou seja, os que se sentem mais realizados, têm menos Exaustão Emocional e Despersonalização, como seria expectável. A bibliografia científica disponível apoia estes achados, como é o caso de um estudo realizado em Espanha que estabelece que a

Exaustão Emocional está positivamente correlacionada com Despersonalização e negativamente correlacionada com a Realização Pessoal. Esta última encontra-se negativamente relacionada com Exaustão Emocional. (3)

Outros autores propuseram que a Exaustão Emocional surgisse como primeira resposta ao stresse ocupacional, sendo mais tarde precursora de uma atitude negativa e de indiferença perante o outro (Despersonalização) e o próprio (Realização Pessoal diminuída). (23)

Objetivo 4. Estudar a relação entre o grau de satisfação com o trabalho, a motivação e o nível de *burnout*

Para estudar a relação entre o grau de satisfação e a motivação apurou-se que, embora se tenha assistido a uma diminuição na “Motivação para exercer o trabalho no momento atual”, a “Satisfação com o trabalho atual” mantém um valor acima do ponto intermédio da escala. O valor médio da “Motivação quando começou a exercer este trabalho” estava próximo do seu valor máximo tendo diminuído a “Motivação para exercer o trabalho no momento atual”. Em suma, embora a motivação tenha diminuído, o grau de satisfação mantém-se acima do valor médio, provando que a satisfação não sofreu grande alteração. Estes resultados coincidem com o estudo português realizado por Vara e Queirós, no qual a motivação era mais acentuada no início e que diminuía com o passar do tempo, mas sem interferência significativa na satisfação com o trabalho. (5)

Com o objetivo de relacionar a satisfação e motivação laboral com os níveis de *burnout* encontraram-se resultados com diferenças observadas estatisticamente significativas, nomeadamente que o valor médio da “Satisfação com o trabalho atual” e a “Motivação para exercer o trabalho no momento atual” diminuem com o aumento da exaustão emocional e da despersonalização. Por outro lado, “Satisfação com o trabalho atual” e a “Motivação para exercer o trabalho no momento atual” aumentam com o aumento da realização pessoal. Estes resultados são relativamente expectáveis. Por fim, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios de “Motivação quando começou a exercer este trabalho” e os níveis de *burnout* para cada uma das dimensões do MBI.

Na generalidade da pesquisa realizada verificaram-se algumas incompatibilidades em relação aos resultados encontrados. Alguns estudos salientam que, apesar de muitos

profissionais apresentarem sinais de *burnout* e elevados níveis de stresse, a maioria referia estar satisfeita com o trabalho que desempenha. (15,22) Por outro lado, e contrariamente ao anteriormente exposto, algumas investigações referem que o *burnout* tem uma correlação negativa com a satisfação no trabalho, podendo a satisfação ser encarada como uma resposta emocional ao trabalho. (24) Outros estudos defendem que o *burnout* aumenta com a baixa satisfação laboral e que esta prediz a exaustão emocional. (12,25)

Objetivo 5. Apresentar estratégias de *coping*

Apesar de não ser o objetivo principal deste estudo considerou-se pertinente apresentar, ainda que de forma sucinta, algumas estratégias de *coping*. Segundo Sousa-Ferreira, estas “consistem em habilidades que são desenvolvidas para melhor domínio de situações de stresse e de adaptação, com o objetivo de aumentar, criar ou manter a perceção de autocontrolo e limitar as características aversivas de determinado evento, dependendo do repertório individual e de experiências repetidamente reforçadas. Em situações limite em que os recursos de *coping* não são suficientes para lidar com a situação, pode surgir o *burnout*.” (26)

Dada a incapacidade de intervir junto das contingências e estímulos potencialmente traumáticos aos quais os profissionais de EPH são diariamente expostos, destaca-se a importância de intervir junto dos profissionais, incitando ao desenvolvimento proactivo de competências de resiliência que permitam a adaptação a estes desafios atenuando o sofrimento laboral. (27)

Estas estratégias podem ser divididas em estratégias focadas no problema e focadas na emoção. As primeiras permitem ativamente transformar a situação stressante, por meio de esforços cognitivos e internos ou práticos e externos, e predominam em situações percecionadas como passíveis de alteração. As segundas, pelo contrário, predominam quando a situação é vista como perdurável e inalterável, e permitem a regulação do stresse e ativação emocional, decorrentes das exigências da situação. (27)

As estratégias de *coping* podem ser alvo de intervenções organizacionais, individuais ou de grupo. A nível organizacional estas focam-se na implementação de programas que visem aperfeiçoar o sistema de capacitação profissional com aprendizagem de perícias de *coping* e autodiagnóstico do *self*. Estas sessões devem também focar, entre outras, a

comunicação, competências relacionais, gestão de conflitos e de expectativas. (10) Tornam-se fulcrais nas instituições de emergência, dada a impossibilidade de minimizar a frequência e/ou exposição aos estímulos traumáticos. Um estudo realizado em 2019 concluiu ser fundamental a existência de sinergismo entre as competências individuais de resiliência perante situações stressantes e a resiliência organizacional que permite a instituição estar em constante adaptação quanto aos imprevistos que caracterizam a sua atividade. (27)

Limitações do estudo

Este estudo possui algumas limitações que condicionam a validade dos resultados, pelo que devem ser corrigidas numa futura replicação do mesmo.

Em primeiro lugar, este é um estudo de natureza transversal, pelo que não permite inferir causalidade. Seria interessante a realização de um estudo longitudinal futuro, possibilitando uma melhor definição a síndrome e das suas relações, bem como a sua evolução ao longo do tempo.

Em segundo lugar, a dimensão da amostra é relativamente baixa, colocando limitações ao nível da validade dos resultados, pelo que estes não devem ser generalizáveis ao universo de todos os profissionais de saúde que trabalham na área da emergência pré-hospitalar. Também o facto de existir alguma disparidade da amostra entre as categorias profissionais, em especial a profissão médica em detrimento dos TEPH poderá ter influenciado os resultados.

Em terceiro lugar, a modalidade de autopreenchimento do questionário comporta consigo possíveis enviesamentos já que os participantes no estudo, ainda que sejam informados do anonimato do questionário e da confidencialidade dos dados, podem facilmente criar viés nas respostas. Além disto, considerando as afirmações do MBI referentes à dimensão da despersonalização, podem surgir constrangimentos já que é difícil para um profissional de saúde admitir que trata os doentes ou colegas de forma “impessoal”.

Em quarto lugar, a síndrome de *burnout* pode ter como implicações o aumento do absentismo. Surge assim o efeito do “trabalhador saudável”, em que apenas os profissionais no ativo podem participar na investigação. Tendo isto em consideração, aquando da aplicação dos questionários, os profissionais com níveis de *burnout* mais elevados poderão não ter respondido por estarem ausentes dos seus locais de trabalho.

Por fim, poder-se-ia ter incluído mais dados sociodemográficos e dados sobre as condições de trabalho. Além destes, seria também interessante incluir perguntas acerca de sinais e sintomas físicos, psicológicos e sociais. Para melhor avaliação da satisfação no trabalho sugere-se que, em trabalhos futuros, se incluam escalas específicas de satisfação laboral, nomeadamente *Physician Job Satisfaction Measurement Instrument* ou *MSSS Medical Staff Satisfaction Scale*.

Conclusão

Do presente estudo conclui-se que os profissionais de emergência pré-hospitalar da Cova da Beira e Guarda apresentam uma prevalência de *burnout* de 10,3%, isto é, aqueles que demonstraram simultaneamente níveis elevados de Exaustão Emocional e Despersonalização, conjugados com baixa Realização Pessoal. Verificou-se ainda que a idade superior a 50 anos e o facto de ser casado/união de facto são variáveis onde se registaram níveis mais elevados de Realização Pessoal.

Relativamente às diferentes dimensões de *burnout*, constatou-se relação positiva entre Exaustão Emocional e Despersonalização e ainda a relação inversa da Realização Pessoal com as duas anteriores. Por último, concluiu-se que embora os participantes tenham reduzido a sua motivação para exercer o trabalho atual e apresentem sinais de *burnout*, a maioria continua satisfeita com o trabalho que desempenha.

Ainda que a generalidade dos resultados não seja alarmante, estes devem ser valorizados dada a natureza insidiosa da síndrome. Apesar da satisfação profissional se manter elevada e a prevalência de *burnout* seja baixa, estes profissionais são vulneráveis ao desenvolvimento da síndrome pois estão diariamente expostos a situações emocionalmente intensas, com necessidade de decidir com urgência e enfrentarem condições de risco. (5)

É notória a progressiva valorização, por parte da sociedade e da comunidade científica, pela temática do stresse e *burnout*. De facto, é inequívoco o interesse dos investigadores científicos por estudos neste contexto, principalmente em profissionais de saúde. O número de investigações é vasto, sobretudo os que estão relacionados com médicos e enfermeiros. Com efeito, avolumam-se os estudos que associam o *burnout* e os profissionais que trabalham nos diferentes serviços, com ênfase nas unidades de cuidados intensivos e nos serviços de oncologia, de urgência e emergência. Todavia, durante a pesquisa bibliográfica, foi evidente a escassez de trabalhos de investigação que relacionem a síndrome de *burnout* com a área da emergência pré-hospitalar. Assim, este estudo procurou alertar para a necessidade de mais estudos neste âmbito.

Bibliografia

1. Amaro HJF, Jesus SN. Vulnerabilidade ao Stresse em Profissionais de Emergência Médica Pré-Hospitalar. *Mudanças - Psicol da Saúde*. 2008;16(1):62–70.
2. Marôco J, Marôco AL, Leite E, Bastos C, Vazão MJ, Campos J. Burnout in Portuguese healthcare professionals: An analysis at the National level | Burnout em profissionais da saúde Portugueses: Uma análise a nível nacional. *Acta Med Port*. 2016;29(1):24–30.
3. Juliá-Sanchis R, Richart-Martínez M, García-Aracil N, José-Alcaide L, Piquer-Donat T, Castejón-de-la-Encina ME. Measuring the levels of burnout syndrome and empathy of Spanish emergency medical service professionals. *Australas Emerg Care* [Internet]. 2019;22(3):193–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.04.003>
4. Oliveira V, Pereira T. Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros - Impacto do trabalho por turnos. *Rev Enferm Ref*. 2012;III Série(nº 7):43–54.
5. Vara N, Queiros C. Burnout: Um risco no desempenho e satisfação profissional nos bombeiros que trabalham na emergência pré-hospitalar. *Territorium*. 2009;(16):173–8.
6. Queirós P. Burnout no Trabalho e Conjugal em Enfermeiros Portugueses. *Rev Investig em Enferm*. 2005;11:3–14.
7. Roque L, Soares L. Burnout Numa Amostra De Psicólogos Portugueses Da Região Autónoma Da Madeira. *Psicol Saúde e Doenças*. 2012;13(1):2–14.
8. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2(2):99–113.
9. Hespanhol A. Burnout e Stress Ocupacional. *Rev Port Psicossomatica*. 2005;7(1–2):153–62.
10. Frasquilho MA. Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos : prevenção e tratamento. *Saúde Ment*. 2005;23:89–98.
11. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52(1):397–422.
12. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. The Maslach Burnout Inventory Manual. *Maslach Burn Invent* [Internet]. 1996;(May 2016):191–217. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/277816643>
13. Manita C. Quando escutar faz mal...: prevenção do burnout num grupo de profissionais de atendimento a vítimas de violência doméstica. Porto; 2003.
14. Marôco J. Análise Estatística com o SPSS Statistics. 7ª Edição. ReportNumber, Lda; 2018. 1013 p.

15. Durand AC, Bompard C, Sportiello J, Michelet P, Gentile S. Stress and burnout among professionals working in the emergency department in a French university hospital: Prevalence and associated factors. *Work*. 2019;63(1):57–67.
16. Trigo TR, Teng CT, Hallak JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. 2007;34(5):223–33.
17. Maslach C, Jackson SE. The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*. 1985;12(7–8):837–51.
18. Deniz T, Saygun M, Eroğlu O, Ülger H, Azapoğlu B. Effect of exposure to violence on the development of burnout syndrome in ambulance staff. *Turkish J Med Sci*. 2016;46(2):296–302.
19. Silva M, Gomes AR. Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estud Psicol*. 2009;14(3):239–48.
20. Moukarzel A, Michelet P, Durand AC, Sebbane M, Bourgeois S, Markarian T, et al. Burnout syndrome among emergency department staff: Prevalence and associated factors. *Biomed Res Int*. 2019;2019.
21. Carlotto MS. Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*. 2017;0(32):4–21.
22. Arora M, Asha S, Chinnappa J, Diwan AD. Review article: Burnout in emergency medicine physicians. *EMA - Emerg Med Australas*. 2013;25(6):491–5.
23. Leiter MP, Maslach C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *J Organ Behav*. 1988;9(4):297–308.
24. Pines A, Maslach C. Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hosp Community Psychiatry*. 1978;29(4):233–7.
25. Halbesleben JRB, Bowler WM. Emotional exhaustion and job performance: The mediating role of motivation. *J Appl Psychol*. 2007;92(1):93–106.
26. Sousa-Ferreira T. Burnout e Estratégias de Coping nos Médicos de Medicina Geral e Familiar dos Cuidados de Saúde Primários pertencentes a Unidade de Saúde Local de Matosinhos. *Rev do Serviço Psiquiatr do Hosp Prof Doutor Fernando Fonseca, EPE*. 2017;15(2):21–32.
27. Fonseca SM, Cunha S, Campos R, Gonçalves SP, Queirós C. Saúde Ocupacional dos Profissionais de Emergência Pré-Hospitalar: Contributo do Trauma e Coping. *Int J Work Cond*. 2019;17(June).

Anexos

Anexo 1. Parecer Comissão de Ética da UBI



comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2019-049:ID1517

Na sua reunião de 24 de setembro de 2019 a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**O Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde de emergência pré-hospitalar da Cova da Beira**”, da proponente **Sara Pereira Bravo**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2019-049.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI, 30 de setembro de 2019

O Presidente da Comissão de Ética

Professor Doutor José António Martinez Souto de Oliveira
Professor Emérito

Anexo 2. Parecer Comissão de Ética da ULS Guarda



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exma. Senhora
Dra. Sara Pereira Bravo
Rua Cónego Maio, 101 r/c
São Bernardo
3810-089 Aveiro

22-11-2019

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA
N.º:
PROC. N.º:


DATA
22-11-2019

ASSUNTO: Pedido de parecer para recolha de questionário - "Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde de emergência pré-hospitalar da Cova da Beira e Guarda"

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V/Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, da ULS da Guarda, E.P.E., nada temos a opor à realização do estudo e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

P.^a A Presidente do Conselho de Administração


(D.ª Isabel Coelho)

Anexo 3. Questionário

Grupo I

1. Hospital a que pertence/Hospital em que está a preencher este questionário:

2. Idade: _____

3. Sexo: Masculino
 Feminino

4. Estado Civil: Solteiro
 Casado/União de Facto
 Divorciado
 Viúvo

5. Profissão: Médico
 Enfermeiro
 Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

6. Tipo de horário: Fixo
 Turnos

7. Número médio de horas semanais de trabalho: _____

8. Há quanto tempo trabalha na área da emergência pré-hospitalar?
_____ anos e _____ meses

9. Indique o grau de satisfação atual:

	Pouca				Muita
	1	2	3	4	5
Satisfação com o seu trabalho atual	1	2	3	4	5
Motivação para exercer o seu trabalho no momento atual	1	2	3	4	5
Motivação quando começou a exercer este trabalho	1	2	3	4	5

(Continua no verso)

Grupo II

Assinale para cada questão a frequência com que vive ou sente cada uma das situações a seguir descritas. Assinale com uma cruz apenas um valor por questão e para a sua resposta tome como referência os últimos 6 meses da sua atividade profissional.

	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. Sinto-me emocionalmente exausto com o meu trabalho							
2. Sinto-me cansado no final de um dia de trabalho							
3. Sinto-me cansado quando me levanto para ir trabalhar							
4. Compreendo facilmente como se sentem as outras pessoas							
5. Trato as outras pessoas como se fossem objetos impessoais							
6. Custa-me trabalhar todo o dia com as outras pessoas							
7. Lido eficazmente com os problemas das outras pessoas							
8. Sinto-me fisicamente exausto com o meu trabalho							
9. Sinto que consigo ajudar as outras pessoas com o meu trabalho							
10. Tornei-me mais insensível com os outros desde que faço este trabalho							
11. Sinto-me preocupado porque este trabalho me deixa mais frio emocionalmente							
12. Sinto-me cheio de energia							
13. Sinto-me frustrado no meu trabalho							
14. Sinto que estou a trabalhar demais							
15. Sinto que não me preocupo com o que acontece às pessoas com quem trabalho							
16. Causa-me stress trabalhar diretamente com as pessoas							
17. Consigo criar um ambiente descontraído com as pessoas com quem trabalho							
18. Sinto-me bem depois de contactar com as outras pessoas							
19. Sinto que consigo fazer coisas úteis no meu trabalho							
20. Sinto que estou a atingir os meus limites							
21. Lido calmamente com os problemas emocionais							
22. Sinto que as outras pessoas me culpam pelos seus problemas							

Adaptado de *Maslach Burnout Inventory* (Maslach & Jackson, 1997, traduzido e validado por Manita, 2003)

Anexo 4. Declaração de Consentimento Livre e Informado

Documento CLIE – Consentimento Livre e Informado

Sara Pereira Bravo, estudante de Medicina da Universidade da Beira Interior a realizar um trabalho de investigação no âmbito da Tese de Mestrado, com o tema “Síndrome de *Burnout* nos profissionais de saúde de emergência pré-hospitalar da Cova da Beira” venho solicitar a sua colaboração neste estudo. Esta investigação tem com objetivo averiguar a existência da síndrome de *Burnout* nos profissionais de saúde da Cova da Beira. Desta forma ser-lhe-á solicitado a resposta a um questionário, dividido em dois grupos. Informo que a sua participação é voluntária, podendo recusar a sua participação. Antes de decidir, poderá pedir todos os esclarecimentos que considere oportunos. Todos os dados que forem recolhidos serão guardados e tratados de forma anónima e confidencial. Não será identificado em nenhum relatório ou publicação.

Título do estudo: Síndrome de *Burnout* nos profissionais de saúde de emergência pré-hospitalar da Cova da Beira

Enquadramento: Este estudo consiste numa dissertação de mestrado em Medicina sob a orientação de Dr. Pedro Lito e Dr. Ricardo Tjeng.

Explicação do estudo: O participante é escolhido de forma aleatória, sendo o único requisito para participar do estudo ser profissional de saúde na área de emergência pré-hospitalar. Se aceitar participar deverá responder a um questionário com duas partes, na primeira deverá preencher os dados sócio-demográficos; na segunda será utilizada a escala MBI – Maslach Burnout Inventory adaptada à língua portuguesa.

Riscos: Não existem.

Financiamento: Não existe.

Remunerações e conflitos de interesse: Não existem.

Confidencialidade e anonimato: Garanto confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo e ainda o anonimato sendo que a identificação dos participantes nunca será tornada pública.

Investigadores:

Sara Pereira Bravo
Dr. Pedro Lito
Dr. Ricardo Tjeng

Se necessitar de informação complementar ou necessite de esclarecer dúvidas poderá contactar através do e-mail: a33913@fcsaude.ubi.pt