



UC/FPCE_2008

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

***Burnout* em Técnicos de Ambulância de Emergência em
Contexto Pré-Hospitalar**

Joana Malheiro Menezes do Vale (joanavale@gameover.pt)

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Área de
Especialização em Psicologia Clínica e Saúde, Subárea de
Especialização de Sistémica Saúde e Família, sob a orientação da Prof.
Dr.^a Isabel Alberto.

***Burnout* em Técnicos de Ambulância de Emergência em Contexto Pré-Hospitalar.**

Resumo

Esta investigação estudou as diferenças observadas no índice de *burnout* entre os *Técnicos de Ambulância de Emergência* (TAE), que já trabalham em contexto pré-hospitalar há algum tempo (grupo um) e os *novos TAE* (ainda em formação) que se preparam para desempenhar funções idênticas a curto prazo (grupo dois). Para o efeito, houve que tomar também em consideração as divergências manifestadas pelos dois grupos no que toca às estratégias de *coping*, às situações indutoras de *stress*, e às influências recíprocas entre os três fenómenos referidos, sobretudo as situações precipitantes de *stress*, no índice de *burnout*. Sendo assim, realizaram-se inquéritos destinados a avaliar as situações desencadeadoras de *stress* (SDS), o índice de *burnout* (MBI) e as estratégias de *coping* (F-Copes), em função de três variáveis: a antiguidade no posto/cargo, o estado civil e o género, respectivamente. A amostra foi recolhida na Delegação da Sub-Região Centro do *Instituto Nacional de Emergência Médica* (INEM). Contrariamente ao que se desprende dos estudos originais, os resultados revelaram que a antiguidade no cargo, o estado civil e o género não interferem, de forma estatisticamente significativa, no índice de *burnout* e que não existe uma correlação entre o total das situações desencadeadoras de *stress* e o total do *MBI*.

Deve advertir-se, porém, que os resultados obtidos podem dever-se ao tamanho reduzido da amostra (N=32), ou à circunstância de a familiaridade e naturalidade com que os profissionais encaram as situações que se lhes deparam, decorrerem, por enquanto, mais da preparação que recebem, e da selecção a que são sujeitos, do que propriamente de uma experiência empírica, que mesmo em relação aos técnicos mais antigos, não ultrapassa ainda os 5 anos, em virtude do seu carácter recente

Palavras-chave: *burnout*, estratégias de *coping*, *stress*, *Técnicos de Ambulância de Emergência* e *Instituto Nacional de Emergência Médica*.

Emergency Ambulances Technicians (TAE) burnout in prehospital emergency context.

Abstract

The investigation aimed at the study of the prevailing differences, concerning the *burnout* index, between the *Technicians of Emergency Ambulances (TAE)* that have been developing their work in prehospital emergency contexts for a while (group one) and the new *TAE* trainees who are still practicing for the job they are supposed to fully assume in the near future (group two). To do so, it was necessary to investigate the different *strategies of coping* and the different *reactions to stress situations* observed in the two groups (as well as the interactions between the three *phenomena* referred, particularly the influence of *stress situations* over the *burnout index*), concerning three main variables: *gender*, *civil state* and *seniority*.

The sample was obtained within the delegation of Coimbra of the *National Institute of Medical Emergency* (INEM).

Contrary to the conclusions that have been long drawn from the original surveys about the subject, no statistically relevant interference of the three variables over the *burnout index* has been observed. One possible explanation could be the fact that the sample was too small (N=32), and the other is related to the relative infancy of the profession - with the basic consequence that no practical experience is yet sufficient to make a difference between the technicians and the trainees. It's much more obvious what they have in common - the same preparation and selection - than the main factor of differentiation: the experience.

Key words: *burnout*, strategies of *coping*, *stress*, *technicians of emergency ambulances (TAE)* and *National Institute of Medical Emergency (INEM)*.

Agradecimentos

Este trabalho marcado por rica experiência e aquisição de vasto conhecimento propiciou um enorme enriquecimento pessoal, social e profissional e a conquista de novas motivações e qualificações.

Agradeço, em particular, à Professora Dra. Isabel Alberto, pela sua sábia orientação, pela disponibilidade e dedicação na orientação deste projecto.

A todos os Técnicos de Ambulância de Emergência do INEM Sub-Região Centro e aos novos TAE (ainda em formação) agradeço a sua colaboração e participação neste estudo pois sem eles esta investigação não teria sido possível.

Agradeço, ainda, de uma forma muito especial, à Dr.^a Sara Rosado sem a qual não teria possível realizar este estágio, no INEM.

À minha família, em especial aos meus pais todo o apoio, estabilidade e confiança que depositaram em mim. E, principalmente, obrigado por acreditarem que era capaz!

Carlos, obrigado por tudo. Pela paciência, carinho, força e apoio dados, nos momentos mais difíceis deste percurso.

Índice

Resumo	
Introdução	1
1. Enquadramento conceptual	1
1.1. Evolução do conceito de <i>burnout</i>	2
1.2. Delimitação do conceito de <i>burnout</i>	6
1.3. Sintomatologia característica do <i>burnout</i>	8
1.4. Factores de risco do <i>burnout</i>	9
1.5. Consequências e impacto do <i>burnout</i>	11
1.6. Estratégias de intervenção e de prevenção	12
2. Objectivos da investigação	15
3. Metodologia	16
3.1. Descrição da Amostra	16
3.2. Instrumentos	18
3.2.1. Questionário demográfico	18
3.2.2. Situações desencadeadoras de <i>stress</i> (SDS)	19
3.2.3. Maslach Burnout Inventory (MBI)	21
3.2.4. Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família (F-COPES)	25
3.3 Procedimentos	28
4. Resultados	29
5. Discussão	35
6. Conclusões	40
Bibliografia	42
Anexos	

Introdução

O presente trabalho de investigação foi delineado no âmbito de um novo estágio curricular no Instituto Nacional de Emergência Médica, na área de Intervenção Psicossocial em Situações de Crise e de Catástrofe. Assim sendo, tornou-se pertinente realizar um estudo exploratório sobre o índice de *burnout* numa amostra composta por Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE) que, pelo carácter do seu trabalho, estão frequentemente em contacto com situações de crise e/ou potencialmente traumáticas e numa amostra de novos TAE (ainda em formação). Ao conhecer os resultados deste estudo poder-se-á observar quais os padrões mais frequentes, em função dos objectivos colocados, bem como, elaborar um programa de prevenção que possa ser implementado no INEM, na hipótese do surgimento deste síndrome, por forma a minimizar a sua incidência.

Começaremos por analisar o índice de *burnout* (que inclui três dimensões, designadamente a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal) em função das variáveis antiguidade no cargo, género e estado civil, com a ajuda do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e posteriormente, analisar-se-á a correlação existente entre o total das situações potenciadoras de *stress* e o índice de *burnout* comparando, respectivamente, com os resultados obtidos no grupo dos novos TAE que ainda se encontram em formação.

O presente trabalho terá uma estrutura dividida em seis partes essenciais. A primeira, consiste na revisão teórica sobre o *burnout*, designadamente a evolução, as perspectivas de estudo, a delimitação do conceito, a sintomatologia que lhe está associada, os factores de risco, as consequências e as estratégias de intervenção e de prevenção.

A segunda, diz respeito à apresentação dos objectivos e hipóteses da investigação.

A terceira parte explica a metodologia utilizada para este estudo, estando subdividida em três momentos: o primeiro pretende fazer a caracterização da amostra; o segundo apresenta e explica os instrumentos utilizados no estudo, nomeadamente: o questionário sócio-demográfico, o questionário de situações desencadeadoras de *stress* (SDS), o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e a escala de avaliação pessoal orientada para a crise em família (F-Copes) e o terceiro momento refere os procedimentos levados a cabo nesta investigação.

Segue-se a quarta e a quinta partes, com a apresentação dos resultados e a sua discussão e, por último, as conclusões gerais do estudo (sexta parte).

I – Enquadramento Conceptual (revisão da literatura).

Burnout é uma metáfora comumente utilizada para descrever um estado ou processo de exaustão mental e desgaste profissional, similar à supressão de um fogo ou à extinção de uma vela. Colman, no dicionário Oxford de Psicologia, define-o como “*uma desordem ou reacção aguda de stress caracterizada pela exaustão, em virtude do excesso de trabalho,*

acompanhada de ansiedade, fadiga, insónia, depressão e deterioração da performance no trabalho” (Colman, 2006, p. 108).

Tomando como referencial a sua raiz etimológica, percebe-se que este conceito remete para a noção de *sentir-se queimado (burn) pelo trabalho* (Gil-Monte, 2003, p. 19), desgastado por fora (*out*), fatigado, esgotado emocionalmente e fisicamente exausto, devido ao desequilíbrio precário criado entre a energia, as forças e os recursos que o indivíduo possui e aqueles que lhe são exigidos no desempenho das suas funções e papéis/atribuições.

Tem-se verificado um crescente número de estudos sobre esta temática, não só pelo facto das instituições, as empresas e os serviços estarem preocupados com a qualidade de vida laboral – bem-estar, saúde laboral, saúde física e mental – propiciada aos trabalhadores como, também, pela necessidade de estudar os processos de *stress* profissional, devido à sua influência nas actividades organizacionais (casos de absentismo, decréscimo da produtividade, qualidade, eficácia, rapidez e sucesso).

1.1. Evolução do conceito de *burnout*

O síndrome do *burnout* e do desgaste profissional, resultante da discrepância entre a percepção individual de esforço e o envolvimento, a longo prazo, em situações emocionalmente exigentes, tem uma história relativamente recente (Farber, 1991, cit. Costa, 2003).

Provavelmente, os mais antigos escritos referentes ao “*burn out*” enquanto estado de exaustão, remontam ao séc. XVI, ano de 1599, quando Shakespeare escreveu *The Passionate Pilgram*¹.

Já no século XX, *Thomas Mann* publica os *Buddenbrooks* (1922), onde narra a história de uma família protestante de comerciantes do Norte da Alemanha e o posterior declínio da dinastia de comerciantes, em virtude da obsessão, incapacidade e desventura. Neste romance, uma das personagens principais – o pai – apresenta alguns sintomas tipicamente associados ao *burnout*, como: a fadiga extrema, o desgaste emocional e a perda de expectativas e de objectivos de vida e profissionais (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993)

No ano de 1960 Bradley publica o romance de Graham Greene intitulado *A Burn-Out Case* (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993). Aqui, conta-se a triste história do famoso arquitecto Querry, cujo carácter, atormentado e marcado pela desesperança, desilusão e cinismo, conduziu ao abandono da sua profissão. Os sintomas manifestados por esta personagem encaixam, perfeitamente, com as descrições correntes do *burnout*.

Embora tenha sido referido por Bradley, em 1969, no seu artigo sobre funcionários responsáveis por um programa comunitário de tratamento para jovens delinquentes, foi em 1974, com Herbert Freudenberger e o seu artigo *Staff-burnout* que o conceito se popularizou (Schaufeli & Buunk, 2003).

Neste artigo, onde descrevia os sintomas físicos verificados num

¹ “(...) *She burnt with loue, as straw with fire flameth. She burnt out loue, as soon as straw out burneth* (...)” (Schaufeli & Buunk, 2003, p. 383).

grupo de funcionários/pacientes de uma clínica de toxicodependentes, o autor propôs a primeira perspectiva de abordagem do *burnout* – **perspectiva clínica**. Segundo Freudenberger, o *burnout* caracteriza-se por uma sensação ou estado de fracasso e desgaste causado pelo dispêndio excessivo de energia, recursos pessoais ou forças exigidas ao indivíduo e manifesta-se através de uma crise de identidade que coloca em questão todas as características da pessoa no plano físico, psíquico e relacional. Dito de outro modo, é como que “*um incêndio interno resultante da tensão produzida pela vida moderna, afectando negativamente a relação subjectiva com o trabalho*” (Freudenberger, 1974, p. 159).

Schaufeli e Enzmann (1980, p. 15, cit. Carvalho, 2005) afirmam que a limitação destes modelos está consignada a uma abordagem clínica do síndrome, centrada nas variáveis e nos factores pessoais subjacentes. Muitas destas propostas de estudo não têm preocupações empíricas. Embora a perspectiva clínica persista até aos dias de hoje, foi perdendo muita da sua prestação e importância iniciais, com o surgimento de estudos com maior ênfase empírica e mais sistematizados.

Em 1980, Cherniss (Schaufeli, Maslach, & Marek 1993, p.3) propõe uma primeira definição incisiva sobre o processo de *burnout*, descrevendo-o como “*o processo no qual as atitudes e comportamentos dos profissionais mudam, negativamente, em resposta à tensão no trabalho*”. Juntamente com esta, explicou que o *burnout* se manifesta ao longo de três estádios distintos.

O **primeiro estádio** em que as necessidades de trabalho são superiores aos recursos materiais e humanos (desequilíbrio característico do *burnout*) e o indivíduo percebe a sobrecarga de trabalho, surgindo o *stress* laboral (*stress*). O **segundo estádio** corresponde ao momento em que, ao perceber o desequilíbrio criado, o sujeito produz uma resposta emocional (tensão emocional, fadiga e exaustão imediatas) e esforça-se por se adaptar (*strain*). O **terceiro estádio** caracteriza-se por um conjunto de mudanças atitudinais e comportamentais no sujeito, num sentido adaptativo, com o intuito deste se proteger das tensões que enfrenta.

Cherniss conclui referindo que as excessivas exigências no trabalho são vistas como a principal causa do *burnout*, mantidas por estratégias de *coping* defensivas, de evitamento e retrocesso (Schaufeli, Maslach, & Marek 1993).

Ainda no ano de 1980, Edelwich e Brodsky (1980, cit. Carvalho, 2005, p. 95) descreveram o *burnout* como uma “*perda gradual de idealismo, de energia, de vontade e objectivos, por parte dos trabalhadores que, devido às suas condições de trabalho, necessitam de manter um contacto profissional próximo com os outros*”. De acordo com estes autores, este processo é progressivo e composto por quatro etapas distintas: i) idealismo e entusiasmo (expectativas ilusórias do que se pode atingir), ii) estagnação (paralisação face à constatação da ilusão gerada pelas expectativas iniciais, com perda de idealismo e entusiasmo), iii) frustração (marcada por um forte sentimento de impotência, culpa e desânimo) e iv) apatia (indiferença e desinteresse que criam um sentimento de vazio que pode manifestar-se em letargia ou afastamento/isolamento emocional).

Segundo Etzion (1987, cit. Schaufeli, & Buunk, 2003, p.16) o

burnout “é um processo que tem início sem avisos prévios e se desenvolve de forma gradual e quase imperceptível até ao momento em que, imprevisivelmente, o indivíduo se sente exausto e incapaz de descrever a experiência como um episódio específico de stress”.

Pines e Aronson (1988, cit. Schaufeli, Maslach, & Marek 1993, p.14) afirmam que o síndrome do *burnout* é um “estado de exaustão emocional, mental e física causada pelo envolvimento em situações emocionalmente exigentes, associadas a um compromisso intenso face aos demais, durante um período de tempo prolongado”. É acompanhado por sentimentos de impotência, inutilidade e baixa auto-estima, juntamente com sentimento de desamparo, frustração, desespero e auto-conceito negativo, no plano pessoal e profissional. Quando se trata de pessoas motivadas, estas tentam satisfazer na profissão, os seus objectivos e realização pessoais e não o conseguem. Consequentemente, desenrola-se um processo de desilusão e uma atitude contraproducente, representando o ponto de ruptura onde o sujeito já não tem capacidades para enfrentar o ambiente envolvente. O modelo de Pines propiciou a criação da segunda escala mais utilizada para avaliar o síndrome do *burnout* – *Burnout Measure (BM)*.

De uma forma sintética, e partindo da definição de Schaufeli e Enzmann (1988, cit. Schaufeli & Buunk, 2003, p. 388), “*burnout é um estado emocional e psicologicamente negativo e persistente, relacionado com o trabalho, primeiramente caracterizado por exaustão e acompanhado de sofrimento, ansiedade, sentimento de reduzida eficácia, diminuição da motivação e desenvolvimento de atitudes e comportamentos disfuncionais no trabalho*”.

Numa outra perspectiva – **perspectiva psicossocial** – seguindo as ideias de Maslach e Jackson (1986, cit. Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993, p. 14) define-se o *burnout* como o “*síndrome da exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, auto-compromisso e auto-estima em indivíduos, cujas profissões são orientadas para o ser humano*”. Segundo estes autores, o *burnout* conduz à “*perda de motivação, progredindo para sentimentos de inadequação e de fracasso*”, a um “*índice de deslocação entre aquilo que as pessoas são e aquilo que têm de fazer e a um estado de exaustão, de erosão dos valores, da dignidade, da vontade/motivação e da alma*” (Leiter & Maslach 1997, p.17).

O *burnout* é constituído por uma estrutura tridimensional: a **exaustão emocional**, a **despersonalização** e a **realização pessoal** que são avaliadas no MBI – *Maslach Burnout Inventory*. Cada dimensão representa um constructo diferente. A **exaustão emocional** (EE) refere-se ao sentimento de incapacidade de dar mais de si, devido ao desgaste de recursos emocionais, à falta de energia e de forças para enfrentar o dia de trabalho, ao sentimento de esgotamento emocional, fadiga, ansiedade, irritabilidade intensas e cansaço, causados por exigências interpessoais (Leiter & Maslach, 1997).

A **despersonalização** (DE) descreve o desenvolvimento de atitudes, sentimentos e respostas negativas, cínicas, insensíveis e de indiferença face a outras pessoas (Maslach & Jackson, 1986, cit. Volpato, 2003).

A redução da **realização pessoal** (RP) remete para o declínio no

sentimento de competência e de sucesso, no trabalho com os outros. O sujeito demonstra incapacidade para suportar a pressão, juntamente com sentimentos de baixa auto-estima e vivências de fracasso (Maslach & Jackson, 1986, cit. Gil-Monte, Valcárel, & Zornoza, 1995).

Na **perspectiva psicossocial** é necessário considerar este síndrome como um processo cujos sintomas se desenvolvem de forma sequencial. Contudo, nem sempre há certezas quanto à sequência da sintomatologia no processo, ao protagonismo concedido a cada um dos sintomas globais e à explicação dos mecanismos e das estratégias de prevenção² utilizadas pelo sujeito para gerir e lidar com este fenómeno.

Devido a esta discrepância ideológica surgiram novos modelos – **perspectivas teóricas e processuais** – que pretendem explicitar a evolução do síndrome do *burnout*. Esses modelos agrupam uma série de variáveis, consideradas como antecedentes e consequentes do síndrome e discutem, através de que processo o indivíduo chega a sentir-se com *burnout*. Estes modelos podem ser estruturados em três grupos: i) os modelos desenvolvidos com base na teoria sócio-cognitiva do eu, ii) a teoria do intercâmbio social e iii) a teoria organizacional.

Os modelos baseados na teoria sócio-cognitiva do eu defendem que as cognições dos indivíduos influenciam a sua actuação e são modificadas, pelos efeitos das suas acções e pela acumulação das consequências observadas nos outros. O grau de comparação de um indivíduo nas suas próprias capacidades determinará, também, o empenho para conseguir alcançar os seus objectivos e a facilidade ou dificuldade em alcançá-los e, igualmente, determinará reacções emocionais como o *stress* e depressão, que acompanham a acção (Carvalho, 2005).

Em contrapartida, os modelos desenvolvidos com base na teoria do intercâmbio social consideram que o síndrome do *burnout* tem a sua etiologia nas percepções de falta de equidade ou falta de vontade que os sujeitos desenvolvem, como resultado do processo de comparação social, aquando do estabelecimento de relações interpessoais. Os profissionais que prestam cuidados ou serviços de ajuda estabelecem relações de intercâmbio (gratidão, apreço, consideração, entre outras) com os receptores do seu trabalho, com os seus colegas ou os seus supervisores sendo que, nestas relações, as expectativas de equidade sobre esses intercâmbios têm um papel essencial. Se, de uma forma continuada, os sujeitos percebem que dão mais do que aquilo que recebem em troca da sua implicação pessoal e do seu esforço, sem serem capazes de resolver adequada e eficazmente essa situação, desenvolvem síndrome de *burnout* (Carvalho, 2005).

Por último, de acordo com os modelos baseados na teoria organizacional, os antecedentes deste síndrome são a falta de saúde organizacional, a estrutura, a cultura e o clima organizacional, sendo por eles enfatizados os factores de *stress*, no contexto da organização (Carvalho, 2005).

Ainda nesta linha e de acordo com Schaufeli e Buunk (2003) podem apontar-se três tipos de abordagens para estudar o síndrome do *burnout*: a

² Estratégias de *coping*/resolução de problemas.

abordagem individualista – um pouco especulativa pois não é suportada por nenhuma evidência empírica robusta – enfatiza a relação discrepante entre as expectativas e a realidade e, segundo esta, os motivos conscientes e/ou inconscientes (objectivos valorizados, expectativas e aspirações) são uma condição necessária para o surgimento do *burnout*. Esta abordagem assume, também, que estas características psicológicas não correspondem às expectativas e experiências no trabalho, daí o desequilíbrio entre as intenções e a realidade. Como resultado desta adaptação insuficiente, surge o *stress* no trabalho que conduz ao *burnout*, quando as estratégias de *coping* se tornam inadequadas (Schaufeli & Buunk, 2003).

Por seu turno, as abordagens interpessoais sublinham a importância das exigências emocionais, nas relações com os recipientes, e das dinâmicas do relacionamento social no trabalho, respectivamente. As exigências provenientes do relacionamento interpessoal dos prestadores de cuidados – *caregivers* – e seus receptores – *recipients* – são a principal causa de *burnout* (Schaufeli & Buunk, 2003).

As abordagens organizacionais interpretam-no como um comportamento organizacional indesejável que afecta, não só o indivíduo como também a organização. Segundo estas, as exigências quantitativas e qualitativas do trabalho, a falta de autonomia, de controlo, de recompensas, os objectivos e/ou valores institucionais incongruentes e a falta de suporte comunitário/social são correlatos do *burnout* (Schaufeli & Buunk, 2003).

1.2. Delimitação do conceito de *burnout*.

Apesar de ser um termo bastante estudado por diferentes investigadores e aplicável a um vasto leque de contextos, não existe uma definição consensual. Contudo, a maior parte dos estudiosos considera que o *burnout* pode ser conceptualizado como uma resposta ao *stress* profissional ou uma experiência subjectiva que inclui atitudes e sentimentos nocivos para a pessoa e para a organização ou para a instituição, na qual a pessoa desempenha as suas funções.

Assim como o conceito, também os termos utilizados para o designar são extremamente ambíguos: tédio, *stress*, insatisfação no trabalho, alienação, ansiedade, reduzida motivação, tensão, esgotamento, fadiga crónica, saúde mental pobre, crises pessoais, melancolia profissional e exaustão vital (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993). Neste sentido e vendo o *burnout* como resultado de uma falha na procura existencial de significado para a vida, é extremamente importante distingui-lo de outros conceitos, nomeadamente: *stress*, *depressão* e *fadiga*.

Relativamente ao *stress*, Selye (1982, cit. Cordon, 1997, p. 2) define-o como “*uma resposta não específica do corpo a qualquer exigência de adaptação que lhe seja feita (quer essa exigência cause dor ou prazer)*”.

Esta definição baseia-se em indicadores objectivos, como mudanças químicas e corporais que aparecem após algum tipo de exigência. Lazarus, por sua vez, define o *stress* como sendo um estado de ansiedade resultante do desequilíbrio produzido entre os eventos e responsabilidades exigidas e as estratégias de *coping* e de resolução de problemas, presentes no indivíduo (Lazarus & Lazarus, 2006) e distinguiu três tipos básicos de *stress*:

sistémico, psicológico e social (Monat & Lazarus, 1985, cit. Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993). O *stress* sistémico tem a ver com os distúrbios nos sistemas de tecidos, o *stress* psicológico, com os factores cognitivos que conduzem à avaliação da ameaça e o *stress* social, com a disrupção do sistema ou unidade social.

O *stress* assume a designação de “*much*”, visto remeter para a noção de pressão, de excessivas exigências físicas e psicológicas e visto envolver esgotamento pessoal que interfere na vida do indivíduo e, não tanto, na relação destes com o seu trabalho, os seus colegas, etc.

Enquanto qualquer pessoa experiencia *stress*, o *burnout* só pode ser vivido pelas pessoas que entraram para o seu trabalho com expectativas, metas e/ou objectivos e motivação elevadas, ou seja, pessoas que esperam tirar do seu trabalho algum tipo de significado para a sua vida. Aquelas que não apresentam motivação inicial, podem sentir *stress* no trabalho, mas não *burnout*. Contrariamente ao *stress*, que pode ocorrer nas mais diversas situações (guerra, desastres naturais, doença, desemprego, etc.), o *burnout* ocorre no contexto do trabalho, como consequência das exigências emocionais resultantes da respectiva relação e do desequilíbrio entre as obrigações exigidas e os recursos adaptativos da pessoa, propiciando o surgimento de atitudes negativas para com os colegas de trabalho, pessoas próximas, entre outras. Utiliza-se a designação “*not enough*” para explicar este síndrome porque a pessoa se consciencializa que, por mais investimentos que faça no seu trabalho, serão infrutíferos, não correspondendo às expectativas exigidas (instala-se, então, o desequilíbrio anteriormente referido) (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993).

A *depressão*, por sua vez, distingue-se do *burnout*, pois, de acordo com a DSM-IV-TR tem como características principais uma perturbação de humor – humor disfórico e depressivo – e a perda de prazer ou interesse, em todas, ou quase todas as actividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias. O humor disfórico é descrito como desesperante, depressivo irritável, triste/melancólico, sem esperança causando, por isso abatimento e desânimo (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993).

O sentimento de culpa inerente, em muitos dos casos, à *depressão*, tende a generalizar-se para outras esferas da vida. Porém, ainda que se tenham verificado avanços na psicoterapia da *depressão*, a farmacoterapia continua a ser o tratamento mais eficaz (Beck & Young, 1985). Durante o tratamento, a *psique* do indivíduo e as experiências/recordações de vida infantis são vistas como a origem de sintomas e o *focus* da terapia.

No caso do *burnout*, o tratamento reside na procura de causas, de curas e de *stressores*, no local de trabalho e em conhecer quais as necessidades das pessoas sentirem que precisam de encontrar, no trabalho, um sentido existencialista para a vida.

Por outro lado, contrariamente aos indivíduos depressivos, os que sofrem de *burnout* apresentam maior vitalidade, são capazes de obter prazer quando realizam determinado tipo de tarefas, raramente manifestam perda de peso, atraso psicomotor ou ideação suicida, atribuem a sua indecisão à inactividade e fadiga (e não à própria doença) e podem ter insónias iniciais ao invés das terminais, típicas da sintomatologia depressiva. Contudo, pensa-

-se que este síndrome possa constituir o início de um transtorno depressivo (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993).

Quanto à fadiga, pode dizer-se que o seu processo de recuperação é mais rápido que o do *burnout*. As pessoas que estão “*burned out*” sentem-se fisicamente exaustas e descrevem esta sensação como algo, claramente, distinto da experiência normal de fadiga física. O esforço físico e o exercício físico mais enérgico causam fadiga, mas esta é usualmente experienciada de forma positiva e acompanhada de sentimentos de sucesso e auto-realização. Porém, o *burnout* caracteriza-se pelo seu carácter negativo, associado a sentimentos de fracasso e desvalorização pessoal.

1.3. Sintomatologia característica do *burnout*.

De acordo com Benavides-Pereira (2003); Cherniss (1980); França (1987); Gil-Monte (2003); Maslach, Jackson e Leiter (1996); Pines (1993); Volpato et al., (2003), os sintomas do *burnout* dividem-se em quatro categorias ou níveis de manifestação:

1) Os **sintomas psicossomáticos/físicos** cujas características principais são: sensação de fadiga constante e progressiva, cefaleias, dores musculares (no pescoço e no dorso), perturbações gastrointestinais, baixa resistência imunológica, transtornos cardiovasculares e alterações do sono.

2) Os **sintomas psíquicos/conjunturais**, nos quais se observa uma baixa tolerância à frustração, cepticismo, humor depressivo, falta de interesse, baixa auto-estima, deterioração do relacionamento pessoal, diminuição da memória, falta de atenção e concentração, diminuição da capacidade decisional e ideias fantasiosas ou delírios de perseguição.

3) Os **sintomas emocionais**, em que se verifica um decréscimo na capacidade ocupacional e de concentração, um afastamento/isolamento afectivo, falta de realização pessoal, pessimismo, falta de confiança nas competências profissionais, sentimentos de vazio, de impotência e consequente baixa auto-estima, ansiedade e perda de entusiasmo e alegria.

4) Os **sintomas comportamentais/defensivos**, tais como: o isolamento, a perda de interesse pelo trabalho ou lazer, a atenção selectiva, a hostilidade, inflexibilidade, perda de iniciativa, lentidão no desempenho das funções, a irritabilidade, o absentismo, o aumento do consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e até mesmo drogas e o incremento da agressividade. Neste tipo de etapa, o indivíduo utiliza a negação emocional como mecanismo de aceitação dos seus sentimentos, negando as emoções anteriormente descritas (ironia, insensibilidade, desprezo de sentimentos face a outras situações, irritabilidade e distanciamento afectivo).

Por seu turno, Schaufeli e Enzmann (1998, cit. Carvalho, p. 108) descrevem os sintomas de *burnout* segundo cinco níveis: 1) afectivo (atitudes depressivas e irritabilidade), 2) cognitivo (baixa auto-estima profissional, desumanização), 3) físico (fadiga e hipertensão), 4) comportamental (agressividade, isolamento e baixa produtividade) e 5) motivacional (desilusão e perda de entusiasmo e de interesse).

França (1987) realça que o início do *burnout* é traiçoeiro e instala-se de forma paulatina e silenciosa, verificando-se uma sensação de mal-estar indefinido (físico ou mental) sintomas esses que são atribuídos pela pessoa

ao excesso de trabalho realizado, não prevendo que algo se está a desencadear.

Assim, e num primeiro momento, o *burnout* começa por ser insidioso. O quadro sintomatológico vai sendo lenta e progressivamente identificado, sofre uma oscilação variável e as tarefas profissionais excedem os recursos materiais e humanos, criando uma situação de *stress*. Inicialmente, surgem sinais de hiperactividade, excesso de trabalho, escassez de tempo e sentimentos de desilusão. Como resultado, os profissionais afectados tendem a reduzir o grau de compromisso e envolvimento, tornam-se insensíveis, começam a ambicionar cumprir mais objectivos do que os que na realidade são capazes, surgem conflitos e intrigas entre os colegas de trabalho, diminui a criatividade, a motivação e a capacidade cognitiva e surgem reacções psicossomáticas.

Posto isto, num segundo momento, aparecem sinais de ansiedade e fadiga devido ao excesso de esforços e consequente desajuste entre recursos pessoais, materiais e exigências laborais. Então, o sujeito tenta ajustar-se e/ou adaptar-se e nega que algo de estranho se esteja a passar com ele.

Para concluir, num terceiro momento surge o confronto defensivo, bem como as primeiras mudanças atitudinais do sujeito, perante a situação de trabalho instável em que se encontra, o que conduz à despersonalização.

1.4. Factores de risco do *burnout*.

Para enumerar os diferentes factores de risco para o desenvolvimento do *burnout*, torna-se necessário considerar a influência de variáveis de natureza diversa que incluem quatro dimensões: social (factores sociais associados ao síndrome), laboral (factores relacionados com o trabalho desempenhado), individual (características próprias do indivíduo que podem estar associadas a maiores ou menores índices de *burnout*) e organizacional (factores relacionados com a organização/instituição).

Relativamente aos **factores de risco individuais**, identificam-se o padrão de personalidade³ com um *locus* de controle externo, o superenvolvimento (sujeitos empáticos, sensíveis, humanos, com dedicação profissional, altruístas, obsessivos, entusiastas), os indivíduos perfeccionistas⁴ ou com grande expectativa e idealismo em relação à profissão, indivíduos controladores⁵, os indivíduos passivos⁶, o género (os homens pontuam mais alto em despersonalização), o nível educacional (sujeitos com nível educacional mais elevado apresentam maiores índices de *burnout*) e o estado civil (maior risco em solteiros, viúvos ou divorciados) (Trigo, Teng, & Haller, 2007).

Em relação aos **factores sociais**, verificam-se como características de risco a falta de suporte social e familiar, a manutenção do prestígio social em oposição à redução salarial, inerente a algumas profissões. Por essa

³ Indivíduos competitivos, esforçados, impacientes, com excessiva necessidade de controlo das situações e dificuldade em tolerar a frustração.

⁴ São exigentes consigo mesmos e com os outros, não tolerando erros e, como tal, têm dificuldade em atingir os resultados das tarefas realizadas.

⁵ São inseguros, preocupam-se e têm dificuldade em delegar tarefas e em trabalhar em grupo.

⁶ Evitam confrontar-se com os obstáculos e dificuldades, para se protegerem.

razão, o sujeito procura mais do que um emprego para poder obter um melhor nível de vida e, por conseguinte resta-lhe pouco tempo para o descanso/lazer e para a actualização profissional. Torna-se, ainda, insatisfeito e inseguro relativamente às actividades desempenhadas e os valores culturais podem contribuir para um maior ou menor impacto dos agentes *stressores* no desencadear do *burnout* (Trigo, Teng, & Hallar, 2007).

Como **factores organizacionais** destacam-se a burocracia (excesso de normas) que impede a autonomia, a participação criativa e a tomada de decisões, exigindo mais tempo e energia na sua realização. Por seu turno, a falta de autonomia impossibilita a liberdade de acção e a independência profissional; as normas institucionais rígidas dificultam a autonomia e o controlo das tarefas, por parte do trabalhador; as mudanças organizacionais frequentes (alterações frequentes de regras e normas) provocam insegurança e predispõem o funcionário a erros. A falta de confiança, respeito e consideração entre os membros de uma equipa, conduzem a um clima social prejudicial. A comunicação ineficiente provoca distorções e/ou dificuldades na disseminação da informação; impossibilita a ascensão na carreira e a melhoria da remuneração. A falta de reconhecimento pelo trabalho desempenhado provoca desinteresse e desânimo nos trabalhadores e, por último, o ambiente físico (incluindo calor, frio e ruídos excessivos ou iluminação insuficiente, pouca higiene e alto risco tóxico e, até, de vida) gera sentimentos de ansiedade, medo e impotência. (Gil-Monte, Valcárcel & Zornoza, 1995; Maslach & Leiter, 2001; Peiró, 1997; Trigo, Teng, & Hallar, 2007).

Os **factores de risco laborais** incluem a sobrecarga e pressão no trabalho, que conduzem à exaustão emocional, e o baixo nível de controlo ou decisão sobre as actividades ou acontecimentos no próprio trabalho, que provoca insatisfação no trabalhador. As expectativas profissionais (indivíduos com discrepâncias entre as suas expectativas de desenvolvimento profissional e os aspectos reais do seu trabalho) e os sentimentos de injustiça e de iniquidade nas relações laborais podem resultar numa sobrecarga no trabalho.

Outros factores de risco laborais comumente identificados são: o trabalho por turnos ou nocturno, o suporte organizacional precário e um relacionamento conflituoso entre colegas, o tipo de ocupação (é maior relativamente aos cuidadores em geral), a relação próxima e intensa do trabalhador com as pessoas com as quais trabalha ou interage, o conflito (confronto entre as informações e as expectativas do trabalhador sobre o seu desempenho num determinado cargo ou a sua função na instituição) ou a ambiguidade de papéis (quando não existe informação suficiente sobre uma determinada tarefa e, principalmente, sobre a forma como esta deve ser executada/desempenhada) (Carlotto, 2003b; Gil-Monte, 2003; Maslach & Leiter, 2001).

Sumariamente as fontes de *burnout* são a) a sobrecarga no trabalho, b) a falta de controlo, c) a remuneração insuficiente, d) a injustiça, e) a falta de apoio da comunidade, f) o conflito de valores, g) os factores de *stress* relacionados com o trabalho por turnos, com as relações interpessoais e as perspectivas de carreira (ambiguidade e conflitos de turno, relações com as

chefias, companheiros e subordinados, falta de coesão grupal, promoção profissional, entre outros) e h) os factores de *stress* relacionados com as novas tecnologias (mudança nas competências requeridas, ritmo de trabalho, grau de participação e autonomia, supervisão, etc. (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

1.5. Consequências e impacto do *burnout*.

A partir do momento em que surgiram os primeiros estudos de Freudenberg sobre este fenómeno, tomou-se conhecimento que certos profissionais apresentavam sinais de fadiga, cansaço, cefaleias, perda de atenção e concentração, alterações gastro-intestinais e cardio-vasculares, dificuldades respiratórias, etc. Logo, as **consequências** deste síndrome podem situar-se em dois níveis: ao nível do próprio **indivíduo** e ao nível da **organização/instituição** (World Health Organization, 1999).

Quanto às consequências para o indivíduo pode falar-se nos **índices emocionais**, em que se verifica o uso de mecanismos de isolamento e afastamento emocionais, desmotivação, rigidez, baixa criatividade, resistência, sentimentos de solidão, de alienação, de ansiedade, de impotência e de onnipotência. Nos **índices atitudinais**, o sujeito desenvolve atitudes negativas/cínicas, de apatia, hostilidade, indiferença e insensibilidade para com as pessoas com quem trabalha ou contacta (Maslach, Schaufeli, & Leiter 2001).

Nos **índices comportamentais/atitudinais ou de conduta** incluem-se sentimentos de agressividade, isolamento, impaciência, labilidade emocional, cansaço e fadiga frequentes, irritabilidade e, por fim, nos **índices somáticos**, os sujeitos apresentam fadiga constante e progressiva, alterações cardiovasculares, problemas respiratórios (crises asmáticas, suspiro profundo, taquipneia, bronquite), problemas imunológicos, problemas sexuais (diminuição do desejo sexual, dispareunia/anorgasmia, ejaculação precoce ou impotência, nos homens e alterações menstruais, nas mulheres), problemas/dores musculares ou osteomusculares (dores na nuca e ombros, na região lombar e na cervical), problemas digestivos e alterações do sistema nervoso (enxaquecas, insónia, depressão, etc.) (Carlotto, 2003a; Gersen, 2006; Gil-Monte, 2003; Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993; Wenzel, Glanz & Lerman, 2002).

Para Maslach e Leiter (2001), o *burnout* não é um problema do indivíduo, mas sim do ambiente social onde este desempenha o seu trabalho. Se as empresas/serviços não forem sensíveis a esta situação e esquecerem o lado humano de qualquer actividade, contribuem para “*uma grave deterioração do desempenho destes no trabalho*”, evidenciando-se prejuízos não só pessoais (dentro da empresa) como, também, com outras pessoas das suas inter-relações, particularmente a família e os amigos.

No que se refere às consequências para a organização/trabalho podem citar-se os seguintes índices: 1) insatisfação profissional (pode ser, também, um antecedente do *burnout*), 2) perdas de recursos humanos e económicos, diminuindo a eficácia das instituições, 3) deterioração da qualidade do trabalho desempenhado junto das pessoas, 4) absentismo laboral elevado, 5) tendência para abandonar o lugar/posto e/ ou a

organização/instituição/empresa, 6) diminuição do interesse pelas actividades laborais, 7) aumento dos conflitos interpessoais com colegas de trabalho, patrões ou outras pessoas, 8) rotatividade dos trabalhadores e 9) diminuição da qualidade de vida laboral dos trabalhadores (maior número de acidentes de trabalho, por exemplo) (Carlotto, 2003a; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 1996; Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993).

Segundo Carlotto e Gobbi (1999, p. 78) “*o que já se conhece hoje sobre as possíveis consequências do burnout, indicam que estas merecem destaque pelo seu número, sua severidade potencial, domínios afectados, e, em muitas situações, pela irreversibilidade das suas consequências*”.

1.6. Estratégias de intervenção e de prevenção.

Não existem soluções rápidas e simplistas para resolver os problemas colocados pelo *burnout* pois é um fenómeno complexo que se desenvolve de forma lenta, progressiva e resulta da combinação de uma multiplicidade de variáveis pessoais, físicas, sociais, organizacionais, etc.

Segundo Gil-Monte (2003), as estratégias de prevenção que podem ser aplicadas aos sujeitos afectados com este síndrome podem ser de três níveis: individual, grupal e organizacional

As estratégias de intervenção a **nível individual** podem incluir intervenções educacionais (ensinando o indivíduo a desenvolver estratégias de *coping* e a comportar-se de forma específica e adequada perante os procedimentos da organização), formação e capacidade profissional, isto é, o tornar-se competente no trabalho desempenhado, o estabelecer parâmetros e objectivos e o participar em programas de prevenção de *stress*.

Estas estratégias focalizam-se na aquisição e melhoria dos estilos de confrontação e utilizam programas instrumentais para a solução de problemas (técnica de resolução de problemas e de assertividade), programas de treino para aprender a gerir o tempo de modo eficaz, para otimizar a comunicação e para mudar o estilo de vida, etc. e programas dirigidos a estratégias paliativas (entretenimento, técnicas de relaxamento e de expressão emocionais) (Abalo & Roger, 1998, cit. Carvalho, 2005).

A nível **grupal/interpessoal** é crucial procurar e fomentar o apoio social no trabalho, junto dos colegas ou dos patrões pois, graças a esse apoio, os indivíduos afectados, obtêm informação nova, adquirem novas capacidades ou melhoram as que já possuem, aumentam a realização pessoal, diminuem a exaustão emocional, melhoram as atitudes de cariz negativo face aos outros, obtêm reforço social e *feedback* sobre a execução das tarefas, apoio emocional e conselhos ou outros tipos de ajuda necessários. Desta sorte, e atendendo às técnicas que se baseiam nestas estratégias sociais, modelam, reforçam, ensaiam e generalizam condutas alternativas faces às exigências da vida pessoal e profissional. (Philipps, 1984, cit. Carvalho, 2005).

Por último, é essencial atender ao nível **organizacional** por ser a origem do problema no contexto organizacional, e relacionar as estratégias individuais e interpessoais de forma a torná-las eficazes, neste mesmo contexto. As estratégias mais relevantes são os programas de prevenção para melhorar o ambiente e clima no local de trabalho, tais como: programas de

socialização antecipada (tentam dar uma visão realista do trabalho e, simultaneamente, desenvolver aptidões nos trabalhadores para solucionarem, de forma efectiva, as dificuldades encontradas), programas de desenvolvimento organizacional (baseiam-se na implantação de sistemas de avaliação e *feedback*), programas de valorização e desenvolvimento profissionais (a sua finalidade é aperfeiçoar o ambiente e o clima da instituição, mediante a implementação de equipas eficazes com um esforço sistemático, planificado e focalizado a longo-prazo, na cultura e nos seus processos sociais e humanos) (Gil-Monte, 2003; Jackson & Schuler, 1983).

Os programas de socialização antecipada têm como objectivo minimizar a severidade do choque com a realidade e suas consequências, fazendo com que o profissional as experimente antes de começar a sua vida laboral, num contexto de prova. Deste modo, propicia-se o desenvolvimento de estratégias de *coping* (construtivas) e uma maior facilidade em lidar com situações/realidades com as quais contacta, diariamente. Nos programas de socialização antecipada, os indivíduos são ensinados a sobreviver no sistema existente sem comprometer os *standards*. Estes programas desenvolvem-se em 4 fases: I) a primeira, cujo propósito é produzir uma estratégia de *coping* que possa ser consistente no confronto com a realidade, vivenciando, antecipadamente, a experiência (por exemplo: pode mostrar-se aos trabalhadores incidentes já verificados com outros colegas); II) a segunda, focaliza-se nas expectativas acerca do desempenho das pessoas; III) a terceira, pretende alertar e ensinar os trabalhadores sobre aquilo que os outros esperam deles e, a última fase destes programas, IV) tem como intuito ensinar teorias/ técnicas de resolução de conflitos, negociação e competências para desempenhar as suas funções (Jackson & Schuler, 1983).

Outra acção que se pode desenvolver, é o redesenhar/redefinir o modo de realização das tarefas para que, dessa forma, se reduza a sobrecarga laboral, possibilidade de mudança de actividade no sentido da promoção profissional, aumento de recompensas, participação na tomada de decisões (deste modo o sujeito clarifica as expectativas, sente-se mais reconhecido e com maior controlo sobre alguns dos resultados futuros do serviço/instituição em que trabalha), promoção da autonomia e fomentar a responsabilidade e um maior *feedback* da performance efectuada (Jackson & Schuler, 1983; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

A prevenção, de acordo com Quesada e colaboradores (2003, p. 122, cit. Batista, 2003) deve ser orientada para uma **vertente humana** (intervenção pessoal) e para uma **vertente laboral e profissional** (intervenção social). Enquanto que na primeira se usam técnicas para fazer face ao *stress* e ao auto-controlo; na intervenção social realizam-se novos cursos de formação contínua, melhoram-se os recursos materiais e aumenta-se a competência psicossocial dos profissionais.

As reacções interpessoais e a melhoria do suporte social entre os profissionais/colegas são essenciais para o fortalecimento dos vínculos sociais recíprocos e têm uma função protectora, facilitando o *coping* e reduzindo as consequências psicológicas e comportamentais do *stress*.

A prevenção deve desenvolver-se considerando três aspectos: a) o modo mais efectivo de combater o *burnout* é eliminar as suas causas e, para

esse fim, torna-se necessário redefinir locais de trabalho, melhorar os canais de comunicação e promover uma inter-relação entre a equipa de trabalho, aumentar a informação, modificar as políticas dos trabalhadores, delegando funções, e criar um clima adequado de trabalho e de apoio.

b) Devem desenvolver-se aptidões e/ou competências nas pessoas para que reconheçam os sintomas do *burnout* aquando do seu surgimento e da sua respectiva evolução. As técnicas de relaxamento, os cursos de aprendizagem para “administração do tempo”, a qualidade de vida e reforço da confiança, a realização de exames médicos periódicos e o envolvimento em programas de promoção de saúde são boas formas de sinalizar o aparecimento do *burnout*.

c) A detecção precoce de problemas psiquiátricos ou de saúde mental e seu respectivo tratamento, junto de profissionais especializados (Carvalho, 2005).

Segundo S. Wright (2005, p. 10) para lidar com o *burnout* é necessário descansar/relaxar (*rest*), recarregar energias (*re-energising*), recuperar (*recuperation*) e ter tempo para reflectir sobre o que se está a passar e sentir.

Os profissionais devem reconhecer os seus limites e estabelecer metas realistas; estar atentos aos sinais de alarme; procurar informação e aconselhamento, caso necessário; arranjar tempo para assuntos pessoais e aprender a lidar/gerir o *stress* pois, assim, alcançarão benefícios na saúde e no seu desempenho (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

Martins e Nastasy (Batista, 2004; Maslach & Leiter, 2001) consideram que para prevenir a incidência do *burnout*, deveria aumentar-se a competência profissional, facultando a investigação e a formação contínua, apresentando novos modos de execução laboral, não abandonando a profissão, modificar-se as condições sociais e físicas do trabalho, criar-se programas de qualidade de vida e de humanização, criarem-se equipas multiprofissionais e/ou interdisciplinares, assim como, grupos de reflexão e serviços de apoio psicológico, psiquiátrico e sociais.

Em termos **individuais**, o profissional teria que repensar a sua rotina de trabalho, aumentar a variedade de rotinas; fazer pausas durante o trabalho; evitar o excesso de horas extra; estabelecer prioridades e limites para si mesmo; exigir supervisão, melhores condições de trabalho e salário justo; fazer exercício físico; valorizar o papel da família, do lazer e da formação/aperfeiçoamento pessoal e profissional e realizar uma dieta regular (Batista, 2003; Wright, 2005; Zellmer, 2002).

Merece, ainda, destaque o programa de prevenção e gestão do *burnout* desenvolvido por Cooley e Yovanoff (1996, cit. Batista, 2003) segundo o qual se devem: i) desenvolver as capacidades para mudar a situação em si – capacidades de *coping* situacionais (identificar os aspectos passíveis de mudança e uso de resolução de problemas); ii) desenvolver capacidades de resposta física face às situações – capacidade de *coping* fisiológicas (alimentação e relaxamento) e iii) mudar a forma de pensar as situações – capacidade de *coping* cognitiva (mudar as crenças auto-derrotistas, pessimistas e limitativas, dando lugar a outras mais construtivas e realistas).

Concluindo, pode perceber-se que o *burnout* remete para uma panóplia de questões que ganharam evidência para este estudo, por estar direccionado, particularmente, para uma população que contacta diariamente com o ser humano e as problemáticas complexas que lhe estão associadas. Ao conhecer este fenómeno e, nomeadamente, as suas causas, a sua sintomatologia característica e as suas consequências torna-se mais fácil minimizar, prevenir ou, até mesmo, evitar o seu aparecimento.

II – Objectivos da investigação

Considerando a literatura existente sobre esta matéria e uma vez que esta investigação se desenvolveu no INEM, tornou-se necessário identificar qual o índice de *burnout* existente nos TAE's⁷ (grupo 1) e nos novos TAE's (ainda em formação - grupo 2), bem como sinalizar as possíveis situações potenciadoras de *stress* e as estratégias de *coping*, por eles utilizadas para enfrentar as diferentes adversidades com as quais contactam, diariamente.

Algumas das questões que se colocam são: Qual será a incidência do síndrome do *burnout* nos TAE's e nos novos TAE's (ainda em formação), nas três componentes: exaustão emocional, da despersonalização e da realização pessoal? Qual a relação existente entre as situações desencadeadoras de *stress* e o índice de *burnout*? Qual a influencia da antiguidade, do género e do estado civil no índice de *burnout* e nas suas respectivas dimensões? Quais as estratégias de *coping* mais frequentemente utilizadas por estes dois grupos, como forma de ultrapassar ou lidar com as diferentes situações de vida, com o trabalho diário e com a família?

Estas questões podem permitir conhecer as dificuldades e os problemas vivenciados por estes profissionais e criar um plano de prevenção.

Este estudo, de cariz exploratório, tem como principais objectivos:

- a) Identificar os principais acontecimentos/situações de vida indutores de *stress*, referidos pelos diferentes sujeitos da amostra;
- b) Analisar se existem diferenças entre o índice de *burnout* nas dimensões exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, nos TAE experientes e nos novos TAE (ainda em formação);
- c) Analisar se existem diferenças no índice de *burnout*, em função do género;
- d) Avaliar se existem diferenças no índice de *burnout*, em função do estado civil.

Partindo dos objectivos e dos estudos existentes na matéria, surgiram quatro hipóteses que considero relevantes.

Hipótese 1: Prevê-se que os novos TAE (ainda em fase de formação) apresentem um índice de *burnout* estatisticamente mais elevado do que os TAE mais antigos.

⁷ Técnicos de Ambulância de Emergência.

Isto porque, os primeiros apresentam expectativas elevadas relativamente ao seu desempenho, o que faz com que questionem, com maior frequência, o trabalho por eles executado e, conseqüentemente, obtenham índices mais elevados de despersonalização e de exaustão emocional, e valores mais baixos de realização pessoal. Os TAE antigos, por sua vez, usam estratégias de *coping* centradas no problema, apresentando uma menor probabilidade de sofrerem de *burnout* (Flett & Biggs, 1994, *in* Carvalho, 2005).

Hipótese 2: Espera-se que os sujeitos do sexo masculino pontuem estatisticamente mais alto na dimensão despersonalização que as mulheres.

Tais diferenças devem-se aos processos de socialização para o género masculino e feminino e aos perfis e requisitos das diferentes profissões. Os homens lidam com a exaustão emocional através da despersonalização e as mulheres, devido à “sexualização de papéis”, apresentam comportamentos mais afectivos (Maslach, Leiter, & Jackson, 1996; McGoldrick, 1995, *in* Batista, 2003; Olson et al., 1985; Turner & Avinson, 2003, *in* Carvalho, 2005).

Hipótese 3: Espera-se que os indivíduos solteiros experimentem valores de despersonalização e realização pessoal mais elevados do que os sujeitos casados.

Tal deve-se ao facto de os indivíduos casados, em oposição aos sujeitos solteiros, receberem maior apoio por parte do cônjuge, sentindo-se mais correspondidos na sua relação conjugal (Gil-Monte & Peiró, 1997).

Hipótese 4: Espera-se uma correlação positiva e significativa entre o total das situações desencadeadoras de *stress* e o total do MBI.

Uma vez que existem factores ou determinados acontecimentos de vida que podem precipitar o *burnout*, nomeadamente no que se refere à interacção dos técnicos entre si, destes com as vítimas e familiares das vítimas e dos TAE's com a Instituição, na qual desempenham as suas funções (Maslach, Leiter, & Jackson, 1996).

III – Metodologia

3.1. Descrição da Amostra⁸.

Fornecer ou prestar cuidados, contactar e cuidar dos interesses e/ou das necessidades do utente/vítima/paciente é uma actividade geradora de *stress* e, por vezes, conducente ao síndrome do *burnout*. Por esse motivo, as populações-alvo dos diferentes estudos existentes, têm sido diversas, tendendo, maioritariamente, para aqueles profissionais cujo trabalho requer o contacto e /ou proximidade interpessoal, com, por exemplo, os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas) os professores, os supervisores, os gerentes, entre outros.

Nestas profissões, o *stress* é composto por uma combinação de variáveis físicas, psicológicas e sociais tais como: a escassez de

⁸ Consultar anexo 1 e 2 relativos aos dados sócio-demográficos do grupo de Técnicos de Ambulância de Emergência mais antigos (grupo 1) e o grupo de novos TAE – ainda em fase de formação – (grupo 2).

trabalhadores, que supõe uma carga laboral, o trabalho por turnos, a prestação de cuidados às pessoas, o contacto diário com a doença, com a morte, com a dor e com o sofrimento dos outros, a incerteza nas funções e tarefas desempenhadas e, por conseguinte, o conflito e a ambiguidade de papéis e a falta de autonomia e/ou autoridade para tomar decisões.

Pareceu-nos pertinente analisar o índice de *burnout* numa amostra composta por dois grupos: um de Técnicos de Ambulância de Emergência, e outro grupo constituído por novos TAE's (ainda em fase de formação).

O INEM⁹ é o organismo do Ministério da Saúde ao qual cabe assegurar o funcionamento do SIEM¹⁰, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde. A prestação de socorros no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários estabelecimentos hospitalares, são as suas principais tarefas.

Os TAE's são os tripulantes das ambulâncias de suporte básico de vida, cujo objectivo é a estabilização e o transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte. Com a ajuda do material de avaliação e estabilização, tanto nas vertentes de trauma como de doença súbita e o Desfibrilhador Automático Externo, os TAE's aplicam medidas de Suporte Básico de Vida.

Por exigir atenção e responsabilidade permanentes no cuidar e no prestar assistência, no âmbito da emergência pré-hospitalar, bem como implicar trabalho em equipa, lidar com a vida e a morte, com situações em que as vítimas são crianças ou pessoas deprimidas ou com problemas psiquiátricos, lidar com os familiares das vítimas ou com situações multivítimas, estes técnicos têm maior probabilidade de vir a apresentar alguns sinais de *burnout*.

A amostra deste estudo é composta por 32 sujeitos, de nacionalidade portuguesa. Dessa amostra 16 sujeitos pertencem ao grupo de TAE com experiência, sendo 8 do sexo masculino (50%) e 8 do sexo feminino (50%). As idades variam entre os 24 e os 35 anos (M = 27.80; DP = 2.96). O nível socio-económico das famílias de 13 (83.1%) sujeitos é baixo e em 3 (18.8%) é médio. No que se refere às habilitações literárias, 12 (75%) têm o 12º ano e 4 (25%) completaram o ensino superior. Relativamente ao estado civil, 9 (56.3%) sujeitos são solteiros, 3 (18.8%) são casados, 3 (18.8%) vivem em união de facto e um não respondeu (*missing*).

Relativamente ao número de filhos, 13 sujeitos (81.3%) não têm filhos, um (6.3%) tem um filho e dois (12.5%) têm dois filhos.

Quanto à zona de residência, definida de acordo com a Tipologia das áreas urbanas do Instituto Nacional de Estatística e Direcção Geral de Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano de Junho de 1998, 10 sujeitos vivem num meio predominantemente urbano (62.5%), 3 em local medianamente urbano (18.8%), 2 num meio predominantemente rural (12.5%) e um não respondeu (*missing*). O agregado familiar para 4 sujeitos (25%) é composto pelo casal, para 9 (56.3%) é composto por pais e filhos,

⁹ Instituto Nacional de Emergência Médica.

¹⁰ Sistema Integrado de Emergência Médica.

para 1 (6.3%) é composto por pais, filhos e avó, noutra sujeito (6.3%) é constituído por um agregado com outro tipo de composição e um deles não respondeu (*missing*).

No que se refere à religião, 12 (75%) sujeitos são da religião católica, 3 (18.8%) não professam qualquer religião e um (6.3%) segue uma religião mas não católica.

O grupo de novos TAE's (ainda em fase de formação) é constituído por 12 (75%) sujeitos do sexo masculino e 4 (25%) do sexo feminino. Com idades compreendidas entre os 19 e os 53 ($M = 25.31$; $DP = 7.83$) e, de acordo com a Tipologia das Áreas Urbanas do Instituto Nacional de Estatística e Direcção Geral de Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano de Junho de 1998, o local de residência varia entre predominantemente urbano, em 11 (68.3%) sujeitos e predominantemente rural, em 5 (31,3%) sujeitos (deliberação nº 488/98, 3 de Julho de 1998).

O nível socio-económico dos respondentes é médio em cerca de 8 (50%) sujeitos, baixo, em 7 (43.8%) sujeitos e elevado apenas num deles (6.3%). No que toca às habilitações literárias, 1 (6.3%) sujeito tem o 6º ano, outro (6.3%) o 9º ano, 6 (37.5%) o ensino médio e 8 (50%) concluíram o ensino superior.

Quanto ao estado civil, 11 (68.8%) sujeitos são solteiros, 3 (18.8%) são casados e 2 (12.5%) vivem em união de facto. Quanto ao tamanho do agregado, existem quatro casais (25%), 9 (56.3%) famílias compostas por pais e filhos e 3 famílias com outras composições (18.8%). Por fim, 15 (93.8%) sujeitos não têm filhos e um (6.3%) sujeito tem dois filhos.

Para finalizar, 12 (75%) respondentes são católicos e 4 (25%) não professam qualquer religião.

3.2. Instrumentos

Do protocolo utilizado nesta investigação fazem parte quatro instrumentos: a ficha de dados socio-demográficos¹¹, o questionário de situações desencadeadoras de *stress* (Cunha, Faria, & Rosado, adaptado por Vale, J. M., 2007)¹², o *Maslach Burnout Inventory* (Schaufeli, Leiter, Maslach, & Jackson, 1996 e traduzido por Batista, 2001)¹³ e o *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales – F-COPES* (McCubbin, Olson, & Larsen, 1988, adaptado por Serra, Firmino, Ramalheira, & Canavarro, 1990)¹⁴.

3.2.1. Questionário sócio-demográfico.

Este questionário integra itens para recolher dados pessoais do respondente, nomeadamente: a nacionalidade, o local de residência, a antiguidade no cargo de Técnico de Ambulância de Emergência (facilitando a separação dos dois grupos da amostra), a composição do agregado familiar, o estado civil, as habilitações literárias, a profissão e a religião.

Relativamente ao elemento do agregado familiar considerado como a

¹¹ Consultar anexo 4.

¹² Consultar anexo 5.

¹³ Consultar anexo 6.

¹⁴ Consultar anexo 7.

principal fonte de suporte da família, procurou-se saber a sua situação na profissão tendo em conta seis dimensões possíveis: i) patrão, ii) trabalhador por conta própria sem assalariados, iii) trabalhador por conta de outrem, iv) desempregado, v) reformado e vi) pensionista por invalidez.

Para finalizar, o investigador tem como tarefa preencher, com base nas características e dados obtidos ao longo da entrevista, dois campos, designadamente: a etapa do ciclo vital, segundo as sete fases do ciclo vital da família, definida por Olson, McCubbin e cols. (1983) e o nível socio-económico, tendo em conta a classificação de Simões (1994) resultante do cruzamento da profissão com as habilitações literárias.

3.2.2 Situações desencadeadoras de stress (SDS) (Cunha, Faria, & Rosado, 2007, adaptado por Vale, J. M., 2007).

Este questionário foi inicialmente aplicado, pelos psicólogos do CAPIC¹⁵ (Cunha, Faria, & Rosado, 2004) aos Operadores do CODU¹⁶ para fazer um levantamento das necessidades destes profissionais, minorando o efeito negativo gerado pelas fontes de *stress* (trabalho e situações com que são obrigados a lidar, diariamente).

Era composto por 3 partes distintas: 1) uma para avaliar as fontes de *stress*, 2) outra parte para avaliar os sintomas de *stress* e uma 3) a terceira parte, para identificar possíveis estratégias de *coping*. O questionário relativo às **fontes de stress** era composto por 90 itens e avaliado numa escala de Likert, segundo a qual o sujeito, perante as situações referidas teria que responder: “nenhum *stress*” (1), “pouco *stress*” (2), “moderado *stress*” (3), “bastante *stress*” (4) e “muito *stress*” (5).

O questionário dos **sintomas de stress** era constituído por 54 itens e avaliado numa escala dicotómica, de acordo com a qual o sujeito tinha de responder “sim” e “não” consoante as reacções mais frequentemente sentidas no último mês.

A terceira parte do questionário – das **estratégias de coping** – continha 48 itens e era avaliado segundo uma escala de Likert, de acordo com a qual o indivíduo tinha de responder: “nunca usei” (0), “usei de alguma forma” (1), “usei algumas vezes” (2) e “usei muitas vezes” (3), indicando as estratégias utilizadas para lidar com as situações de *stress*.

Para este estudo exploratório utilizou-se, como base, a primeira parte do questionário, relativa às fontes de *stress*, tendo-se adaptado ao contexto e à população em análise. Deste modo, passou a conter 40 itens organizados em três categorias: interacção TAE-TAE (itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 35), interacção TAE-vítimas e familiares das vítimas (itens 13, 14, 15, 16, 21, 23, 25, 27, 28), interacção TAE-instituição (itens 9, 10, 11, 12, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39 e 40).

A categorização destas variáveis, pelo facto de se tratar de uma amostra reduzida, não foi feita com base numa análise factorial mas, sim, tendo como pauta de referência os estudos teóricos desenvolvidos por Stamps, Alves (1994) e Porter (1962) sobre a *satisfação profissional*, uma

¹⁵ Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise.

¹⁶ Centro de Orientação de Doentes Urgentes.

vez que os factores e/ou as situações potenciadores de *stress* estão implicitamente relacionadas com a temática do *burnout*.

Após proceder a uma análise da consistência interna obteve-se um alfa de 0.73. Deste modo, optou-se por eliminar o item 26 (“ser insultado pelas vítimas e seus familiares”), já que a consistência interna melhoraria substancialmente, obtendo-se um alfa igual a 0.93, para os 39 itens restantes.

ITENS	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SDS1 - Dificuldade de relacionamento com os colegas	,410	,724
SDS2 - Situações de conflito causadas pela competitividade entre colegas	,342	,726
SDS3 - Lidar com as hostilidades dos colegas	,335	,726
SDS4- Adaptar-me ao método de trabalho de cada colega	,309	,728
SDS5- Falta de trabalho em equipa	,613	,720
SDS6- Dificuldade de confiar nas pessoas com quem trabalho	,528	,721
SDS7- Trabalhar sob pressão	,415	,723
SDS8- Sentir-me desvalorizado pelos meus colegas	,383	,725
SDS 9- Condições de trabalho na base	,316	,726
SDS10- Falta de espaço de descontração/distração	,408	,724
SDS 11- Chegar atrasado para iniciar o turno	,488	,718
SDS12- Ausência de momentos de pausa	,496	,720
SDS13- Lidar com casos de vida e de morte	,417	,722
SDS14- Lidar com a morte de uma vítima no local	,402	,722
SDS15- Lidar com situações em que as vítimas são crianças	,257	,727
SDS16- Lidar com vítimas deprimidas ou com problemas psiquiátricos	,707	,717
SDS17- Falta de cooperação com os colegas das mesmas Instituições (Bombeiros, Sapadores, etc.)	,521	,721
SDS18- Momentos em que existam poucas activações/saídas para o local	,323	,725
SDS19- Dificuldade em chegar ao local para efectuar a estabilização e/ou transporte do doente/vítima	,468	,722
SDS20- Ausência de feedback quanto ao trabalho efectuado	,668	,719
SDS21- Incerteza quanto à primeira abordagem feita à vítima	,617	,718
SDS22- Desconhecer, na maioria dos casos, o desfecho das situações para as quais são activados	,231	,728
SDS23- Medo de cometer algum erro que ponha em risco a vida da vítima	,510	,720
SDS24- Medo de ser responsabilizado por algo grave que aconteceu ou negligência na actuação	,567	,715
SDS25- Lidar com os familiares das vítimas	,515	,723
SDS26- Ser insultado pelas vítimas ou pelos familiares delas	-,164	,925
SDS27- Lidar com situações multivítimas	,695	,714
SDS28- Dificuldades de actuação numa situação de cariz psicossocial	,546	,721
SDS29- Falta de formação contínua na área	,229	,729
SDS30- Ter que trabalhar por turnos	,168	,730
SDS31- Conciliar os turnos com a realização de problemas pessoais	,322	,725
SDS32- Dificuldades económicas	,570	,716
SDS33- Ter de trabalhar muitas horas por semana	,172	,730
SDS34- Motivação no desempenho das suas funções enquanto tripulante	,248	,727
SDS35- Ser muito exigente consigo próprio	,569	,715

SDS36- Ter problemas de saúde causados pelo trabalho realizado	,417	,722
SDS37- Falta de compreensão dos familiares para com as situações exigentes vividas no trabalho	,360	,724
SDS38- Dificuldade de comunicação com os superiores hierárquicos	,376	,724
SDS39- O seu ordenado é favorável, comparativamente com o de outros empregos	,186	,730
SDS40- Sou pouco reconhecido pelo meu trabalho	,534	,718

Tabela 1 – Estatística da consistência interna, valores de alfa e correlações item com a escala total.

No que concerne à consistência interna, média e desvio padrão do questionário das situações desencadeadoras de *stress*, na amostra em estudo (ver tabela 2) obteve-se, para os 39 itens restantes, uma média total de 106.81, um desvio padrão e um alfa de 0.925. Para a dimensão interação TAE-TAE (com 9 itens) verificou-se uma média de 23.34, um desvio padrão de 5.09 e um alfa de 0.79. Tal como se pode verificar, todas as dimensões, reflectem elevados índices de fidelidade e de consistência interna, com valores de alfa que variam entre 0.79, 0.91, 0.85 e com um total de 0.93 (ver tabela 2).

SDS (n=32)	Nº itens	Média	Desvio padrão	Coefficiente alfa
Total	39	106.81	20.007	0.925
Interação TAE -TAE	9	23.34	5.090	0.790
Interação TAE - vítimas e familiares das vítimas	9	27.34	6.718	0.913
Interação TAE - Instituição /organização	21	55.90	10.910	0.845

Tabela 2 – Consistência interna (média e desvio padrão do SDS (Vale, J. 2008).

3.2.3. Maslach Burnout Inventory (MBI) (Schaufeli, Leiter, Maslach, & Jackson, 1996 e traduzido por Batista, 2001).

O MBI, elaborado por Schaufeli, Leiter, Maslach, & Jackson (1996) e traduzido por Batista (2001) é um dos questionários mais utilizado para avaliar a frequência e a intensidade do *burnout*. É composto por 22 itens, divididos em três sub-escalas que representam as dimensões assinaladas pelos autores na sua definição deste síndrome: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. É uma escala de “Likert”, de 7 pontos, sendo os itens avaliados entre zero e seis.

MBI (N=11067)	Nº itens	Média	Desvio padrão	Coefficiente alfa
Total	22	--	--	0.90
Exaustão emocional (EE)	9	20.99	3.80	0.76
Despersonalização (DE)	5	8.73	3.16	0.72
Realização pessoal (RP)	8	34.58	3.73	0.86

Tabela 3 – Consistência interna [média e desvio padrão do M.B.I (Maslach e Jackson, 1986).

A sub-escala exaustão emocional (EE), composta por nove itens (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), descreve sentimentos de estar emocionalmente exausto, no trabalho. Uma pontuação alta nesta dimensão indica que o indivíduo está a suportar uma tensão que está para além dos seus limites.

A sub-escala despersonalização (DE), constituída por cinco itens (5, 10, 11, 15, 22) descreve a resposta insensível e impessoal aos que recebem os cuidados ou serviços. Neste caso, uma pontuação elevada indica que o profissional tende a distanciar-se dos utentes/vítimas e a pensar, neles, como objectos.

Por último, a sub-escala realização pessoal (RP), com oito itens (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) remete para sentimentos de competência e de realização no trabalho. Uma pontuação elevada indica que o sujeito está a realizar o seu trabalho de forma digna e que considera útil a sua execução.

Os níveis de *burnout* variam entre baixos, moderados a altos sendo, por isso, uma variável contínua. Os valores são considerados elevados se estão no terço superior da distribuição normativa, médios se estão no terço médio e baixos se estão no terço inferior. Os valores de cada sub-escala são considerados isoladamente.

Um nível elevado de *burnout* reflecte-se em valores elevados nas sub-escalas de exaustão emocional e despersonalização e valores baixos de realização pessoal. Um nível médio, por sua vez, reflecte-se em valores médios nas três sub-escalas. E, por último, um nível baixo de *burnout* reflecte-se em valores baixos nas sub-escalas de exaustão emocional e despersonalização e valores elevados de realização pessoal (Carvalho, 2005; Gil-Monte & Peiró, 1997).

Amostra total	Baixo	Médio	Alto
Exaustão emocional	≤ 16	17-26	≥ 27
Despersonalização	≤ 6	7-12	≥ 13
Realização pessoal	≥ 39	38-32	≤ 31

Tabela 4 – Classificação de Maslach e Jackson (1986) do valor de “*burnout*” nas suas três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal).

Existe, também, um estudo português desenvolvido por Melo, Gomes e Cruz, 1999, que teve como finalidade traduzir, adaptar e validar, para a população portuguesa, o “*Maslach Burnout Inventory*” (MBI).

Neste estudo participaram 439 sujeitos [psicólogos das áreas clínica/saúde (194 sujeitos), social/organizacional (57 sujeitos) e escolar/educacional (143 sujeitos) e de outras áreas (36 sujeitos)] sendo 119 do sexo masculino e 320 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 23 e os 67 anos.

Paralelamente, são também mostrados os dados relativos à fidelidade do MBI (*alpha de Cronbach*) e como se verificou tais valores (variando entre 0.70 e 0.80 com o total de 0.75), reflectem elevados índices de fidelidade e de consistência interna (ver tabela 5) (Melo, Gomes, & Cruz, 1999).

Instrumento/Sub-escala – Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach	ALPHA
Exaustão emocional	0.80
Despersonalização	0.71
Realização pessoal	0.70
TOTAL	0.75

Tabela 5 – Coeficientes de fidelidade (*alpha de Cronbach*) do MBI.

A adaptação e validação portuguesa do MBI confirmou a existência dos três dimensões originais do *burnout*, embora tenha implicado a retirada de 4 itens da versão original, nomeadamente o item 2 (“sinto-me esgotado ao fim do meu dia de trabalho”), o item 11 (“preocupa-me o facto de que o que desempenho me pressione bastante emocionalmente”), o item 12 (“sinto-me cheio de energia”) e o item 18 (“sinto-me estimulado após trabalhar junto das vítimas”). Os três factores originais e principais permitiram, no seu conjunto, explicar 43.4% da variância total (ver tabela 6) (Melo, Gomes, & Cruz, 1999).

ITENS	Factor 1	Factor 2	Factor 3
	EE	RP	DE
8. Sinto-me esgotado(a) com o meu trabalho	0.82		
3. Sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho	0.73		
20. Sinto-me como se estivesse no limite das minhas capacidades	0.72		
16. Trabalhar directamente com pessoas gera-me demasiado <i>stress</i>	0.65		
1. Sinto-me emocionalmente insatisfeito com o meu trabalho	0.63		
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu emprego	0.48		
13. Sinto-me frustrado com o meu emprego	0.46		
6. Trabalhar com pessoas todo o dia constitui realmente uma pressão para mim	0.45		
17. Sou capaz de criar facilmente um ambiente relaxado com os meus clientes		0.72	
7. Lido de forma eficaz com os problemas dos meus clientes		0.70	
4. Posso facilmente compreender como é que os meus clientes de sentem em relação às coisas		0.54	
21. No meu trabalho lido muito calmamente com os problemas emocionais		0.53	
19. Neste emprego consegui muitas coisas que valeram a pena		0.52	
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu emprego		0.49	
5. Sinto que trato alguns clientes como se fossem objectos impessoais			0.77
15. Não me interessa realmente o que acontece a alguns dos meus clientes			0.76
10. Tornei-me mais cruel com as pessoas desde que comecei a exercer a minha profissão			0.53
22. Sinto que os clientes me culpam por alguns dos seus problemas			0.53
% Variância	21.9	12.7	8.7

Tabela 6 – Saturação dos itens do MBI nos factores, após análise das componentes principais (Melo, Gomes, & Cruz, 1999, p.600).

Relativamente ao questionário do *MBI* utilizado para este estudo, como se trata de uma população específica (TAE e novos TAE – ainda em formação) começaram por se verificar as suas qualidades psicométricas. No que concerne à consistência interna não foi necessário eliminar nenhum item, obtendo-se um valor de alfa de 0.74. Quanto à média do valor total foi de 57.50 e o desvio padrão 13.19, para os 22 itens (ver tabela 7).

Através da análise dos dados relativos à fidelidade do *MBI* (*alpha de Cronbach*) constatou-se que tais valores (0.88 e um total de 0.74) reflectem elevados índices de fidelidade e de consistência interna (ver tabela 7). Porém, a dimensão despersonalização apresenta um valor de *alpha* de 0.17 valor, esse, que pode dever-se ao facto de se tratar de uma população específica com um N muito reduzido (N=32) (ver tabela 7). Ainda assim, por ser uma dimensão importante para as hipóteses que se pretendem testar fez sentido utilizá-la neste estudo.

Nas restantes dimensões de *burnout* os valores, variando entre 0.70 e 0.80 com um total de 0.75, reflectem elevados índices de fidelidade e de consistência interna (ver tabela 7).

A dimensão exaustão emocional apresentou um desvio padrão de 13.2 e uma média de 36.25 e a dimensão realização pessoal apresentou um valor de desvio padrão de 9.63 e uma média de 36.25 (ver tabela 7).

Maslach Burnout Inventory (N=32)	Nº itens	Média	Desvio padrão	Coefficiente alfa
Total	22	57.50	13.198	0.735
Exaustão emocional (EE)	9	36.25	9.625	0.879
Despersonalização (DE)	5	7.25	3.927	0.168
Realização pessoal (RP)	8	36.25	9.625	0.879

Tabela 7 – Média e desvio padrão do *MBI*.

Para além dos dados relativos à estatística descritiva do *MBI* e à sua fidelidade e consistência interna fez sentido apresentar a estatística da consistência interna, valores de alfa e correlações item com a escala total (ver tabela 8).

ITENS	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
MBI1- Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho	,329	,723
MBI2- Sinto-me esgotado ao fim do meu dia de trabalho	,403	,717
MBI3- Sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho	,472	,711
MBI4- Eu compreendo facilmente como as vítimas se sentem	,281	,726
MBI5- Sinto que trato algumas vítimas como se fossem "objectos" impessoais	,186	,733
MBI6- Trabalhar com pessoas durante todo o dia esgota-me bastante	,245	,729
MBI7- Lido de forma muito eficaz com os problemas das vítimas	,258	,728
MBI8- O meu trabalho deixa-me exausto	,429	,715
MBI9- Sinto que através do meu trabalho influencio, positivamente a vida das pessoas	,304	,725

MBI10- Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível com as pessoas	,063	,746
MBI11- Preocupa-me o facto de o trabalho que desempenho me pressione bastante emocionalmente	,251	,729
MBI12- Sinto-me cheio de energia	,151	,736
MBI13- Sinto-me frustrado com o trabalho que realizo	,460	,712
MBI14- Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu emprego	,448	,715
MBI15- Não me importo grandemente com o que acontece às vítimas	,120	,740
MBI16- Trabalhar directamente junto e com pessoas causa-me muito stress	,261	,728
MBI17- Posso criar facilmente um ambiente relaxante com as vítimas	,429	,714
MBI18- Sinto-me estimulado após trabalhar junto das vítimas	,355	,720
MBI19- No trabalho que desempenho tenho realizado coisas várias	,336	,722
MBI20- Sinto-me no limite das minhas forças	,228	,730
MBI21- No meu trabalho lido com os problemas emocionais de uma forma calma	,319	,723
MBI22- Sinto que as vítimas/doentes me culpam por alguns dos seus problemas	,044	,742

Tabela 8 – Estatística da consistência interna, valores de alfa e correlações item com a escala total.

3.2.4. Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família (F-COPES) McCubbin, Olson, & Larsen, 1988, adaptado por Serra, Firmino, Ramalheira, & Canavarro, 1990).

O “*Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale*” (F-COPES) foi desenvolvido, em 1981, por McCubbin, Olson e Larse para identificar estratégias comportamentais e de resolução de problemas utilizados pelas famílias em situações difíceis e/ou problemáticas. Na construção da escala os autores tiveram em atenção as dimensões de *coping* descritas pelo Modelo ABCX e integraram, nas estratégias de *coping*, os recursos familiares e a percepção e significado do acontecimento da teoria do *stress* familiar. As estratégias de *coping* familiar foram agrupadas em duas dimensões: internas (residem no sistema nuclear da família) e externas (estratégias que a família procura fora do núcleo familiar) (Olson, McCubbin & cols. 1985).

Os 30 itens do inventário foram organizados em 5 sub-escalas: o *reenquadramento*, a *avaliação passiva*, a *procura de apoio espiritual*, a *aquisição de suporte social* e a *mobilização de apoios formais*. As duas primeiras sub-escalas podem ser consideradas processos intra-familiares, ou seja, estratégias internas (*reenquadramento* e *avaliação passiva*). As restantes referem-se aos comportamentos activos que a família utiliza para activar recursos, fora do sistema nuclear (estratégias externas) (Olson, McCubbin & cols., 1985). McCubbin e colaboradores hipotetizaram que as famílias que recorrem às estratégias de *coping* focadas nos dois níveis de interacção, se iriam adaptar às situações de *stress* com um maior grau de sucesso.

As respostas aos 30 itens são dadas numa escala de Likert: “discordo muito” (1); “discordo moderadamente” (2); “não concordo nem discordo” (3); “concordo moderadamente” (4); “concordo muito” (5).

Da análise da variância de Olson, McCubbin e cols. obtiveram-se oito escalas que foram agrupadas em duas dimensões: padrões de *coping* internos e externos. O *coping* interno definia a forma como a família enfrentava as situações de *stress*, usando os recursos existentes no seu sistema nuclear. As estratégias de *coping* externas abarcam os comportamentos activos que a família empregou para aceder a recursos externos à família nuclear.

Factores	Itens	Alfa	
		Amostra 1	Amostra 2
1 Adquirir suporte social	1, 2, 5, 8, 10, 16, 20, 25 e 29	0.84	0.83
2 Reenquadramento	3, 7, 11, 13, 15, 19, 22 e 24	0.82	0.82
3 Procurar Apoio Espiritual	14, 23, 27 e 30	0.79	0.80
4 Mobilizar a família para adquirir e aceitar ajuda	4, 6, 9 e 21	0.71	0.70
5 Aceitação passiva	12*, 17*, 26* e 28*.	0.64	0.62
Escala Total		0.86	0.87

Tabela 9 – Estrutura factorial do F-COPES (Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen, & Wilson, 1985).

Relativamente ao estudo empírico de validação da escala, Olson, McCubbin e colaboradores (1985) obtiveram-se índices de consistência interna (*alpha de Cronbach*) de 0.83 para a dimensão *aquisição de suporte social*, 0.82 para a dimensão *reenquadramento*, 0.80 para a dimensão *procura de apoio espiritual*, 0.71 para a dimensão *mobilização de apoio formal*, 0.63 para a dimensão *avaliação passiva* e um total na escala de 0.86.

A **versão para a escala total** adoptada neste estudo foi desenvolvida por Serra, Firmino, Ramalheira e Canavarro (1990).

Na adaptação desta escala à população portuguesa foi utilizada uma amostra de 274 sujeitos e, para caracterizar psicometricamente o instrumento, procedeu-se do mesmo modo que McCubbin e cols. (1981). Na análise factorial da escala utilizou-se a rotação *varimax*, através da qual, e segundo o critério de Kaiser, se chegaram a sete factores. Dois destes apresentavam, uma consistência interna inadmissível (alfas inferiores a 0.60), nomeadamente o factor 6 (itens 3, 11 e 13) e o factor 7 (itens 7, 15, 19 e 28). Os itens correspondentes aos restantes factores e respectivos alfas estão representados na tabela 10. O alfa da escala total é de 0.866. A queda de alguns itens da escala original poderá estar relacionada com as características da amostra e com aspectos culturais (Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen, & Wilson, 1985).

Factores	Itens	Alfas
1 (Apoio formal)	1, 2, 4, 5, 6, 16, 21 e 25	0.799
2 (Apoio espiritual)	14, 23, 27 e 30	0.783
3 (Apoio formal)	8, 10, 18 e 29	0.702
4 (Reenquadramento)	7, 20, 22 e 24	0.625
5 (Avaliação passiva)	9, 12, 17 e 26	0.612

Tabela 10 – Nova estrutura factorial do F-COPES

No ano lectivo 2006/2007 realizou-se uma análise exploratória do *F-Copes* com populações específicas dos Centros de Saúde e Unidades Hospitalares, não sendo representativas da população geral. Este ano o projecto foi continuado para que se pudesse proceder à validação do *F-Copes* para a população abrangida neste estudo. Todavia, não foi possível realizar o tratamento de dados no período de tempo previsto.

Neste estudo exploratório com 372 sujeitos obteve-se um índice de consistência interna muito satisfatório de 0.85, para os 30 itens, uma média de 93.87, um desvio-padrão de 14.13 e um valor no teste KMO de 0.82 (que indica uma boa correlação entre as variáveis). Quanto aos factores das diferentes sub-escalas do *F-Copes*, irão utilizar-se os mesmos que foram obtidos no estudo original, pelas razões acima apontadas.

No que se refere aos dados da amostra com a qual trabalhei, (TAE e novos TAE- em formação) e analisando os dados relativos à fidelidade do *F-Copes* (*alpha de Cronbach*) verificou-se que tais valores (entre 0.63 e 0.85 e um total de 0.84) reflectem elevados índices de fidelidade e de consistência interna (ver tabela 11).

Quanto à média do valor total foi de 96.45 e o desvio padrão 13.06, para os 30 itens (ver tabela 11).

Factores	Nº itens	Média	Desvio padrão	Coefficiente alfa
1 Adquirir suporte social	9	29.94	5.506	0.781
2 Reenquadramento	8	29.22	4.022	0.725
3 Procurar Apoio Espiritual	4	10.50	3.716	0.858
4 Mobilizar a família para adquirir e aceitar ajuda	4	11.90	3.145	0.673
5 Aceitação passiva	4	11.63	3.260	0.633
Escala Total	--	96.45	13.064	0.843

Tabela 11 – Consistência interna (média e desvio padrão do *F-Copes*) na amostra de estudo.

Após a apresentação dos dados referentes à estatística descritiva do *F-Copes* (escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família) penso ser importante terminar esta análise com a apresentação da estatística de consistência interna, dos valores de *alpha* e das correlações item com a escala total (ver tabela 12).

ITENS	Correlação item-escala total	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FC1- Compartilhamos as nossas dificuldades com os familiares	,235	,842
FC2- Procuramos o encorajamento e apoio dos amigos	,326	,839
FC3- Sabemos que temos capacidade para resolver os problemas mais importantes	,214	,842
FC4- Procuramos informações e conselhos de pessoas de outras famílias que passaram pelo mesmo problema	,367	,838

FC5- Procuramos conselhos de parentes próximos	,453	,836
FC6- Procuramos auxílio de instituições criadas para ajudar famílias numa situação como a nossa	,321	,840
FC7- Sabemos que a nossa família tem recursos próprios para resolver os problemas	,349	,839
FC8- Recebemos ofertas e favores dos vizinhos	,569	,830
FC9- Procuramos informação e conselhos junto do médico de família	,534	,833
FC10- Pedimos aos nossos vizinhos que nos façam favores e nos dêem assistência	,608	,829
FC11- Encaramos os problemas de frente e procuramos soluções de forma activa e rápida	,145	,844
FC12- Vemos televisão	,413	,837
FC13- Mostramos que somos fortes	,381	,838
FC14- Frequentamos a igreja e vamos à missa	,456	,835
FC15- Aceitamos os acontecimentos perturbadores como parte integrante da vida	,033	,847
FC16- Partilhamos as nossas preocupações com os amigos íntimos	,164	,843
FC17- Sabemos que a sorte tem um papel importante na resolução dos nosso problemas familiares	,343	,839
FC18- Fazemos exercício físico com os amigos para mantermos uma boa condição física e reduzir a tensão	,435	,836
FC19- Aceitamos que as dificuldades acontecem de forma inesperada	,469	,836
FC20- Convivemos com a família	,392	,837
FC21- Procuramos conselhos e ajuda profissional para resolver as dificuldades	,395	,837
FC22- Acreditamos que podemos lidar com os nossos problemas	,202	,843
FC23- Participamos em actividades religiosas	,353	,838
FC24- Definimos o problema familiar de uma forma mais positiva de maneira a que não nos sintamos demasiado desencorajados	,379	,838
FC25- Perguntamos aos nossos familiares o que sentem sobre os problemas com que nos defrontamos	,579	,831
FC26- Sentimos que apesar de tudo o que possamos fazer teremos dificuldade em lidar com os problemas	,477	,835
FC27- Procuramos conselho de um padre	,415	,837
FC28- Acreditamos que de deixarmos passar o tempo o problema se resolverá	-,087	,855
FC29- Partilhamos os problemas com os nossos vizinhos	,381	,838
FC30- Temos fé em Deus	,448	,835

Tabela 12 – Estatística da consistência interna, valores de alfa e correlações item com a escala total.

3.3. Procedimentos

A amostra utilizada neste estudo exploratório foi recolhida no INEM (local onde realizei o meu estágio curricular). A sua selecção foi feita entre os meses de Novembro e Dezembro, pedindo a colaboração e o consentimento do Coordenador do CAPIC e dos Coordenadores dos TAE's. Realizou-se uma reunião juntamente com os coordenadores dos TAE's para que fossem esclarecidos quanto ao estudo e seus objectivos e para entregar os protocolos, frisando a questão da confidencialidade e anonimato das respostas e agradecendo a colaboração. No que concerne ao grupo dos novos

TAE's (ainda em formação), os protocolos foram entregues nas formações sobre competências psicológicas, para pedir a sua colaboração e participação.

Os protocolos foram preenchidos, em casa, pelos dois grupos para tentar eliminar, ao máximo, a influência de distractores ambientais presentes no seu local de trabalho (instável devido às activações inesperadas para as quais podem ser accionados, a qualquer momento).

Após a recolha dos inquéritos, no prazo estipulado aquando da reunião com os coordenadores dos TAE's e da reunião com os formandos, verificaram-se incorrecções e muitas respostas em branco ou incompletas em alguns questionários. Para se contornar essa situação, foi necessário eliminar a ficha de dados complementares evitando, dessa forma, que a investigação perdesse a fidedignidade e que os seus objectivos não se tornassem inatingíveis.

IV – Resultados

Nesta análise exploratória, realizaram-se vários procedimentos estatísticos com o intuito de testar as hipóteses de investigação previamente colocadas assim como, atingir os objectivos a que nos propusemos. Desta sorte, utilizaram-se testes *t-Student*, para amostras independentes, que permitem comparar as médias de duas e apenas, duas, populações. Nos casos em que os pressupostos de normalidade e homogeneidade eram violados, utilizou-se o teste *U-Mann Whitney*, equivalente não paramétrico do teste *t-student*. Para avaliar a intensidade e a direcção da associação entre duas variáveis, nomeadamente as situações desencadeadoras de *stress* e o índice de *burnout* utilizou-se uma medida de correlação não-paramétrica – o coeficiente de correlação de *Spearman*.

Seguidamente, serão apresentados os resultados relativos aos pressupostos de normalidade, as hipóteses de investigação deste estudo, os testes estatísticos utilizados para a sua análise e as conclusões que, a partir deles, se retiraram.

Por ser um dos pressupostos de utilização de muitos testes estatísticos, bem como de aplicação de um elevado número de estatísticas descritivas, procedeu-se à análise da normalidade da distribuição, utilizando o teste não paramétrico de aderência à normal *Shapiro-Wilk* (S-W), visto que a amostra deste estudo apresenta um $N < 50$ ($N=32$). Este teste (S-W), bem como o teste *Kolmogorov Smirnov* (K-S) servem para analisar o ajustamento à normalidade da distribuição de uma variável, através da comparação das frequências relativas acumuladas observadas, com as frequências relativas acumuladas esperadas. O valor do teste é a maior diferença existente entre ambas (ver tabela 13).

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	g.l	p.
MBI_total	,927	30	,040
MBI_EE	,818	30	,000
MBI_DE	,964	30	,393
MBI_RP	,886	30	,004
SDS_Total	,957	30	,266
Interacção TAE-TAE	,986	30	,947
Interacção TAE-vítimas e seus familiares	,964	30	,387
Interacção TAE-Instituição	,960	30	,312
Totalcopes	,984	30	,928
FCopes - adquirir suporte social	,971	31	,555
FCopes - reenquadramento	,945	31	,113
FCopes - apoio espiritual	,914	31	,017
FCopes – apoio formal	,964	31	,367
FCopes – aceitação passiva	,956	31	,223

Tabela 13 – Testes de Normalidade

Como o nível de significância nas variáveis total copes, MBI despersonalização, SDS total, interacção TAE-TAE, interacção TAE-vítimas e seus familiares, interacção TAE-Instituição, adquirir suporte social, reenquadramento, apoio formal e aceitação passiva é superior a 0.05 (valores que variam entre 0.11 e 0.95), aceita-se a hipótese da distribuição ser normal (ver tabela 13) e utilizam-se testes paramétricos. Nas variáveis MBI total, MBI exaustão emocional, MBI realização pessoal e apoio espiritual, como os níveis de significância variam entre 0.000 e 0.040, rejeita-se a hipótese da distribuição ser normal e, como tal, utilizam-se testes não paramétricos.

Hipótese 1: *Prevê-se que os novos TAE (ainda em fase de formação) apresentem um índice de burnout estatisticamente mais elevado do que os TAE mais antigos.*

Para testar esta hipótese será conveniente realçar que o índice de *burnout* é composto por três dimensões, designadamente a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal, sendo que a análise estatística realizada considerou estes três factores e o respectivo cumprimento/violação dos pressupostos de normalidade e homogeneidade das variâncias.

A significância da diferença entre o índice de *burnout* (nas suas dimensões) nos TAE experientes (grupo 1) vs. novos TAE's, ainda em fase de formação (grupo 2) foi avaliada a partir de um teste *t-student*, para amostras independentes. Os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente a normalidade das distribuições e a homogeneidade de variâncias nos dois grupos foram avaliados, respectivamente, com o teste *Shapiro Wilk* e o teste de *Levene*. Verificou-se que a dimensão

despersonalização apresenta um nível de significância maior que 0.05, aceitando-se a hipótese da distribuição ser normal ($SW(30)_{\text{despersonalização}} = 0.964$; $p=0.393$) ($F=3.046$; $p=0.091$). Contudo, nas dimensões exaustão emocional e realização pessoal, os níveis de significância são inferiores a 0.05, rejeitando-se a hipótese da distribuição ser normal ($SW(30)_{\text{exaustão emocional}} = 0.818$; $p=0.000$; $SW(30)_{\text{realização pessoal}} = 0.886$; $p=0.004$) (ver tabelas 13, 14 e 15). Deste modo, para estas duas dimensões recorreu-se ao teste *U-Mann Whitney* (também designado, *Wilcoxon-Mann-Whitney*) por ser a alternativa não paramétrica do teste *t-student*.

Os TAE apresentam, em média, um valor de despersonalização igual a 7.7 (SEM=1.14), enquanto os novos TAE's (ainda em formação) apresentam um valor, em média, de 6.8 (SEM=0.82) (ver tabela 14). De acordo com o teste *t-student*, as diferenças observadas entre a dimensão despersonalização dos dois grupos (TAE e novos formandos para TAE) não são estatisticamente significativas ($t(30) = -0.624$; $p=0.54$) (ver tabela 15).

	Antiguidade	N	Média	D.P.	Std. Error Mean
MBI_DE	novos	16	6,8125	3,27045	, 81761
	antigos	16	7,6875	4,55659	1,13915

Tabela 14 – Medidas descritivas da dimensão despersonalização em função da antiguidade.

		Teste de Levene para a homogeneidade das variâncias		Teste-t para a homogeneidade de médias			
		F	Sig.	t	g.l.	Sig (bilateral)	Diferença de Média
MBI_DE	Assumida homogeneidade das variâncias	3,046	,091	-,624	30	,537	-,87500

Tabela 15 – Teste *t* para comparação das médias da dimensão despersonalização do *burnout* em função da antiguidade.

Ainda no que se refere a esta hipótese de que os novos TAE (ainda em formação) apresentam um índice de *burnout* mais elevado do que os TAE mais antigos e, mais especificamente, no que diz respeito às dimensões exaustão emocional e realização pessoal, foi avaliada pelo teste não paramétrico de *U-Mann-Whitney*, para $\alpha=0,05$.

Os TAE apresentam *scores* mais elevados do que os novos TAE (em formação) e as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($U_{EE} = 101.5$; $W = 237.5$; $p=0.163$) e ($U_{RP} = 107.5$; $W = 243.5$; $p=0.225$) (ver tabelas 16 e 17).

	Antiguidade	N	Média das Ordens
MBI_EE (N=32)	novos	16	14,84
	antigos	16	18,16
MBI_RP (N=32)	novos	16	15,22
	antigos	16	17,78

Tabela 16 – Dimensão das amostras, média das ordens do teste *U-Mann-Whitney* nas dimensões exaustão emocional e realização pessoal, em função da antiguidade.

	MBI_EE	MBI_RP
Mann-Whitney U	101,500	107,500
Wilcoxon W	237,500	243,500
Z	-1,002	-,774
Asymp. Sig. (2-tailed)	,316	,439
Exact Sig. (1-tailed)	0,163	0,225

Tabela 17 – Teste *U-Mann-Whitney* para comparação das médias das dimensões exaustão emocional e realização pessoal em função da antiguidade.

Hipótese 2: *Espera-se que os sujeitos do sexo masculino pontuem estatisticamente mais alto na dimensão despersonalização que as mulheres.*

Para testar a significância da diferença entre a pontuação obtida na dimensão despersonalização nos sujeitos do sexo masculino (grupo 1) vs. o valor da dimensão despersonalização, nos sujeitos do sexo feminino (grupo 2) utilizou-se um teste *t-student* para amostras independentes. Depois de aplicado o teste de *Shapiro-Wilk*, ($SW(20)_{\text{grupo1}} = 0.962$; $p = 0.582$; $SW(12)_{\text{grupo2}} = 0.964$; $p = 0.842$) e o teste de Levene ($F = 0.526$; $p = 0.474$) comprovou-se a normalidade da distribuição (ver tabelas 18 e 20). Os sujeitos do sexo masculino apresentam, em média, um valor de 7.35 para a dimensão despersonalização ($SEM = 0.94$) enquanto que os sujeitos do sexo feminino têm um valor médio de 7.1 na sub-categoria despersonalização ($SEM = 1.04$) (ver tabela 19).

Considerando o teste *t-student*, as diferenças observadas entre os valores de despersonalização dos dois grupos não são estatisticamente significativas ($t(30) = 0.183$; $p = 0.856$) (ver tabela 20).

		Shapiro-Wilk		
		Statistic	g.l	p.
MBI_DE	Masculino	,962	20	,582
	Feminino	,964	12	,842

Tabela 18 – Teste de Normalidade para a dimensão MBI despersonalização, em função do estado civil.

	Género	N	Média	D.P.	Std. Error Mean
MBI_DE	M	20	7,3500	4,19618	,93829
	F	12	7,0833	3,60450	1,04053

Tabela 19 – Medidas descritivas da dimensão despersonalização, em função do género.

		Teste Levene para homogeneidade das variâncias		Teste-t para a homogeneidade de médias			
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferença de Médias
MBI_DE	Assumida homogeneidade das variâncias	,526	,474	,183	30	,856	,26667

Tabela 20 – Teste t-student para a dimensão despersonalização, em função do género.

Hipótese 3: *Indivíduos casados experimentam menos burnout que os indivíduos solteiros e estes revelam valores mais elevados de despersonalização e realização pessoal.*

A hipótese de que os indivíduos casados (grupo 1) apresentam um menor índice de *burnout* do que os indivíduos solteiros (grupo 2) foi avaliada pelo teste não-paramétrico *U-Mann-Whitney*, para $\alpha=0.05$. Os indivíduos casados apresentam valores no índice de *burnout* total mais baixos que os indivíduos solteiros e as diferenças observadas, não foram estatisticamente significativas ($U=98$; $W=164$; $p=0.63$) (ver tabelas 21 e 22).

	Estado civil	N	Média das Ordens
MBI_total (N=31)	solteiro	20	6,60
	casado	11	4,91

Tabela 21 – Dimensão das amostras e média das ordens do teste *U-Mann-Whitney* do índice de *burnout*, em função do estado civil.

	MBI_total
Mann-Whitney U	98,000
Wilcoxon W	164,000
Z	-,496
Asymp. Sig. (2-tailed)	,620
Exact Sig. (1-tailed)	,633

Tabela 22 – Teste *U-Mann-Whitney* para comparação das médias do índice de *burnout*, em função do estado civil.

Para testar o nível de significância da diferença entre a pontuação obtida na dimensão despersonalização, nos sujeitos casados (grupo 1) vs. a pontuação obtida na dimensão despersonalização, nos sujeitos solteiros (grupo 2) utilizou-se o teste *t-student*, para amostras independentes.

Após testados os pressupostos de normalidade com o teste *Shapiro Wilk* ($SW(11)_{\text{grupo 1}} = 0.95$; $p=0.63$; $SW(20)_{\text{grupo 2}} = 0.954$; $p=0.043$) e o teste de

Levene ($F=0.060$; $p=0.81$) comprovou-se a normalidade da distribuição (ver tabelas 23 e 25).

	Estado Civil	Statistic	g.l	p.
MBI_DE	solteiro	,954	20	,0426
	casado	,949	11	,628

Tabela 23 – Teste de Normalidade para o MBI total e MBI despensalização, em função do estado civil.

Os sujeitos solteiros apresentam, em média, um valor de 7.16 para a dimensão despensalização (SEM=0.80). Em oposição, os sujeitos casados apresentam, em média, um valor de despensalização de 6.82 (SEM= 1.31) (ver tabela 24). Atendendo aos dados obtidos no teste *t-student*, as diferenças observadas entre os valores médios da dimensão despensalização nestes dois grupos, não são estatisticamente significativas [(t_{DE} (29)= 0.230; $p=0.820$)] (ver tabela 25).

	Estado civil	N	Média	D.P.	Std. Error Mean
MBI_DE	Solteiro	20	7,1500	3,57292	,79893
	Casado	11	6,8182	4,33170	1,30606

Tabela 24 – Medidas descritivas da dimensão despensalização e índice de *burnout* total em função do estado civil.

		Teste de Levene para a homogeneidade das variâncias		Teste-t para a homogeneidade de médias			
		F.	Sig.	t	g.l.	Sig. (bilateral)	Diferença de Médias
MBI_DE	Assumida homogeneidade das variâncias	,060	,808	,230	29	,820	,33182

Tabela 25 – Teste t-student para a dimensão despensalização, em função do estado civil.

Neste seguimento, e para testar se os sujeitos solteiros (grupo 2) apresentavam valores mais elevados de realização pessoal do que os sujeitos casados (grupo 1), utilizou-se o teste não-paramétrico de *U-Mann-Whitney*. Os sujeitos solteiros apresentam *scores* mais elevados do que os indivíduos casados e as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas ($U=103.5$; $W= 169.5$; $p=0.400$) (tabelas 26 e 27).

	Estado civil	N	Média das Ordens
MBI_RP (N=31)	Solteiro	20	16,33
	Casado	11	15,41

Tabela 26 – Dimensão das amostras, média das ordens do teste *U-Mann-Whitney* da dimensão despensalização, em função do estado civil.

	MBI_RP
Mann-Whitney U	103,500
Wilcoxon W	169,500
Z	-,269
Asymp. Sig. (2-tailed)	,788
Exact Sig. (1-tailed)	,400

Tabela 27 – Teste *U-Mann-Whitney* para comparação das médias da dimensão realização pessoal em função do estado civil.

Hipótese 4: *Espera-se uma correlação positiva e significativa entre o total das situações desencadeadoras de stress e o total do MBI.*

Para proceder à avaliação da relação, da intensidade e da direcção da associação entre o total das situações desencadeadoras de *stress* e o total do MBI começaram por se realizar análises preliminares para assegurar a viabilidade dos pressupostos de normalidade e homogeneidade das variâncias. Estes pressupostos foram avaliados, respectivamente, através do teste de *Shapiro Wilk* ($SW(30)_{(SDS\ total)}=0.96$; $p=0.266$ e $SW(30)_{(MBI\ total)}=0.927$; $p=0.040$), constatando-se que a variável SDS total, cumpre os pressupostos de normalidade, em oposição à variável MBI total (ver tabela 13).

Para testar a hipótese apresentada utilizou-se uma medida de associação não-paramétrica – coeficiente de *Spearman*. Os resultados obtidos comprovaram que não existe uma correlação entre estes dois testes (é praticamente nula) e não se observaram diferenças estatisticamente significativas ($\rho=0.076$; $p=0.69$) (ver tabela 28). Se testarmos a correlação existente entre o total das situações desencadeadoras de *stress* e as diferentes dimensões que compõem o índice total do MBI verificou-se que não existem correlações estatisticamente significativas entre eles ($\rho_{SDS\ total_EE.}=0.254$, $p=0.17$; $\rho_{SDS\ total_DE}=-0.059$, $p=0.75$; $\rho_{SDS\ total_RP}=-0.140$; $p=0.45$) (ver tabela 28).

		MBI total	MBI_EE	MBI_DE	MBI_RP
Spearman's rho	Coeficiente de correlação	,076	,254	-,059	-,140
	p.	,685	,168	,752	0,452

Tabela 28 – Correlação entre índice de *burnout* e SDS total.

V – Discussão

Os resultados alcançados e acima apresentados obrigam a que se comece a sua discussão pela constatação e evidenciação da sua divergência, relativamente aos estudos e experiências anteriores conhecidos, que foram sendo explanados ao longo deste trabalho. Este resultado revela-se algo surpreendente mas muito interessante e representa uma boa justificação para a oportunidade e pertinência deste trabalho, e uma confortante compensação pelo esforço e empenhamento em que assenta.

Com efeito, verificamos que na **hipótese um** era expectável que os novos TAE (ainda em fase de formação) apresentassem um índice de *burnout* estatisticamente mais elevado do que os TAE com mais anos de serviço. Contudo, ao invés do esperado, não se registaram diferenças significativas entre os valores de exaustão emocional e de realização pessoal entre os novos TAE (ainda em fase de formação) e os TAE mais antigos e experientes. Deve ressaltar-se que, não obstante essa diferença não se tenha verificado, em larga escala, não podemos descurar que, quando comparados os dois grupos, entre si, os valores médios obtidos na dimensão exaustão emocional (Média das ordens = 18.2) e na dimensão realização pessoal (Média das ordens=17.8) são superiores no grupo de TAE experientes, aos do grupo dos novos TAE (ainda em fase de formação). Estes apresentam uma média de ordens para a exaustão emocional de 14.8 e de 15.2 para a realização pessoal (ver tabela 16).

Estes resultados podem querer dizer que os TAE, com mais tempo de serviço, ainda que, em determinados momentos se sintam mais tensos, mais fatigados ou desgastados, com a intensidade e quantidade do seu trabalho (daí o valor médio mais elevado na dimensão exaustão emocional), na realidade sentem-se competentes, bem sucedidos e capazes de suportar a tensão subjacente. Quanto aos novos TAE (ainda em fase de formação), uma vez que ainda não desempenharam funções na rua, a não ser em estágios, poderá compreender-se que não apresentem índices de *burnout* significativos (daí a ausência de diferenças significativas entre estes dois grupos).

Ainda no âmbito da mesma hipótese, também não se verificaram diferenças significativas nos valores de despersonalização, em função da antiguidade, ou seja, a VI (antiguidade) não teve interferência nos valores de despersonalização dos dois grupos ($t(30) = -0.624; p=0.54$) (ver tabela 15). A dimensão despersonalização apresentou *scores* superiores no grupo dos TAE com mais anos de serviço (Média=7.7) (ver tabela 14). Também, aqui, não se confirmou a hipótese de Flett e Biggs (1994, cit. Carvalho, 2005) pois, contrariamente ao que seria esperável os sujeitos mais novos (TAE em formação) não se sentem incapazes, desmotivados e, desse modo, não questionam o seu trabalho e a sua formação.

Na **segunda hipótese** esperava-se que os sujeitos do sexo masculino pontuassem estatisticamente mais alto na dimensão despersonalização do que as mulheres. No estudo feito, não se revelaram diferenças significativas entre os valores de despersonalização nos dois sexos ($t(30)=0,183; p=0,856$) (ver tabela 20), sendo os valores médios obtidos para os dois grupos, até, bastante próximos (Média DE mulheres=7.1 e Média DE homens =7.35) (ver tabela 19). Estes resultados podem indicar que, contrariamente às ideias defendidas por Olson et al., 1983; McGoldrick, 1995; Maslach e Jackson, 1996; Turner, e Avinson, 2003, in Batista, 2003, os processos de socialização nem sempre têm interferência no índice de *burnout* verificado, nos homens e nas mulheres.

Quanto à **terceira hipótese** colocada, poderia prever-se por um lado, que os indivíduos casados experimentassem menos *burnout* que os solteiros e, por outro lado, que estes revelassem valores mais elevados de despersonalização e de realização pessoal. Porém, não se verificaram

diferenças significativas no índice de *burnout* relativo a esses dois grupos ($U=98$; $W=164$; $p=0.63$) (ver tabela 22). Assim como, não se evidenciaram diferenças, no grupo dos solteiros, no que toca à dimensão despersonalização ($t_{DE}(29) = 0.230$; $p=0.820$) (ver tabela 25) e realização pessoal ($U=103.5$; $W=169.5$; $p=0.400$) (ver tabela 27). Os resultados alcançados demonstram ainda que, quando comparados os valores médios destes dois grupos, os seus *scores* são bastante próximos. A média da despersonalização para os sujeitos casados é de 6.8 e para os sujeitos solteiros, é de 7.2 (ver tabela 24). O valor médio dos sujeitos casados, na dimensão realização pessoal é de 15.41, e nos solteiros o valor é de 16.33 (ver tabela 26). Por fim, os sujeitos casados obtiveram, em média, um valor total no índice de *burnout* de 4.91, enquanto que os sujeitos solteiros apresentaram um valor de 6.60 (ver tabela 21).

Assim, ainda que não se verifiquem interferências da variável estado civil, no índice de *burnout total*, bem como nas dimensões despersonalização e realização pessoal, não podemos ignorar que os sujeitos casados apresentam valores, em média, mais baixos no índice *burnout*, comparativamente com os solteiros. Estes, por sua vez, pontuam mais elevado nas dimensões despersonalização e realização pessoal, o que vai um pouco ao encontro do que se esperava. Deve atentar-se que a amostra deste estudo é composta, maioritariamente, por indivíduos solteiros ($n=20$ - ver tabela 21) e, ainda que não recebam apoios do cônjuge, a verdade é que revelam aptidões e competências para lidar com as situações adversas da vida sem que, para isso questionem o trabalho por eles desempenhado.

Considerando a **última hipótese** deste estudo, esperava-se obter uma correlação positiva e significativa entre o total das situações desencadeadoras de *stress* e o total do MBI. Todavia, isso não se verificou pois obteve-se um valor de correlação de 0.076 ($\rho_{SDS_MBI\ total}=0,076$, ver tabela 28) tratando-se, então, de um valor praticamente nulo ($r < 0.10$) que remete para a inexistência de uma associação significativa entre estas duas variáveis. Deste resultado pode inferir-se que, embora a relação entre estas variáveis seja nula ou praticamente inexistente, se se utilizasse uma amostra com um N superior, tornar-se-ia mais fácil obter resultados conclusivos e constatar se estas variáveis evoluem no mesmo sentido e, como tal, se existem factores, indicados no questionário das situações desencadeadoras de *stress*, que possam, por vezes, precipitar o surgimento do síndrome de *burnout*.

Estamos, pois, confrontados com uma divergência, ou um desvio, ou um afastamento entre os resultados e conclusões que seriam expectáveis, com base nos estudos e nos princípios que na segunda parte deste trabalho desenvolvemos e os resultados obtidos e as conclusões que podem extrair-se, deste estudo feito aos Técnicos de Ambulância de Emergência (novos e os que têm mais tempo de serviço).

Essa diferença constitui um dos aspectos mais salientes e importantes deste trabalho e, conseqüentemente, exige o tratamento científico adequado. Torna-se necessário encontrar a explicação ou a justificação dessa situação, de modo que as razões e conclusões encontradas possam ter utilidade para o desenvolvimento de estudos e a busca de soluções e futuros, nesta matéria e

neste caso particular.

Nesse sentido deverá, desde logo, questionar-se a correcção do modo de realização do estudo. Nesse tocante terá de reconhecer-se a existência de algumas limitações.

Por um lado, o facto de se tratar de uma amostra de espectro reduzido (N=32) e muito específica. O que se deveu à circunstância particular de só existirem 16 TAE's exclusivos, no INEM de Coimbra (os outros que existem, são cumulativamente operadores do CODU ou tripulantes do subsistema de transporte de recém nascidos de alto risco, e pensamos que essa condição poderia interferir nos resultados). Assim sendo, não foi possível testar se os sujeitos com maior número de filhos (e casados) apresentavam, de acordo com as teorias de Maslach e Jackson (1996), uma maior maturidade, um estilo de vida mais saudável, uma perspectiva laboral diferente – características que moderariam os valores de exaustão emocional e de despersonalização e valorizariam os sentimentos de realização pessoal. Porque, em oposição, os indivíduos sem filhos, na opinião de Maslach, Leiter e Jackson (1996), usam o trabalho como fonte de vida social e comprometem, sucessivamente, as relações com as pessoas no contexto laboral e aumentam o risco de *burnout*.

Também por não existir um número elevado de sujeitos na amostra, não foi possível testar, tal como indica Maslach, Leiter e Jackson (1996), se os sujeitos com baixo nível educacional apresentam valores elevados de despersonalização, enquanto que, os sujeitos com elevado nível educacional, apresentam valores superiores nas dimensões exaustão emocional e realização pessoal.

Outra limitação que pode apontar-se diz respeito, especificamente, às escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família (F-Copes), uma vez que, contrariamente ao que tinha sido inicialmente previsto, acabou por se tornar inviável, dadas as limitações do prazo para entrega da tese, a adaptação deste questionário à população abrangida por este projecto. Desta sorte, tomou-se em consideração a estrutura factorial original do F-Copes, desenvolvida por Olson, McCubbin, Larsen, Muxen e Wilson, 1985. Por essa mesma razão e, uma vez que as cinco sub-escalas deste inventário (adquirir suporte social, reenquadramento, procurar apoio espiritual, mobilização de apoios formais e aceitação passiva) apresentam um total de itens diferente, não foi possível proceder a uma avaliação das estratégias de *coping* utilizadas, mais frequentemente, pelos TAE's e pelos novos TAE's (ainda em fase de formação) (fazia todo o sentido conhecer o tipo de ajuda mais utilizado por estes técnicos no seu dia-a-dia e, simultaneamente, trabalhar, com eles, possíveis fontes de suporte inexistentes).

Por outro lado, também o facto das três sub-escalas do questionário das situações desencadeadoras de *stress*¹⁷ (interacção TAE-TAE, interacção TAE-Instituição, interacção TAE-vítimas e familiares das vítimas), terem um número total de itens diferente, não foi possível averiguar, em média, quais os factores mais frequentemente apontados como principais fontes de *stress* ou precipitantes de *burnout*, pelos elementos da amostra (que era um

¹⁷ Consultar anexo 8.

dos objectivos deste estudo).

Apesar de tudo, entendemos que estas limitações não bastam para fundamentar, por si só e de forma completa, as diferenças encontradas e que, agora, são objecto especial desta discussão.

Consideramos que o cerne da questão está nas características especiais do grupo de profissionais que foram alvo do estudo e nas particularidades e condições do serviço em que desenvolvem a sua actividade. Nessa perspectiva, o que se nos afigura essencial é proceder à análise comparativa dessa população e dessas condições com aquelas que existem, ou existiam, no objecto dos estudos anteriores, a que se recorreu para elaborar e, em grande medida, fundamentar o presente trabalho.

É que, efectivamente, essas diferenças existem, são patentes e, a nosso ver, são determinantes.

Desde logo, o elevado grau de intensidade, pressão, urgência/emergência e responsabilidade que é inerente à actividade desenvolvida pelos profissionais em causa.

Desempenham funções no INEM (no contexto de emergência pré-hospitalar) que, como se sabe, tem como principal finalidade assegurar aos sinistrados e/ou vítimas de doença súbita a pronta, correcta e rápida prestação de cuidados de saúde, prestar o socorro no local da ocorrência, transportar, de modo assistido, as vítimas para a unidade hospitalar adequada e realizar a recepção hospitalar e tratamento urgente da vítima em articulação com os vários estabelecimentos¹⁸ ou serviços hospitalares, de forma a garantir à vítima o acesso pronto ao nível do tratamento que a situação concreta exige (Decreto-Lei n.º 234/81, de 3 de Agosto de 1981).

Exige-se, deste modo, prontidão, eficiência, o cumprimento de requisitos específicos e especial preparação para actuar em situações potencialmente traumáticas. As falhas serão, inevitavelmente, muito prejudiciais e marcantes quer a nível pessoal, quer profissional, quer dos serviços.

Por isso, os TAE são submetidos a várias formações, avaliações escritas, estágios e testes (como, por exemplo, de condução defensiva), necessários para adquirirem os conhecimentos, os perfis, as competências, as aptidões e a preparação a nível psicológico que lhe são exigidos, pelo tipo de serviços que prestam. Perante o elevado grau de exigência e responsabilidade com que se confrontam é evidente que, apenas pessoas com especial motivação e aptidão, porventura natural, escolhem e aderem a esta profissão e superam as dificuldades inerentes. Aliás, a selecção destes profissionais é feita de forma muito criteriosa e exigente, de modo a que correspondam aos parâmetros acima enunciados.

Portanto, estamos perante uma actividade, um serviço, uma função muito específica e especializada, ou seja, que não obedece aos padrões de normalidade comuns às actividades que, habitualmente, são consideradas nos estudos anteriores conhecidos.

¹⁸ Hospitais, Corporações de Bombeiros, Polícia de Segurança Pública (PSP), Guarda Nacional Republicana (GNR), Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), etc.

Além disso, trata-se de um serviço relativamente recente, apenas com escassos anos de actividade, sem um historial anterior de experiência e estudo. Somente desde o Euro 2004 é que os Técnicos de Ambulância de Emergência exercem funções no INEM da Delegação Centro, em Coimbra e, como tal, é compreensível que estes profissionais não apresentem *burnout*.

Por isso mesmo, os profissionais respectivos têm, todos, uma antiguidade bastante semelhante, melhor dizendo, os mais antigos estão separados dos mais novos, por escassos anos. De modo que desaparecem aquelas diferenças que habitualmente, noutras situações, se perscrutam entre profissionais com uma experiência de longa data, de várias dezenas de anos de antiguidade e os admitidos recentemente.

Por outro lado, o grupo etário dos profissionais-alvo deste estudo é jovem e muito uniforme. A idade dos elementos da amostra (novos TAE=25.3 e os TAE com mais tempo de serviço=27.8) surge, também, como um factor minimizador do síndrome de *burnout*.

Outra faceta importante destes profissionais-alvo é serem pessoas muito motivadas e com plena consciência e especial gosto pelo risco, dificuldade e responsabilidade, com que se deparam constantemente. Acresce o aspecto, já referido, de serem pessoas especialmente habilitadas e preparadas para as suas funções e, conseqüentemente, menos sujeitas aos factores que possam afectá-las.

Deverá ainda atentar-se que a intervenção dos TAE's é feita em cima do acontecimento ("no aqui e no agora"), numa situação de rapidez e encurtamento, própria da urgência e emergência e não tem continuidade no acompanhamento do caso. Enquanto os restantes profissionais contactam com a vítima numa fase posterior já mais estabilizada e tranquila e têm a possibilidade de acompanhar, de perto, e durante todo o tempo necessário, o desenvolvimento da situação, como acontece, por exemplo, com os médicos ou enfermeiros no Serviço Hospitalar.

Outro aspecto que actualmente pode atenuar o *stress* sentido por estes profissionais e, conseqüentemente, o *burnout*, é a realização de turnos de 12h, em substituição dos anteriores turnos de 8h, propiciando, aos técnicos, maior flexibilidade de horários, mais tempo livre e menos cansaço e desgaste.

De tudo o que tem vindo a expor-se, e salvo melhor opinião, entendo que as diferenças encontradas neste estudo, comparativamente com os demais já existentes e conhecidos, radica nestas especificidades pessoais dos técnicos em causa, da respectiva formação e das especiais características da sua actividade e do serviço em que estão inseridos. Deste modo, a comparação entre o índice de *burnout*, nesta amostra, e os resultados anteriormente disponíveis, faz ressaltar a diferenciação dos factores e dos métodos de trabalho, dado o carácter único e específico deste tipo de funções.

VI – Conclusões

O trabalho aqui apresentado incidiu sobre os Técnicos de Ambulância de Emergência do INEM, da Sub-Região Centro, e os novos Técnicos de

Ambulância de Emergência (ainda em fase de formação) e visou investigar, analisar e fornecer os resultados possíveis sobre a relação entre as situações ou acontecimentos desencadeadores de *stress* e o índice de *burnout* e a interferência das variáveis antiguidade no cargo, género e estado civil, neste mesmo índice. Naturalmente, para esse efeito, recorreu-se aos estudos, teorias e métodos antes aplicados, consagrados e publicados, que foi possível conhecer, numa exaustiva recolha efectuada sobre a matéria.

Optou-se pela utilização do questionário das situações desencadeadoras de *stress* (SDS), o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e a escala de avaliação pessoal orientada para a crise em família (F-Copes).

Como se sabe, alguns destes métodos foram utilizados em amostras compostas por Médicos, Psicólogos, Enfermeiros, Professores, como nos estudos de Carlotto (2003a), Carvalho (2005) Edelwich e Brodsky (1989), Gomez e Ron (1995); Maslach e Leiter (2001); Schaufeli e tal., (1993), etc.

O presente trabalho afigura-se particularmente importante, fazer uma focagem sobre o MBI pois é esse que permite avaliar o índice de *burnout* nas três dimensões que o caracterizam (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal).

Logo de início fomos confrontados com algumas dificuldades de preenchimento na ficha de dados complementares e, para ultrapassar esse entrave decidiu-se eliminá-la.

Uma vez efectuada a recolha de todos os dados passou-se à sua análise e interpretação para extrair as conclusões possíveis, quer em relação especificamente aos profissionais alvo, quer por comparação com os referidos estudos anteriores, para também se aferir do ajustamento destes à realidade agora objecto de estudo.

Os resultados obtidos estão exaustivamente expostos acima, no capítulo quatro deste trabalho escrito, e dão-se, aqui, por reproduzidos na íntegra.

Perante esse estudo constatou-se, então, a existência de diferenças significativas entre os resultados alcançados com esta população-alvo e aqueles que seriam previsíveis, de acordo com os estudos anteriores. Isto é, o estudo, a sua aplicação e os seus resultados, revelaram-se originais, dissonantes e, em alguns aspectos, até contraditórios com as bases científicas que lhe estiveram na origem. Essa novidade dos resultados tornou este trabalho ainda mais interessante, oportuno e útil, abrindo pistas novas de investigação e análise e estimulando o aprofundamento dos estudos.

Confrontados com as discrepâncias referidas a primeira preocupação foi, naturalmente, problematizar a correcção e o rigor do modo de realização do trabalho de pesquisa, em causa.

A esse respeito verificaram-se algumas limitações que acima já foram enunciadas. Todavia as mesmas não são suficientemente relevantes nem determinantes para, por si só, ou em medida significativa, justificarem os diferentes e inopinados resultados obtidos.

Concluiu-se, então, que as diferenças nos resultados assentavam nas características pessoais e de formação dos profissionais alvo, nas especificidades internas da actividade desenvolvida e do serviço prestado e, ainda, na diminuta antiguidade do sector.

Com efeito trata-se de um serviço e uma actividade nova e recente, de profissionais generalizadamente jovens, a experiência acumulada do serviço e dos profissionais é conseqüentemente diminuta e relativamente uniforme. Em relação aos vários profissionais, estes são de uma extracção especialmente voluntariosa e motivada e dispõem de formação adequada de elevada exigência e qualificação.

Pelo que somos levados a concluir que os resultados conhecidos dos métodos habitualmente utilizados não têm aplicação nesta população-alvo e, em relação à mesma, é imperioso reformular conceitos e princípios.

É absolutamente indispensável aproveitar os resultados que foram obtidos neste estudo, considerá-los em devida conta e explorar, ao máximo, as possibilidades de conhecimento e de investigação que eles justificam e potenciam.

Afigura-se, também, necessário continuar a desenvolver estudos neste âmbito, não só para aprofundar as hipóteses inicialmente colocadas; como para colmatar as limitações apontadas neste estudo; não somente para se procurar obter a confirmação dos resultados e conclusões deste trabalho; mas, também, para explorar todas as possibilidades abertas pela novidade e interesse das matérias e do sector analisados; e demonstrar o inesgotável campo de ideias, populações e teorias que enfrentam todos quantos se interessam e têm responsabilidades neste assunto.

Bibliografia

Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, R. D. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.

Araújo, C. F., & Shinohara, H. (2002). Avaliação e diagnóstico em terapia cognitivo-comportamental. *Interacção em psicologia*, 6 (1), 37-43.

Azevedo, M. (2006). *Teses, relatórios e trabalhos escolares: sugestões para a estruturação da escrita*. (5ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Barnett, R. C., Gareis, K. C., & Brennam, R. T. (1999). A closer look at the measurement of burnout. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 4, (2), 65-78.

Barrick, K. R. (1989). Burnout and job satisfaction on vocational supervisors, *Journal of Agricultural Education*, 35-41.

Batista, E. (2003). *Stress e burnout em profissionais de saúde que trabalham com indivíduos portadores de deficiência mental profunda*. Tese de dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Beck, A. T., & Young, J. E. (1985). Depression. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of psychological disorders* (pp.206-244). New York: Guilford Press.

Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Benevides-Pereira, A. M. T. (2003). O estado da arte do burnout no Brasil. *Revista Eletrônica InterAcção Psy*, 1, 4-11.

Bernardino, M. I. V. M (1997). *Feminização do ensino secundário: (7º-12º anos de escolaridade) implicações no estatuto socioprofissional e burnout*. Tese de dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra:.

Carlotto, M. S. (2003a). Burnout e o trabalho docente: consideração sobre a intervenção. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 12-18.

Carlotto, M. S. (2003b). Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho: um estudo com professores universitários. In Benevides-Pereira, A. M. T. (Org.), *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2006). Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory – student survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros. *Psico-USF*, 11, (2), 167-173.

Carlotto, M. S., & Gobbi, M. D. (1999). Síndrome de Burnout: um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho? *Aletheia*, 10, 103-114.

Carlotto, M. S., & Sheila, C. G. (2004). Análise factorial do Maslach burnout inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em estudo*, 9 (3), 499-505.

Carvalho, J. C. (2005). *(In)Satisfação profissional e burnout em professores e enfermeiros*. Tese de dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da

Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in the human service organizations*. New York: Praeger.

Codo, W., & Vaequez-Menezes. I. (2000). Burnout: sofrimento psíquico dos trabalhadores em educação. *Cadernos de saúde do trabalhador*, 34, 29-48.

Colangelo, T. M. (2004). *Teacher stress and burnout and the role of physical activity and parent involvement*. Tese de dissertação de Mestrado. Central Connecticut State University.

Colman, A. M. (2006). *Oxford dictionary of psychology* (2ª ed.). New York: Oxford University Press.

Cordon, I. (1997). *Stress*. Consultado em Maio de 2007, em <http://www.csun.edu/~vcpsy00h/students/stress.htm>.

Costa, A. (2003). Auto-Eficácia e Burnout. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 35-67.

Costa, E. S., & Leal, I. P. (2006). Estratégias de coping em estudantes do ensino superior. *Análise Psicológica*, 2 (24), 189-199.

Costa M. (2005). *Dicionário de termos médicos*. Lisboa: Porto Editora.

Decreto-Lei n.º. 234/81 de 3 de Agosto (Criação do Instituto Nacional de Emergência Médica).

Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

DSM-IV-TR. (2002) *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª. ed.). Coimbra: Climepsi, 345-356.

Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences

Press.

Edith, A. (2003). Auto-eficácia e burnout. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 33-67.

Ekstedt, M. (2005). *Burnout and sleep*. Department of Public Health Sciences Division of psychosocial Factors and Health, 1-89.

França, H. F. (1987) A síndrome de “Burnout”. *Revista Brasileira de Medicina* 8, (44).

Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.

Freudenberger, H. J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychoanalytic Review*, 66.

Frasquilho, M. A. (2005). Compreender o stresse para prevenir o burnout. *Medicina, médicos e pessoas*, 18, 433-444.

Garcia, L. P. (2003). Investigando o burnout em professores universitários. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 76-89.

Gersen, R. (2006). How to Prevent Burnout and Improve Productivity. *Moving Ahead: Management Insights for business success*, 3, vol I.. American Management Association.

Giglio, A. D. et al. (2006). A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Revista da associação de médicos Brasileiros*, 52 (2), 108-12.

Gil-Monte P. R. (2003). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Síndrome de Burnout) en Profesionales de Enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 19-33.

Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste Psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

Gil-Monte, P. R., Valcárcel, P., & Zornoza, A. (1995). Role stress: butnout antecedent in nursing professionals. In J. M. Peiró, F.Prieto, J. L. Meliá., & O. Luque (Eds.), *Work and organizational psychology: European contributions of the nineties* (pp.77-87). UK: Erlbaum (UK) Taylor & Francis.

Gomez, J., & Ron, M. (1995). An assessment of burnout in hunam service providers. *Journal of rehabilitation*. Consultado em 2008, Fevereiro, em www.encyclopedia.com/printable.aspx?id=1G1:16955911.

Gorkin, M. (n.d.) *The four stages of burnout*. Consultado em Novembro 2007, http://www.stressdoc.com/four_sta_burnout.htm.

Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Hintjens, P. (2006). *How to recognise, prevent and treat burnout*. Consultado em Janeiro 2008, em http://www.freesoftwaremagazine.com/blogs/how_to_prevente_and_treat_burnout

I.N.E. (1998). Estatísticas demográficas. Classificação nacional das profissões, versão de 1994.

I.N.E. Direcção geral de ordenamento do território e desenvolvimento urbano (1998). Tipologias das áreas urbanas.

Jackson, S., & Schuler, R. (1983). Preventing Employee Burnout. *AMACOM Periodicals Division, American Management*.

Jones, V. (2007). *Five ways to give care to the caregiver*. Consultado

em Fevereiro de 2008, em <http://www.revolution.com/health-living/caring/caregiver/burnout-support/prevent-burnout>.

Lazarus, R. S. (1966). Some principles of psychological stress and their relation to dentistry. *Journal Dental Research*, 45, 1620-1626.

Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (2006) *Coping with aging*. New York: Oxford University Press.

Leiter, M., & Maslach C. (1997). *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.

Leiter, M., & Maslach C. (2000). *Preventing burnout and building engagement*. San Francisco: Jossey-Bass.

MaCharty, C. (2001). Understanding and Preventing Teacher Burnout. *Psicociologia: di gruppo & comunitá*.

Machin, D., & Fayers, P. M. (2001). *Quality of life: assessment, analysis and interpretation* (pp. 1-20). Chinchester, New York, Weinhem, Brisbane, Singapore, Toronto: John Willey & Sons, LTD.

Manuilla, L., Manuilla, A., Lewalle, P., & Nicoulin, M. (2004). *Dicionário Médico* (pp. 67 e 201). Lisboa: Climepsi Editores.

Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Maslach, C., & Leiter, M. (2001). How to deal with burnout? *Annual Review of Psychology*, 52.

Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2, 99-113.

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. (3ªed). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Rev. Psychology*. Consultado em Fevereiro de 2008, em arjournals.annualreviews.org.

Melo, B. T., Gomes, A. R., & Cruz, J. F. (1999). Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológico do *burnout* para os profissionais de psicologia. In A. P. Soares, A. Salvador & S. Marek (Org), *Avaliação Psicológica: Formas e contextos (vol. vi)*. Braga: APPORT – Associação dos Psicólogos Portugueses, 596-603.

Mendes, F. (2002). *Incidência do burnout em professores universitários*. Tese de dissertação para o Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina.

Mitchell, D. (2004). *Stress, coping and appraisal in HIV- seropositive rural sample: a test of goodness-of-fit hypothesis*. Tese de Mestrado, apresentada ao Colégio de Artes e Ciências da Universidade de Ohio.

Monat, A., & Lazarus, R. (1985). *Stress and coping, an anthology*. New York: Columbia University Press.

Monte, G. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome do burnout) en profesionales de Enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 19-33.

Moreno-Jiménez, B., & Benavides-Pereira, A. P. (2003). Burnout e o

profissional de psicologia. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 66-75.

Olson, D. H. et al (1985). *Family Inventories: inventories used in a national survey of families across the family life cycle* (Rev. ed.) St. Paul, Minn: Family Social Science, University of Minnesota.

Palazzo, L. S., & Carlotto, M. S. (2004). Síndrome do burnout em professores: 1º estudo epidemiológico. *Arquivos Médicos da Universidade Luterana do Brasil*, 7 (2), 43-55.

Pereira, A. (2003). *Guia prático de utilização do SPSS: Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pereira, A. (n.d). Burnout. Consultado em Novembro de 2007, em http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/saude_mental_palestras/pereira/sld002.htm.

Pereira, A., & Jiménez, B. M. (2003). O burnout e o profissional em psicologia. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 68-75.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais* (4ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.

Pines, A. M. (1993). Burnout. In L. Golberg & S. Breznitz (Eds), *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects* (pp. 386-402). New York: Free Press.

Rettig, H. (2001). How to prevent Staff burnout (and your own!). *Free Software Magazine*. Consultado em Janeiro de 2008, em <http://www.freesoftwaremagazine.com/taxonomy/term/78>.

Ribeiro, J. P. (2007). *Metodologia de Investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora/Livpsi.

Ribeiro, J. P. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.

Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI: adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction (IWS). Consultado em Outubro de 2007, em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7138/tde-12112004-163915/>.

Savoia, M. G. (n.d). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*coping*). Consultado em Novembro de 2007, [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/artigo\(57\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/artigo(57).htm).

Schaufeli, W., & Buunk, B. (2003). Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing. In M. J. Schabracq, J. Winnubst & C. Cooper (Ed), *The handbook of work and health psychology* (pp. 382-419). England: John Willey & Sons.

Schaufeli, W., Maslach, C., & Marek, T. (1993). *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Philadelphia: Taylor & Francis.

Seidl, E. M. F., & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceptuais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2), 580-588.

Silva, F. (2000). Burnout: um desafio à saúde do trabalhador. *Psi - Revista de Psicologia Social e Institucional*, vol 2, 1, 1-29.

Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das matrizes progressivas coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Tese de Doutoramento em Psicologia, especialidade em Avaliação Psicológica,

apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Smith, J. C. (1993). *Understanding stress and coping*. (pp.192-207). New York: Macmillan Publishing Company.

Smith, M. A., Jaffe-Gill, E., Segal, J. Ph. D., & Segal, R. (2007). *Preventing burnout: signs, symptoms and strategies to avoid it*: pp. 1-6. Consultado em Novembro 2007, em http://www.helpguide.org/mental/burnout_signs_symptoms.htm.

SPSS 13.0 [SPSSWIN, Aplicação para computador]. Chicago: SPSS.

Tamayo, R. M., & Trócollo, B. T. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com estratégias de *coping* no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7 (1), 37-46.

Trigo, T., Teng, C. T., Hallar, J. E. (2007). Síndrome do *burnout* e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psicologia Clínica*, 34 (5), 222-233.

Vieira, I. et al (2006). Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio grande do Sul*, 28 (3), 352-6.

Volpato, D. C. et al. (2003). Burnout em profissionais do Maringá. *Revista Eletrônica Interação Psy*, 1, 102-111.

Wenzel, L., Glanz, K., & Lerman, C. (2002). Stress, coping and health behaviour. In K.Glanz, B. K. Rimer, & F. M. Lewis (Ed.), *Health behaviour and health education* (3ª ed) (pp. 210-233). San Francisco, Jossey-Bass: a Wiley Imprint.

World Health Organization (1999). Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: staff *burnout*. In *Geneva Division of Mental Health Organization*, pp. 91-110.

World Health Organization (2003). Statements on the *burnout* syndrome among physicians. In European Forum of Medical Associations. Germany.

Wright, S. G. (2005). Burnout: a spiritual crisis. *Nursing standard essential guide*, 19, (46), 1-24.

Zellmer, D. (2002). Teaching to prevent burnout in the helping professions. *Analytic teaching*, (1), 24.

Zalaquett, C. P., & Wood, R. C. (1997). *Evaluating stress: a book of resources* (pp. 191-218). London: The Scarecrow Press Inc.

Zarr, M. L. (1991). *Patient dynamics, staff burnout, and consultation-liaison psychiatry*. Consultado em Dezembro de 2007, em <http://www.encyclopedia.com/doc/1G1-11394599.html>.

Zirkle, C. (2004). Distance education and career and technical education: a review of the research literature. *JVER: Journal of Vocational Education Research*, 28, (2), 1-15. Consultado em Novembro de 2007, em <http://scholar.lib.vt.edu/ejournals/JVER/v28n2/zirkle.html>.

Zorzi Gatti, M. et al. (2004). Comparação entre os níveis de ansiedade e *stress* apresentados e percebidos pela equipa de enfermagem. *Enfermaria global: Revista eletrónica semestral de enfermeiros*, 5, 1-10. Consultado em Novembro de 2007, em <http://www.um.es/eglobal/>.

Anexos

ANEXO I

Dados sócio-demográficos do grupo dos TAE com mais anos de serviço

		Frequências	Percentagens
Género Total=16	M	8	50,0
	F	8	50,0
Idade do próprio (1 missing) Total=15	24	1	6,3
	25	4	25,0
	26	1	6,3
	28	4	25,0
	29	1	6,3
	30	2	12,5
	31	1	6,3
	35	1	6,3
	1 missing	1	6,3
Local de Residência (1 missing =6,8%) Total=15	Predominante/urbano	10	62,5
	Mediana/urbano	3	18,8
	Predominante/ rural	2	12,5
	1 missing	1	6,3
Parentesco próprio Total=16	Pai	1	6,3
	Filho(a)	8	50,0
	Avó	5	31,3
	Genro	2	12,5
Estado civil (1 missing – 6,3%) Total=15	Solteiro	9	56,3
	Casado	3	18,8
	União de facto	3	18,8
	1missing	1	6,3
Habilitações literárias Total=16	12º Ano	12	75,0
	Ensino superior	4	25,0
Tamanho do agregado Total=15	1	1	6,3
	2	5	31,3
	3	2	12,5
	4	6	37,5
	5	1	6,3
	1 missing	1	6,3
Composição do Agregado (1 missing – 6,3%) Total=15	Casal	4	25,0
	Pai(s)+filho(s)	9	56,3
	Pai(s)+filhos(s)+avó(s)	1	6,3
	Outras composições familiares	1	6,3
	1 missing	1	6,3
Nível sócio económico Total=16	Baixo	13	81,3
	Médio	3	18,8
Religião Total=16	Não	3	18,8
	Sim, católica	12	75,0
	Sim, não católica	1	6,3
Formas de Família Total=15 (1 missing – 6,3%)	Nuclear intacta	14	87,5
	Monoparentalidade	1	6,3
Etapas do ciclo vital Total=15 (1 missing – 6,3%)	Casal sem filhos	4	25,0
	Filhos idade escolar	1	6,3
	Filhos adolescentes	1	6,3
	Família lançadora	8	50,0
	Não se aplica	1	6,3

ANEXO II

Dados sócio-demográficos do grupo dos novos TAE (ainda em fase de formação)

		Frequências	Percentagens
Género Total=16	M	12	75,0
	F	4	25,0
Idade do Próprio Total=16	19	1	6,3
	20	1	6,3
	21	1	6,3
	22	4	25,0
	23	1	6,3
	24	2	12,5
	25	1	6,3
	26	1	6,3
	27	2	12,5
	28	1	6,3
Local de residência Total=16	predominante/ urbano	11	68,8
	predominante/ rural	5	31,3
Parentesco próprio Total=16	Pai	1	6,3
	Filho(a)	9	56,3
	Cônjuge	4	25,0
	Único do agregado familiar	2	12,5
Estado civil Total=16	Solteiro	11	68,8
	Casado	3	18,8
	União de facto	2	12,5
Habilitações literárias Total=16	6º Ano	1	6,3
	9º Ano	1	6,3
	12º Ano	6	37,5
	Ensino superior	8	50,0
Tamanho do agregado Total=16	1	2	12,5
	2	4	25,0
	3	4	25,0
	4	4	25,0
	5	1	6,3
	6	1	6,3
Composição do Agregado Total=16	Casal	4	25,0
	Pai(s)+filho(s)	9	56,3
	Outras composições familiares	3	18,8
Nível sócio económico Total=16	Baixo	7	43,8
	Médio	8	50,0
	Elevado	1	6,3
Religião Total=16	Não	4	25,0
	Sim, católica	12	75,0
Formas de Família Total=16	Nuclear intacta	15	93,8
	Monoparentalidade	1	6,3
Etapas do ciclo vital Total=16	Casal sem filhos	4	25,0
	Família lançadora	10	62,5
	Não se aplica	2	12,5

ANEXO III

Folha de rosto

Técnicos de Ambulância de Emergência

Estou a frequentar o 1º Curso de Mestrado Integrado em Psicologia na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, na área de Psicologia Clínica.

Tendo sido este o local que escolhi para realizar o meu estágio (INEM) e sendo solicitada, no âmbito deste último ano de curso, a elaboração de uma dissertação final cujo tema será o *Burnout em TAE's (Técnicos de Ambulância de Emergência)*, pedia a sua colaboração no preenchimento dos questionários em anexo.

O primeiro questionário refere-se às situações potencialmente desencadeadoras de stress; o segundo é o MBI – *Maslach Burnout Inventory* (mede a intensidade e a frequência do *burnout* segundo três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal) e, por último o terceiro questionário é o *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales – F-COPES* (que tem como objectivo avaliar as estratégias de coping utilizadas pelas pessoas perante situações problemáticas).

No cabeçalho de cada questionário constarão as instruções de preenchimento, sendo muito importante que preencha todas as respostas. Qualquer outra dúvida que surja, por favor não hesite em contactar.

A sua participação é fundamental para o trabalho que se pretende realizar e os dados são confidenciais, estando assim garantido o seu anonimato.

Desde já os meus sinceros agradecimentos,

Joana Malheiro Menezes do Vale

Nota: Aquando da entrega do seu questionário vamos solicitar a sua colaboração para, com a nossa ajuda, preencher uma *ficha de dados sócio-demográficos*; que contém questões pertinentes para o projecto global de investigação. Muito Obrigada!

ANEXO IV

Dados relativos ao questionário das situações desencadeadoras de *stress*

Questão de investigação: *Quais os acontecimentos/situações de vida indutores de stress que mais frequentemente precipitam o surgimento do burnout?*

Na segunda parte deste estudo mencionou-se que um dos seus objectivos era identificar quais os principais acontecimentos ou situações de vida indutores de *stress*, que mais frequentemente precipitam o surgimento do burnout. Contudo, tal como se explicou na discussão, pelo facto deste questionário conter três dimensões com um número de itens diferente, tal avaliação não foi conclusiva.

As pontuações médias obtidas para cada dimensão, permitem-nos concluir que, como a dimensão interacção TAE-Instituição é composta por 21 itens, apresenta uma média superior, comparativamente com a interacção dos Técnicos de Ambulância de Emergência, entre si (9itens), e destes profissionais com as vítimas e os familiares das vítimas (9itens). Como se pode constatar, a média total para o questionário das situações desencadeadoras de *stress* é 111,5161. Pensando nas dimensões específicas já referidas as médias variam entre 23.3 e 55.9, num total de 31 sujeitos, visto haver um *missing* (ver quadro 1).

Com base nestes dados pode dizer-se que os TAE estabelecem um bom relacionamento com os colegas, marcado pela honestidade, seriedade, pouca competitividade, respeito, colaboração, entre outros. Assim como se destaca que, nesta amostra, os sujeitos lidam bem com as vítimas nos mais diversos contextos de actuação, nomeadamente situações multivítimas, situações que envolvem crianças, situações que envolvem a morte da vítima, situações de foro psiquiátrico e depressivo. Quanto à Instituição deve tentar assegurar-se, sempre, uma relação de respeito, colaboração e confiança nos seus profissionais.

	N	Média		D.P.
	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
Interacção TAE-TAE (9 itens)	32	23,3438	,89983	5,09021
Interacção TAE-vítimas e familiares das vítimas (9 itens)	32	27,3438	1,18765	6,71834
Interacção TAE – Instituição (21 itns)	31	55,9032	1,95946	10,90980
SDS_total	31	111,5161	3,69157	20,55368

Quadro 1 – Estatísticas descritivas do questionário das situações desencadeadoras de *stress* e suas respectivas dimensões.