



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Patrícia Isabel Francisco Rita

BURNOUT E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL
DISPARIDADES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde orientada pelo Professor Doutor Pedro Augusto Lopes Ferreira e apresentada à Faculdade de Economia.

Outubro de 2020

Faculdade de Economia
da Universidade de Coimbra

Burnout e Satisfação Profissional

Disparidades nos Cuidados de Saúde Primários

Patrícia Isabel Francisco Rita

Dissertação de Mestrado na área da Gestão e Economia da Saúde orientada pelo Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Outubro de 2020



1 2 9 0
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Para R

Agradecimentos

Os meus mais sinceros agradecimentos ao Professor Pedro Lopes Ferreira por ser o impulsionador desta dissertação, pela sua orientação, generosidade e saber.

Agradeço à Enfermeira Celina Veloso, ao Dr. Miguel Conceição e à Dr.ª Ana Luísa Sacramento que constituíram a minha primeira equipa em contexto laboral e me inspiraram a acolher elementos futuros. Elevaram a fasquia de tal forma, que não voltei a encontrar equipa assim.

Aos meus colegas e amigos internos e recém-especialistas que tornam a profissão mais leve e constituem uma valiosa ferramenta de *coping*, o meu muito obrigada.

Às queridas Sofia Lynn e Zélia Santos, o meu muito obrigada pela tradução e revisão de texto, respetivamente.

Obrigada, Pedro, que apoiaste à tua maneira, este meu projecto.

Agradeço aos meus amigos-irmãos que sempre me incentivaram e puseram na linha.

Aqui ao leme sou mais do que eu:

Sou um povo que quer o mar que é teu

Fernando Pessoa, *Mensagem*

Resumo

A Síndrome de *Burnout* corresponde a uma das possíveis respostas a *stress* laboral crónico associado a ausência de respostas adaptativas adequadas. Uma das definições actualmente aceites é ‘um estado de esgotamento físico e mental cuja causa está intimamente ligada à vida profissional’. (Freudenberger, 1974) Existem várias escalas para a sua medição, sendo a mais comumente utilizada, a Escala de Copenhaga. O Centro de Estudos e Investigação em Saúde e a Administração Central do Sistema de Saúde realizaram um Inquérito de Satisfação dos Profissionais das Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal Continental, que serve de base a este trabalho. Assim, pretendemos avaliar a disparidade da Síndrome de *Burnout* entre os inquiridos, estudar as características demográficas e laborais associadas, e relacioná-la com o nível de Satisfação Profissional.

PALAVRAS-CHAVE: *Burnout*, Satisfação Profissional, Cuidados de Saúde Primários, Portugal

Abstract

Burnout Syndrome corresponds to one of the possible responses to chronic work stress associated with the absence of adequate adaptive responses. One of the currently accepted definitions is 'a state of physical and mental exhaustion whose cause is closely linked to professional life' (Freudenberger, 1974). There are several scales for its measurement, the most commonly used, the Copenhagen Scale. The Center for Studies and Research in Health and the Central Administration of the Health System carried out a Satisfaction Survey of the Professionals of the Primary Health Care Functional Units in mainland Portugal, which serves as the basis for this work. Therefore, we intend to assess the disparity of Burnout Syndrome among respondents, study the associated demographic and job characteristics, and relate it to the level of Job Satisfaction.

KEYWORDS: *Burnout, Staff Satisfaction, Primary Health Care, Portugal*

Lista de Siglas

ACeS: Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS: Administração Central do Sistema de Saúde

ARS: Administração Regional de Saúde

CBI: *Copenhagen Burnout Inventory*

CEISUC: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

CHUC: Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

EGPRN: *European General Practice Research Network*

EMDR: terapia de dessensibilização e reprocessamento de movimentos oculares

JDI: *Job Descriptive Index*

JDS: *Job Diagnostic Survey*

JIG: *Job in General Scale*

JSS: *Job Satisfaction Survey*

MBI: *Maslach Burnout Inventory*

MBI-ES: *Maslach Burnout Inventory – Educators Survey*

MBI-GS (S): *Maslach Burnout Inventory – General Survey (Students)*

MBI-GS: *Maslach Burnout Inventory – General Survey*

MBI-HSS (MP): *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (Medical Personal)*

MBI-HSS: *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*

MSQ: *Minnesota Satisfaction Questionnaire*

PUMA: *Project in Burnout, Motivation, and Job Satisfaction*

SNS: Serviço Nacional de Saúde

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

UCC: Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP: Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF: Unidade de Saúde Familiar

USP: Unidade de Saúde Pública

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo Conceptual do IASP	41
Figura 2. Dimensões, Subdimensões e Facetas do IASP	43

Lista de Tabelas

Tabela 1. Modelos Teóricos de <i>Burnout</i>	13
Tabela 2. <i>Cut-offs</i> para as diferentes dimensões do <i>Burnout</i> - MBI	20
Tabela 3. Prevenção do <i>Burnout</i>	24
Tabela 4. Satisfação no Trabalho: orientações conceptuais	28
Tabela 5. Modelos Teóricos de Satisfação	30
Tabela 6. Alguns Questionários para Medição da Satisfação.....	33
Tabela 7. Estrutura das Questões do IASP.....	42
Tabela 8. Caracterização Sociodemográfica da Amostra	45
Tabela 9. Caracterização Laboral da Amostra	47
Tabela 10. Distribuição da Amostra por Unidade Funcional	48
Tabela 11. Satisfação Profissional	49
Tabela 12. <i>Burnout</i> segundo o sexo	50
Tabela 13. <i>Burnout</i> segundo a idade.....	51
Tabela 14. <i>Burnout</i> segundo o número de horas de trabalho semanais	53
Tabela 15. <i>Burnout</i> segundo o vínculo profissional	54
Tabela 16. <i>Burnout</i> segundo o grupo profissional	55
Tabela 17. <i>Burnout</i> segundo o exercício de funções de chefia	56
Tabela 18. <i>Burnout</i> segundo o tempo na profissão.....	57

Tabela 19. <i>Burnout</i> e satisfação com o vencimento relacionado com a responsabilidade	58
Tabela 20. <i>Burnout</i> segundo a satisfação com o vencimento relacionado com a experiência	59
Tabela 21. <i>Burnout</i> segundo a satisfação com o vencimento relacionado com o desempenho.....	60
Tabela 22. <i>Burnout</i> segundo a satisfação em relação ao Reconhecimento dos Órgãos de Direcção.....	61
Tabela 23. <i>Burnout</i> segundo a satisfação em relação à Comunicação com os Órgãos de Direcção.....	62
Tabela 24. <i>Burnout</i> segundo a satisfação em relação às Queixas e Objecções e os Órgãos de Direcção.....	63
Tabela 25. <i>Burnout</i> segundo a satisfação em relação à Planificação de Actividades e os Órgãos de Direcção	64
Tabela 26. <i>Burnout</i> segundo o tipo de unidade de prestação de cuidados	65
Tabela 27. <i>Burnout</i> segundo a ARS.....	66
Tabela 28. <i>Burnout</i> Segundo a Satisfação Profissional.....	67

Índice

Agradecimentos	iv
Resumo	vi
<i>Abstract</i>	vii
Lista de Siglas	viii
Lista de Figuras.....	x
Lista de Tabelas	xi
Índice	xiii
1. Introdução	1
2. <i>Burnout</i> – Enquadramento Teórico.....	3
3. Satisfação Profissional – Enquadramento Teórico	27
4. Relação entre Satisfação Profissional e <i>Burnout</i>	35
5. Métodos	37
6. Resultados.....	45
7. Discussão	69
8. Conclusão.....	75
9. Bibliografia	77

1. Introdução

Os profissionais de saúde constituem um grupo com grande predisposição ao *burnout*. Esta síndrome pode definir-se como ‘um estado de esgotamento físico e mental cuja causa está intimamente ligada à vida profissional’. Associada a exposição crónica ao *stress* laboral e a expectativas elevadas, têm vindo a ser desenvolvidos diversos estudos neste âmbito. Uma das ferramentas utilizada é o Inventário de *Burnout* de Copenhaga, constituído por 19 itens, que avalia o *burnout* em três domínios diferentes: o pessoal, o relacionado com o trabalho e o relacionado com o cliente. São consideradas a exaustão física, psicológica e experienciada pela pessoa em relação a cada um destes três domínios. Esta ferramenta de mensuração encontra-se traduzida e validada em Portugal. No nosso país foi aplicado um Inquérito de Satisfação dos Profissionais das Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal Continental em 2018, numa parceria entre o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

O objectivo deste trabalho é avaliar a disparidade da Síndrome de *Burnout* face aos resultados obtidos através das mais de nove mil respostas do Inquérito de Satisfação Profissional referido. Será feita uma abordagem das características demográficas (sexo, idade, habilitações académicas, situação familiar) e profissionais (profissão, Administração Regional de Saúde (ARS) e Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) de origem, tipo de unidade de prestação de cuidados Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) vs Unidade de Saúde Familiar (USF), vínculo laboral, número de horas de trabalho, exercício de funções de chefia, número de anos de serviço, satisfação em relação ao vencimento auferido). Realiza-se, ainda, a avaliação do *Burnout* (considerando as variáveis sexo, idade, profissão e ARS) nas suas subdimensões – pessoal, relacionada com o trabalho e relacionada com o utente – e estuda-se uma eventual relação com o nível de Satisfação Profissional. Trata-se de um estudo observacional, transversal e retrospectivo. A população consiste nos profissionais respondentes ao

inquérito que serviu à colheita dos dados: o Inquérito de Satisfação dos Profissionais das Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal Continental. O tratamento dos dados recolhidos realiza-se com recurso ao programa de análise estatística SPSS *Statistics* v.25.

O trabalho inicia-se por uma abordagem teórica, ao *burnout*, considerando a sua definição, a evolução do *stress* ao *burnout*, a apresentação de alguns valores de prevalência da síndrome, as suas causas e consequências – estas, a nível pessoal e organizacional – a apresentação sucinta de alguns modelos teóricos que abordam o conceito, das ferramentas de medição do *burnout* – nomeadamente o *Maslach Burnout Inventory* e o *Copenhagen Burnout Inventory* – e abordam-se algumas ideias quanto à prevenção do *burnout*. Segue-se a abordagem teórica à satisfação profissional com a sua definição, modelos teóricos, escalas de medição e, finalmente, algumas noções sobre a relação entre satisfação e *burnout*.

O trabalho continua com a apresentação dos métodos, dos objectivos do mesmo e com a formulação de várias hipóteses de investigação, do contexto de realização do estudo, dos instrumentos de medição utilizados e da forma como foi feita a análise e tratamento de dados.

Seguem-se os resultados, com a descrição da amostra, a sua caracterização sociodemográfica e laboral e a satisfação profissional da amostra. Posteriormente, teremos a verificação das hipóteses de investigação sobre a relação do *burnout* com o sexo, idade, número de horas semanais de trabalho, vínculo profissional, grupo profissional, exercício de cargos de chefia, número de anos de experiência profissional, vencimento auferido, satisfação em relação aos Órgãos da Direcção e Política do ACeS, tipo de unidade de prestação de cuidados e ARS de origem.

Finalmente, temos a discussão dos dados e a conclusão do trabalho.

2. *Burnout* – Enquadramento Teórico

No sentido de facilitar a compreensão e análise dos dados obtidos no questionário que serve de base a esta dissertação, importa fazer primeiramente uma abordagem teórica. Tratamos o conceito de *burnout*, desde a sua evolução a partir do conceito de *stress*, e as diversas definições propostas por vários autores que se dedicaram ao tema; analisam-se, os factores de risco para o desenvolvimento do quadro, as múltiplas prevalências obtidas em alguns estudos realizados (algumas bastante díspares), as causas apontadas para a ocorrência do *burnout*, as ferramentas usadas desde o surgimento do conceito para a sua medição – inicialmente, mais qualitativa, posteriormente com uma abordagem mais quantitativa. Debruçamo-nos, por fim, sobre as duas ferramentas mais utilizadas: *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI).

Embora seja universalmente aceite que o termo se deve a Freudenberger e que, indiscutivelmente, a ele se deve a sua divulgação, existem algumas utilizações a nível literário do mesmo, precedentes a este autor. Há também registos do seu uso em trabalhos prévios:

- Schwarta & Will publicaram um estudo de caso em 1953, conhecido por Miss Jones, onde utilizaram de forma científica a expressão *burnout*. Os autores descreviam o quadro clínico de uma enfermeira frustrada com o trabalho.

- Mais tarde, em 1969, Bradley utilizou a expressão *staff burnout* num artigo, fazendo referência a um tipo de desgaste profissional apresentado por um grupo de oficiais da polícia, que trabalhava com delinquentes juvenis. Esse grupo de profissionais apresentava comportamentos alterados (Bernardes, 2018).

Definição de Burnout

O **Burnout** é um conceito que remonta aos anos 70. Podemos considerar uma tradução literal de ‘queimar até ao fim’ que, apesar de pobre, gera uma boa imagem do conceito. *Burnout* refere-se a um estado de exaustão ou frustração decorrente da dedicação a uma causa, modo de vida ou relação que não teve o resultado esperado. Sendo a sua definição original: “*state of mental and physical exhaustion caused by one's professional life*” (Freudenberger, 1974). Anos mais tarde, o conceito foi aprimorado, sendo considerado como a consequência de um envolvimento prolongado em situações de elevada exigência emocional no local de trabalho (Maslach & Jackson, 1981). Assim, o *burnout* associa-se maioritariamente a **profissões** de ajuda, manifestando-se por sinais e sintomas relacionados com o colapso físico e emocional decorrentes da exaustão dos recursos utilizados na realização de funções de ajuda ao outro (Marôco, *et al.*, 2016). As profissões em que se passa uma parte importante do tempo num envolvimento intenso com o cliente e em que, frequentemente, esta interação é centrada nos problemas do cliente, sejam eles psicológicos, sociais ou físicos e nem sempre de fácil resolução, está associada, muitas vezes, a sentimentos de raiva, vergonha, medo ou desespero. Atendendo à dificuldade em solucionar tais questões, o contacto torna-se frustrante e conduz a uma realidade de *stress* crónico, que se pode tornar emocionalmente esgotante e conduzir ao *burnout* (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). A síndrome de *burnout* é assumida como uma situação insidiosa, que se desenvolve ao longo do tempo e não – como decorrente de um ou vários eventos indutores de *stress* isolados. Trata-se também de um contínuo de emoções desde o entusiasmo à decepção, sem que o indivíduo se aperceba (Moreno-Jiménez & Peñacoba, 1999), ou, noutra visão, de sentimentos de inadequação em relação ao trabalho ou à falta de recursos para realizar esse trabalho (Ferreira & Lucca, 2015).

É assumida uma tríade sintomática no estudo do *burnout*. A saber: exaustão emocional (nomeadamente sentimentos de cansaço e vazio), despersonalização (que se traduz com baixa empatia, cinismo e automatismo) e reduzida realização pessoal (com fenómenos de baixa auto-estima e frustração) (de Valk & Oostrom, 2007) (Fonte, 2011) (Marcelino, *et al.*, 2012) (Soler J., *et al.*, 2008).

Esta tríade vai ser objecto de diferentes questões nas ferramentas para avaliação do *burnout*. No *Maslach Burnout Inventory* será avaliada em três sub-escalas e no *Copenhagen Burnout Inventory* o *burnout* será avaliado em três domínios diferentes: pessoal, relacionado com o trabalho e com o paciente.

Cascata de Eventos

O **stress** é inerente à vida; sabemos que em baixos níveis é um motor para a acção e é considerado positivo. Quando atinge níveis elevados (variando este ponto de corte entre indivíduos) pode condicionar doença. Este conceito, integra a situação (pressões), as respostas humanas à situação, a vivência da mesma, bem como a relação entre os contextos biológico, social, a saúde e a doença. Assim, é o processo de interacção tanto consciente como fisiológica numa situação de exposição a estímulos exigentes. (Psicossocial, 1996) Aos estímulos stressores externos que constituem um desafio à homeostasia somam-se os factores internos de *stress* como expectativas, negativismo ou frustração. (Frasquilho, 2005) As fontes de *stress* externas classificam-se em cataclísmicas, pessoais ou de fundo. Estas últimas, as quotidianas, de menor intensidade e cumulativas constituem aquelas de maior risco psicossocial (Goldberg & Brenitz, 1993). O conceito de *stress* foi evoluindo pela visão de diversos autores e, nos anos 50, foi defendido que a reacção automática desencadeada no organismo face ao perigo é protectora da vida. Esta reacção neuro-endócrina, a síndrome Geral de Adaptação, divide-se em três estádios, sendo o primeiro a reacção de alarme (após a exposição súbita do organismo ao estímulo) ocorrendo elevação da frequência cardíaca, redução da temperatura corporal, da força muscular e da pressão arterial. Segue-se o contra-choque com libertação de corticóides que permitem ao organismo responder rapidamente. O segundo estádio caracteriza-se por uma adaptação aos estímulos. Ocorre um reequilíbrio e uma resistência aos estímulos. Se a presença de estímulos stressores for mantida, atinge-se o último estádio, o de exaustão, em que ocorre reactivação vegetativa e manutenção de níveis elevados de cortisol no sangue e as consequências negativas desse aumento prolongado (Frasquilho, 2005). A resposta aos eventos stressores e a capacidade

de adaptação encontram-se dependentes da intensidade e tipo de estímulos, bem como de características individuais. Há um nível óptimo de estímulos que condiciona um funcionamento positivo dos organismos com vitalidade, entusiasmo, vigor, motivação, alta produtividade, entre outras, conhecido por *eustress*. Ultrapassando-se este ponto de boa adaptação, atinge-se uma fase negativa caracterizada por fadiga, irritabilidade, pessimismo, desmotivação, baixos níveis de concentração, indecisão, depressão, surgimento de patologias, acidentes e diminuição da produtividade. Denominando-se esta fase de *distress*. É aceite que o conceito de *burnout* corresponda, nas profissões da saúde, à última fase de *distress* (Frasquilho, 2005).

Prevalência de Burnout

Percorrida a cascata de eventos desde o estímulo ao *burnout*, debrucemo-nos novamente sobre este. Sabemos que afecta principalmente profissões de ajuda, em que a ‘matéria prima’ são pessoas, pretendendo-se que haja uma alteração de comportamento no outro de forma a ajudá-lo. Os profissionais de saúde estão bastante sujeitos a sofrer *burnout* por tentarem resolver os problemas de pessoas (maioritariamente) doentes. Contudo, o *burnout* não é exclusivo da área da saúde, afectando também profissionais das áreas da educação e da segurança pública (Mata, Machado, Moutinho, & Alexandra, 2016).

Nos últimos anos, têm surgido alguns **estudos** sobre *burnout* em profissionais de saúde. A prevalência apontada no estudo europeu EGPRN, em 2008, para *burnout* em médicos de família era de 12% (Soler, *et al.*, 2008). Este estudo não contemplou Portugal, mas, num estudo realizado no nosso país em 2012, obtiveram-se prevalências entre 41% e 32,4% dependendo da definição utilizada (Marcelino, *et al.*, 2012). Mais tarde, foi realizado o estudo PreSBurn num Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do nosso país, portanto, com uma amostra reduzida, que obteve uma prevalência de *burnout* de 5,7% (Mata, Machado, Moutinho, & Alexandra, 2016). Já outro estudo nacional, mais recente, também com recurso à escala de Maslach, apontou prevalências de *burnout* elevado em 43,6% dos médicos e em 49,4% dos enfermeiros da amostra estudada (Marôco, *et al.*, 2016). Os valores referentes à prevalência são bastante díspares nos

diversos estudos realizados. Temos, por exemplo, um estudo americano, em cirurgiões ortopédicos, que aponta para valores de 87% de *stress* severo e *burnout* ao fim de um dia de trabalho (Rosenstein, 2012).

Apesar dos valores de prevalência diversos da síndrome de *burnout* nos estudos consultados, esta é considerada um grave problema de saúde pública, tendo em conta as suas implicações tanto a nível físico, como psicológico, com rebote importante na qualidade de vida do indivíduo (Gil-Monte, 2009).

Causas de Burnout

Trabalhar de modo continuado com indivíduos em sofrimento (psicológico, social e/ou físico) pode causar *stress* crónico o que contribui para o risco de *burnout* em profissionais de serviços humanos. Os profissionais podem desenvolver atitudes e sentimentos negativos para com os utentes, chegando a considerá-los merecedores dos problemas, comportamento que se deverá à exaustão emocional (Maslach & Jackson, 1981). Entre as **causas** de *burnout*, podem encontrar-se características organizacionais e individuais. Considerando os aspectos das organizações, temos, por exemplo, hierarquia, sobrecarga laboral, remuneração abaixo das expectativas, ausência de progressão na carreira, burocratização excessiva, avaliação do desempenho baseada apenas em aspectos quantitativos, desorganização, rotinas de trabalho, supervisão próxima do funcionário, ausência de apoio, inexistência de grupos de trabalho coesos (Fonte, 2011) (Gómez-Gascón, *et al.*, 2013) (Soler J. , *et al.*, 2008) e funcionais, ambiente hostil, más condições das instalações e falta de material de trabalho. No que concerne aos factores individuais, podemos considerar o sexo, estado civil, ter ou não descendentes e características da personalidade. (Fonte, 2011) (Gómez-Gascón, *et al.*, 2013) (Soler J. , *et al.*, 2008), idade, número de anos de experiência na função, satisfação no trabalho e interacção trabalho/casa (Queiros, Carlotto, Kaiseler, Dias, & Pereira, 2013).

As causas de *burnout* apresentam-se sensivelmente semelhantes em diferentes abordagens. Citando outros autores, temos:

- uma categorização em três áreas: ambiente físico do trabalho e do conteúdo do posto; disfunções de papel, relações interpessoais e desenvolvimento da carreira e o *stress* relacionado com a implementação e utilização de novas tecnologias e ainda outros aspectos organizacionais como a estrutura ou o clima da organização (Gil-Monte & Peiró, 1997);

- quatro grupos de condições das organizações que contribuem para a ocorrência da síndrome: falta de recompensa; políticas excessivas e procedimentos ultrapassados, rotinas de trabalho e supervisão próxima [falta de autonomia]; ausência de expectativas claras e de responsabilidade de trabalho em conjunto (o que limita a produtividade individual) e a inexistência de grupos de suporte ou de trabalho coesos (o que limita a aquisição, por parte do profissional, de informações e ferramentas necessárias para lidar com as condições anteriormente citadas) (Jackson & Schuler, 1983);

- para além das características organizacionais, importa também considerar as características individuais de cada profissional. Temos, neste âmbito, as expectativas idealistas de recompensa, reconhecimento, bom ambiente laboral, autonomia ou recursos adequados ao trabalho a desempenhar, objectivos muito ambiciosos para a carreira, desejo de elevados níveis de desempenho, por exemplo. Estas expectativas quando confrontadas com a realidade, não se verificam e geram frustração no trabalhador (Jackson & Schuler, 1983);

- os aspectos de risco organizacional são divididos por outros autores em seis áreas. A saber: sobrecarga de trabalho, falta de controlo, sentimento de recompensa insuficiente, ausência de senso de comunidade, falta de justiça e conflito de valores. Em conjunto, representam os principais antecedentes organizacionais de *burnout* (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001) (Maslach C. , 2009).

- A sobrecarga de trabalho é auto-explicativa: uma carga de trabalho excessiva que pode estar exacerbada, quando os profissionais estão no trabalho errado, não têm as ferramentas necessárias para o desempenho das suas funções, não têm apetência para determinado trabalho ou quando se geram emoções incompatíveis com os seus sentimentos. Relaciona-se directamente com a exaustão no *burnout*.

- A falta de controlo ocorre quando não há envolvimento do trabalhador nas decisões intrínsecas à sua actividade profissional. Relaciona-se com a ineficácia e reduzida realização pessoal. O facto de não haver autonomia na resolução dos problemas nem na tomada de decisões para atingir os resultados esperados, resultados pelos quais podem vir a ser responsabilizados, é altamente geradora de *stress*.

- Os sentimentos de recompensa insuficiente podem sê-lo a nível financeiro, quando o profissional considera insuficiente a remuneração recebida para o esforço despendido; sociais, quando sentem que o seu trabalho não é valorizado; ou intrínsecas, quando não há brio ou orgulho no trabalho desenvolvido. A ausência de recompensa associa-se a sentimentos de ineficácia.

- A ausência de comunidade verifica-se quando o profissional perde o senso de ligação positiva com os outros no local de trabalho. Esta ligação verifica-se por trocas emocionais e ajudas instrumentais que promovem a adesão ao grupo. O isolamento e contactos sociais impessoais são factores promotores de *burnout* importantes, contudo os conflitos laborais crónicos e por resolver são o factor mais destrutivo para as relações de trabalho. Situações de conflito constante conduzem a situações de frustração, hostilidade e reduzem a possibilidade de apoio social.

- A falta de justiça e de respeito entre colegas dificulta o bom ambiente no trabalho e o sentimento de comunidade. A injustiça pode ocorrer por desigualdades na carga de trabalho ou de vencimento. Nesta área, o *burnout* é agravado por duas vias: a injustiça é uma experiência emocionalmente desgastante e cansativa e é alimentado um sentimento de cinismo com respeito ao local de trabalho.

- O conflito de valores verifica-se quando as exigências da profissão se contrapõem aos valores do trabalhador. Geram-se constrangimentos individuais quando as acções laborais esperadas não se coadunam com os princípios da ética nem com os seus próprios valores, quando as aspirações pessoais diferem dos valores da organização ou quando a qualidade do atendimento é conflitante com a contenção de custos da organização.

Consequências de Burnout

Esta síndrome apresenta várias manifestações, divididas por diversos autores em diferentes grupos. Consoante os artigos o conjunto de manifestações pode diferir ligeiramente, havendo concordância nas consequências mais frequentes. Podem ser sinais e sintomas ou manifestações que impliquem alterações do comportamento dos envolvidos com riscos para as organizações.

Entre os sintomas mais comuns estão cefaleias, tonturas, dispneia, perturbação do sono. As alterações psicológicas descritas incluem labilidade emocional, irritabilidade, ira, ansiedade e dificuldade no relacionamento social. Ocorrem ainda baixa produtividade, conflitos laborais, dependência de psicotrópicos, diminuição da satisfação laboral e pessoal, podendo estas disrupções conduzir a um sofrimento tal, que culmine em suicídio (Wall, *et al.*, 2014) (Shanafelt, *et al.*, 2012).

No início da era dos estudos sobre a síndrome, foi descrito o seguinte conjunto de sintomas clínicos: exaustão, afastamento, aborrecimento, cinismo, impaciência e irritabilidade elevadas, sentimentos de onipotência, suspeita de não ser apreciado, paranóia, desorientação, negação de sentimentos e queixas psicossomáticas (Freundenberger & Richenson, 1980).

O *burnout* foi relacionado com diversos indicadores auto-reportados no início da década de 80: insatisfação pessoal, exaustão física, insónias, aumento de hábitos aditivos, nomeadamente álcool e drogas; problemas conjugais e familiares, que podiam levar ao abandono profissional, ao absentismo e a baixa moral, deteriorando dessa forma a qualidade dos serviços prestados (Maslach & Jackson, 1981).

No início dos anos 2000 os autores chegam mais longe e propõem ainda cefaleias, hipertensão e enfarte agudo do miocárdio como consequências desta síndrome (Spickard, Gabbe, & Christensen, 2002).

Tendo sido descrita mais de uma centena de sintomas e consequências do *burnout*, passou a ser importante a sua categorização (Schaufeli & Buunk, 2003).

Temos, por exemplo, a categorização em problemas de ordem interpessoal (familiares e sociais); pessoal (perturbações psicossomáticas, hostilidade, ansiedade e depressão) e comportamental (absentismo, atrasos e diminuição na qualidade do trabalho). Todos eles influenciam negativamente o rendimento no trabalho. As manifestações vão apresentar-se tanto a nível pessoal como profissional (Zamora, Castejón, & Ibáñez, 2004).

Aprofundamos agora a classificação da panóplia de sintomas estudada. São apresentadas de seguida propostas mais pormenorizadas de diversos autores.

A síndrome de *burnout* viu assim os seus sintomas divididos em quatro categorias (Benavides-Pereira & Moreno-Jimenez, 2003):

- Sintomas físicos: sensação de fadiga progressiva e constante, alterações do sono, mialgias ou dores ósseas, cefaleias, enxaquecas, alterações gastrointestinais, imunodeficiência, problemas cardiovasculares, alterações do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações menstruais nas mulheres;
- Sintomas psíquicos: défice de atenção e concentração, alterações da memória, pensamento lentificado, sentimentos de alienação, solidão, insuficiência, impaciência, depressão e desconfiança;
- Sintomas comportamentais: irritabilidade, agressividade, incapacidade em relaxar, dificuldade em aceitar mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias, comportamentos de alto risco e aumento da probabilidade de suicídio;
- Sintomas defensivos: isolamento, sentimentos de onipotência, perda de interesse pelo trabalho ou lazer, insónias e cinismo.

Outro conceito proposto, também em quatro categorias, e ligeiramente diferente, foi (Gil-Monte, 2003):

- Sintomas emocionais: distanciamento social, sentimentos de solidão, alienação, ansiedade e impotência ou onipotência;
- Sintomas atitudinais: atitudes negativas, cinismo, apatia e hostilidade;

- Sintomas comportamentais: agressividade, isolamento, humor inconstante e irritabilidade;

- Sintomas psicossomáticos: alterações cardiovasculares (como palpitações), sintomas respiratórios (como dispneia), problemas imunológicos (com aumento da susceptibilidade a intercorrências infecciosas e desenvolvimento de alergias), problemas sexuais (como diminuição da libido), problemas digestivos (epigastrias, náuseas, alterações do trânsito intestinal com diarreia), problemas musculares (como lombalgias, fadiga) e alterações do sistema nervoso (como enxaquecas e insónia).

Ao longo das décadas de estudo do *burnout*, apesar de terem sido consideradas as características individuais dos profissionais, concluiu-se que aquele se deve, em grande parte, à natureza do trabalho (Maslach C. , 2009), na medida em que foram identificados um grande número de factores de risco da organização em muitas profissões em diferentes países (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

Para além de ser um problema de saúde pública, como já mencionado anteriormente, o *burnout* é também um problema de saúde ocupacional, com particular relevância entre profissionais de saúde. Os indivíduos afectados apresentam habitualmente uma redução da qualidade do desempenho laboral, com maior probabilidade de erro médico, maiores taxas de absentismo, menor compromisso com a função e com o empregador, diminuição da satisfação profissional, maior recurso a certificados de incapacidade para o trabalho, vulgarmente conhecidos por 'baixas médicas', maior sofrimento pessoal e aumento de conflitos interpessoais, quer com chefias e colegas, quer com familiares. Pode também associar-se a consumo de álcool e outras substâncias psicotrópicas, menores níveis de actividade física ou outras actividades de vida saudáveis (Marôco, *et al.*, 2016) (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009) (Goldberg, *et al.*, 1996) (Shanafelt, *et al.*, 2009). Além disso, o prejuízo do trabalho assistencial acarreta um aumento dos custos económicos e sociais (Estella, *et al.*, 2002).

Modelos Teóricos de Burnout

Ao longo destes quase 50 anos, desde que se divulgou o conceito de *burnout*, diversos autores propuseram modelos para estudar a síndrome. Apresentam-se sucintamente alguns desses modelos de seguida, respeitando a ordem cronológica pela qual foram publicados.

Tabela 1. Modelos Teóricos de *Burnout*

Ano	Modelo, Autores e Descrição Sucinta
1980	Modelo de Chernis: considera o <i>burnout</i> como um modelo de adaptação psicológica. Trata-se de uma sucessão de etapas em que se verifica uma forma de adaptação ou <i>coping</i> aos eventos ou fontes de <i>stress</i> . Inicialmente há um desequilíbrio entre a procura e os recursos disponíveis do qual resulta <i>stress</i> psicossocial. Seguem-se a tensão psicológica e mudanças comportamentais do tipo defensivo e evasivo. Existe, nesta fase, uma tendência para a mecanização das tarefas, incluindo o tratamento dos doentes, que se torna rotineiro. Considera-se, neste modelo, que as características laborais interagem com as expectativas do profissional, promovendo <i>stress</i> a vários níveis (Cherniss, 1980).
1980	Modelo Progressivo de Edelwich e Brodsky: os autores estruturaram um modelo de quatro etapas cíclicas que se podem repetir ao longo do tempo e em diferentes trabalhos. São elas: (1) fase de idealismo e entusiasmo, hiperactividade, sentimentos positivos e expectativas irreais; (2) fase de estagnação ou imobilismo, com perda do idealismo inicial e que cursa com fadiga intensa, queixas psicossomáticas e irritabilidade; (3) fase de frustração, que corresponde ao <i>burnout</i> , está associada a culpabilidade e noção de desgaste e (4) fase de desmoralização, desinteresse e indiferença acompanhada de sentimentos de vazio (Edelwich & Brodsky, 1980).
1981	Modelo de Maslach e Jackson: os autores consideram <i>burnout</i> como o cansaço emocional conducente à perda de motivação com tendência a sentimentos progressivos de inadequação e fracasso. A síndrome resulta de uma discordância entre as expectativas dos profissionais e a realidade laboral. Apresenta três dimensões: esgotamento emocional (com perda contínua de energia, fadiga, desgaste e/ou falta de recursos emocionais), despersonalização (com o desenvolvimento de atitudes negativas, irritação, cinismo e insensibilidade com os utentes) e falta de realização profissional (o indivíduo faz uma auto-avaliação negativa do seu desempenho laboral, diminui as suas expectativas e apresenta sentimentos de fracasso e baixa auto-estima) (Maslach & Jackson, 1981).

Tabela 1. Modelos Teóricos de *Burnout* (cont.)

Ano	Modelo, Autores e Descrição Sucinta
1982	<p>Modelo Ecológico de Carroll e White: neste modelo o <i>burnout</i> foi considerado uma experiência psicobiossocial, um processo decorrente de um profissional com competências desajustadas para gerir o <i>stress</i>, que tem de trabalhar num ambiente gerador do mesmo e que frustra as suas necessidades. O modelo apresenta vários níveis: o primeiro o individual (que engloba todos os factores que possam afectar o desempenho profissional – saúde, tolerância à frustração, objectivos, competências, entre outros); segue-se o microssistema (o ecossistema menor em que o indivíduo trabalha, por exemplo, o escritório), o mesossistema (conjunto de microssistemas, por exemplo, todos os departamentos), o exossistema (que inclui todos os elementos do ambiente, nomeadamente directores, comunidade envolvente da empresa ou o financiamento) e, finalmente, o macrosistema (que inclui os restantes elementos da vida do profissional como percentagens de desemprego e catástrofes). Todos estes níveis são dinâmicos e complexos, estando em permanente interacção uns com os outros (Carroll & White, 1982).</p>
1982	<p>Modelo Integrador de Perlman e Hartman: integra quatro estádios. O primeiro avalia o grau em que a situação pode produzir <i>stress</i>, ou por falta de competências para responder às solicitações, ou por ausência de correspondência entre o trabalho e as expectativas, necessidades ou valores do profissional. Assim, gera-se <i>stress</i>, quando há discrepância entre a pessoa e o ambiente de trabalho. O segundo estádio relaciona-se com <i>stress</i> percebido, o terceiro com as categorias de resposta ao <i>stress</i> e o quarto equivale ao <i>burnout</i> (Perlman & Hartman, 1982).</p>
1983	<p>Modelo de Golembiewski: baseia-se no modelo anterior e assume o aumento progressivo das três dimensões numa sequência lógica de oito fases até ao desenvolvimento do <i>burnout</i>. Segundo os autores, a primeira fase é a despersonalização (menos grave) da qual se evolui até à exaustão emocional (mais grave). Se os factores profissionais como segurança laboral, compensações, colegas, supervisores, motivação intrínseca, conhecimento dos resultados, responsabilidade pelos mesmos, ou significado do trabalho são negativos, há elevado risco de desenvolvimento de <i>burnout</i>. À medida que se progride no modelo, a insatisfação é maior, há maior intenção de abandono, menor envolvimento e participação na tomada de decisões, mas sintomas físicos e estados emocionais negativos. Também se verifica uma menor produtividade organizacional (Golembiewski, Munzenrider, & Carter, 1983). As oito fases são progressivas, sendo que o indivíduo pode passar por todas elas sequencialmente ou saltar algumas. Em cada fase, o indivíduo é classificado como tendo alto ou baixo valor em cada uma das três subescalas.</p>

Tabela 1. Modelos Teóricos de *Burnout* (cont.)

Ano	Modelo, Autores e Descrição Sucinta
1983	<p>Modelo de Competências Sociais de Harrison: para este autor, o <i>burnout</i> é uma função da competência percebida. Assim, elabora o modelo de competências sociais segundo o qual a motivação para ajudar vai contribuir para a eficácia nos objectivos laborais. Desta forma, quanto maior a motivação, maior eficácia laboral. Se existirem no ambiente factores de ajuda, melhores serão os resultados e assim os sentimentos de competência social do trabalhador que, por sua vez, vão reforçar a motivação. Quando o trabalhador se depara com barreiras, os sentimentos de eficácia diminuem, porque não consegue atingir os objectivos propostos e, a partir daí, surge o <i>burnout</i> (Harrison, 1983).</p>
1983	<p>Modelo de Leiter: neste modelo, a exaustão emocional é o ponto fulcral. É a primeira dimensão a ocorrer, dado que decorre do <i>stress</i> laboral. Associa-se a níveis elevados de despersonalização (numa tentativa ineficaz do indivíduo lidar com sentimentos de exaustão) e níveis reduzidos de realização pessoal. O impacto do <i>stress</i> pode manifestar-se a nível organizacional e profissional. Os principais eventos stressores são a sobrecarga de trabalho e os conflitos com as pessoas em ambiente laboral. Contrapõem-se a utilização de competências e estratégias de <i>coping</i> individuais, o apoio do supervisor, as relações positivas com o cliente e a autonomia (Leiter, 1983 <i>apud</i> Richardsen & Burke, 1995).</p>
1993	<p>Modelo Existencial de Pines: para a autora, a causa do <i>burnout</i> é essencialmente a necessidade de o indivíduo encontrar um significado para a sua vida. O seu modelo baseia-se na ideia de que as expectativas podem ser de carácter universal, profissional ou pessoal. O conjunto destas expectativas e da motivação para o trabalho, num ambiente positivo conduzem ao sucesso e à existência com significado. De forma oposta, se o ambiente for dominado pelo <i>stress</i>, o indivíduo não atinge os seus objectivos nem expectativas, verifica-se o insucesso e, com ele, o enfraquecimento da motivação e o <i>burnout</i>. A autora considera ainda que quanto maior a motivação com a qual se inicia uma actividade, maior a probabilidade de desenvolver <i>burnout</i>, caso não se consiga concluí-la com sucesso (Pines, 1993).</p>

Tabela 1. Modelos Teóricos de *Burnout* (cont.)

Ano	Modelo, Autores e Descrição Sucinta
1993	<p>Modelo de Autocontrolo de Thompson, Page e Cooper: desenvolveram um modelo que atribui a causa do <i>burnout</i> às seguintes variáveis: discrepâncias entre a exigência da tarefa e os recursos do trabalhador, nível de autoconfiança, expectativas de êxito. Dão muita importância à questão da autoconfiança, considerada um traço da personalidade e que consiste na capacidade de autorregular os níveis de <i>stress</i> sentidos na realização das tarefas e cumprimento de objectivos. Os níveis de autoconfiança influenciam o desenvolvimento subsequente de sentimentos de despersonalização e exaustão emocional (Thompson, Page, & Cooper, 1993).</p>
1993	<p>Modelo de Comparação Social de Buunk e Schafelli: foi desenvolvido para enfermeiros. Assenta em dois braços etiológicos: a interacção com os utentes e a comparação social com os colegas. Quanto ao intercâmbio social com os utentes os factores causadores de <i>stress</i> são: incerteza quanto ao modo correcto de actuação, percepção de justiça (entre o que o profissional transmite e o que recebe) e a falta de controlo (dos resultados das suas acções laborais). Em enfermagem o grau de incerteza é elevado e as expectativas são muitas vezes frustradas, dado que os pacientes estão muitas vezes ansiosos e preocupados e a interacção não é gratificante (Buunk & Schaufeli, 1993).</p>
1993	<p>Modelo de Conservação de Recursos de Hobfoll e Fredy: neste modelo, os indivíduos esforçam-se por conseguir e manter o que os motiva. Segundo estes autores, o <i>stress</i> surge quando os indivíduos percebem ‘ameaças’ aos recursos que se esforçaram para conseguir. Os stressores laborais ameaçam os recursos dos trabalhadores por gerarem insegurança a propósito das suas competências para alcançar o êxito profissional. O <i>stress</i> inclui uma ou mais das seguintes condições: incerteza quanto à estabilidade futura, perda de recursos e investimento desproporcional aos ganhos. Sobressaem, neste modelo, a importância das relações com supervisores, colegas e clientes, bem como a percepção de situações de perda ou ganância. Há um esforço constante de protecção e aquisição de recursos, o que altera a percepção e consciência de maneira positiva, diminuindo assim os níveis de <i>stress</i> percebidos e a síndrome de <i>burnout</i> (Hobfoll & Fredy, 1993).</p>

Tabela 1. Modelos Teóricos de *Burnout* (cont.)

Ano	Modelo, Autores e Descrição Sucinta
1995	Modelo Expandido de Meier: neste modelo, Meier continua a assumir influências ambientais e individuais, embora estas últimas com enfoque em aspectos cognitivos e comportamentais. Para o autor, <i>burnout</i> resulta de experiências em que os indivíduos têm baixas expectativas sobre reforços positivos e altas expectativas sobre punições em ambiente laboral; baixas expectativas sobre o controlo dos reforços presentes no meio e baixas expectativas sobre a sua competência pessoal. Considera ainda o processamento da informação, ou seja, a forma como estas expectativas são apreendidas e modificadas pelo profissional (Meier, 1983).
1996	Modelo Geral Explicativo do Burnout de Maslach, Jackson e Leiter: neste modelo o <i>burnout</i> manifesta-se como consequência de exigências e diminuição do controlo, suporte social, qualidade do trabalho desenvolvido e da satisfação. Tais condicionantes geram exaustão, cinismo e redução da realização profissional, a que se seguem diminuição do empenho, aumento do absentismo, da rotatividade e ocorrência de patologia orgânica. O modelo considera as três dimensões do <i>burnout</i> , que são interdependentes, e assume a elevada importância dos factores ambientais no desenvolvimento da síndrome (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996).
1997	Modelo Explicativo de Exaustão no Trabalho de Wisniewski e Gargiulo: serviram de base a este modelo estudos realizados com profissionais de educação especial. A tensão (aquela resultante de períodos prolongados e frequentes de tensão) foi considerada uma variável mediadora entre os eventos stressores situacionais e o desempenho do profissional. O modelo discrimina quais os agentes stressores individuais e institucionais, bem como a especificidade da tarefa a realizar (Wisniewski & Gargiulo, 1997).
2002	Modelo de Sistema Interactivo do Burnout de Marques-Teixeira: neste modelo, a exaustão emocional é caracterizada segundo os aspectos organizacional e individual. Os aspectos organizacionais incluem a sobrecarga de trabalho e conflitos laborais, e os individuais, a insuficiência de tempo, competências e características das relações interpessoais. Como mecanismo de <i>coping</i> , é utilizada a despersonalização (à falta de melhores recursos) que, quando não é suficiente, gera sentimentos de ineficácia pessoal (Marques-Teixeira, 2002).

Tabela 1. Modelos Teóricos de *Burnout* (cont.)

Ano	Modelo, Autores e Descrição Sucinta
2005	Modelo de <i>Copenhagen Burnout Inventory</i>: o <i>Project in Burnout, Motivation, and Job Satisfaction</i> (PUMA) foi o estudo prospectivo de <i>burnout</i> em trabalhadores de serviços humanos, que serviu de base à elaboração do <i>Copenhagen Burnout Inventory</i> . Esta ferramenta é composta por três escalas de medida, que se relacionam com aspectos pessoais, de trabalho e do paciente, respectivamente <i>personal burnout</i> , <i>work-related burnout</i> e <i>client-related burnout</i> (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005). As três escalas serão alvo de uma abordagem mais pormenorizada na secção seguinte.
2009	Modelo do <i>Stress Laboral de Gil-Monte</i>: o questionário aplicado neste modelo baseia-se no facto do <i>burnout</i> ser uma resposta ao <i>stress</i> laboral crónico decorrente de relações interpessoais problemáticas no trabalho. Considera-se a ocorrência de uma deterioração cognitiva (baixa ilusão com o trabalho) e emocional (indolência, indiferença, distanciamento com perda de qualidade no atendimento). Por vezes, associa-se também a sentimentos de culpa. Em castelhano, a <i>Síndrome de Quemarse por el Trabajo</i> apresenta dois perfis. No primeiro, ocorrem um conjunto de sentimentos associados ao <i>stress</i> e que causam mal-estar moderado, mas não incapacitam o indivíduo para o exercício da profissão, havendo, contudo, perda de qualidade. Ocorrem baixa ilusão quanto ao trabalho, altos níveis de desgaste psicológico e apatia, mas sem sentimentos de culpa. Já no perfil 2, existe maior deterioração, bem como sentimentos de culpa. A ferramenta utilizada é o <i>Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo</i> . Inclui 20 itens agrupados em quatro dimensões: ilusão pelo trabalho, desgaste psíquico, apatia e culpa (Gil-Monte, Rojas, & Ocaña, 2009).

Os modelos teóricos de *burnout* apresentados acima não são os únicos, o que nos mostra como o *burnout* é uma área de investigação importante e traduz as diferentes abordagens à mesma problemática por diversos autores. Tal facto reforça a importância de atender a esta temática.

Ferramentas de Medição de Burnout

Partindo da oferta de tantos modelos teóricos, o que traduz riqueza conceptual, mas também algum grau de confusão, importa sistematizar a abordagem ao *burnout*. Assim, passamos a descrever neste subcapítulo duas das várias **ferramentas** que servem o propósito da sua medição: o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), este já adaptado e validado para a realidade portuguesa por Fonte em 2011. Baseado neste Inventário, foi gerado no nosso país, um Índice Global de *Burnout* (Lapa, 2018) de forma a simplificar as comparações de exaustão global entre diversos grupos não havendo a limitação da profissão.

Maslach Burnout Inventory (MBI)

O MBI era até ao fim do século passado o questionário mais utilizado para avaliação da síndrome de *burnout* (Schaufeli & Enzmann, 1998). A partir da década de oitenta foi sentida a necessidade de utilizar uma metodologia mais quantitativa nos trabalhos sobre *burnout*, nomeadamente, com o uso preferencial do MBI (Schaufeli & Buunk, 2003). A utilização desta ferramenta confundiu-se com a própria síndrome. Considerou-se que o *burnout* é o que o MBI mede (Schaufeli, 1999).

O *Maslach Burnout Inventory* foi elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson, em 1981, com o objectivo de avaliar a experiência individual da síndrome de *burnout* nas suas três dimensões – exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Desde então, já sofreu várias actualizações. Apresenta versões diferentes a utilizar consoante o grupo profissional a que se destinam. Trata-se de um questionário de auto-resposta, traduzido e validado em Portugal (Mata, Machado, Moutinho, & Alexandra, 2016) (Marôco, *et al.*, 2016). Esta ferramenta multidimensional contém 22 perguntas, cujas respostas assentam numa escala de Likert de sete pontos, cotada de ‘zero’, significando ‘nunca’, a ‘sete’, significando ‘todos os dias’. As suas três sub-escalas avaliam as diferentes dimensões da síndrome:

- Exaustão Emocional: questões 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20. Os nove itens revelam sentimentos de esgotamento e cansaço emocional no trabalho.

- Despersonalização: questões 5, 10, 11, 15 e 22. Estes cinco itens exprimem sentimentos de desvalorização da própria existência, sentido ou interesse.

- Realização Pessoal: questões 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21. Os oito itens referem-se a sentimentos de competência e realização pessoal no trabalho.

Foram definidos os seguintes *cut-offs* para avaliar a intensidade do *burnout* em cada uma das três dimensões:

Tabela 2. *Cut-offs* para as diferentes dimensões do *Burnout* - MBI

Dimensão	Baixo	Médio	Elevado
Exaustão Emocional	≤13	14-26	≥27
Despersonalização	≤5	6-9	≥10
Realização Pessoal	≤33	34-39	≥40

Burnout será assim a conjugação de elevados níveis de exaustão emocional e despersonalização com níveis reduzidos de realização pessoal. (Soler J. , *et al.*, 2008)

No estudo de Marôco, foi calculado um *Score* Global de *burnout*, que foi depois convertido em classes, respeitando as recomendações dos autores do questionário original, portanto: 'sem *burnout*/*burnout* reduzido' (*scores* médios inferiores a 2), '*burnout* moderado' (*scores* médios entre [2-3]) e '*burnout* elevado' (para *scores* médios superiores a 3) (Maslach & Jackson, 1986).

Para além do MBI original, foram desenvolvidas, em edições posteriores, outras escalas adaptadas a diferentes grupos profissionais:

- MBI – *Human Services Survey* (MBI-HSS): direccionado a profissões cuja interacção é centrada nos problemas do cliente como, por exemplo, os prestadores de cuidados de saúde. Apresenta uma versão para pessoal médico: MBI-HSS (MP) – onde os 'clientes' passam a denominar-se 'pacientes'.

- MBI – *Educators Survey* (MBI-ES): dirigido a professores, desenvolvido em 1996.
- MBI – *General Survey* (MBI-GS): destinado a profissões sem contacto directo com os destinatários dos serviços prestados ou com contacto pontual. Apresenta uma versão para estudantes universitários, MBI-GS (S).

Todas estas opções de MBI providenciam um perspectiva de como as pessoas se relacionam como o seu trabalho. Utiliza-se maioritariamente em grupos e não como uma ferramenta de avaliação individual. O seu uso não permite fazer o diagnóstico de *burnout*, mas permite um ganho de consciência a propósito da temática e de ser algo a que o profissional deva atender (Maslach, Jackson, & Leiter, 1997).

Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

Teve início, em 1999, um projecto ambicioso, com a duração de cinco anos, na Dinamarca, o PUMA (*Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction*), no qual participaram mais de 2000 profissionais de cinco áreas diferentes: funcionários dos serviços sociais, empregados de instituições de utentes portadores de deficiência, funcionários hospitalares, funcionários de instituições prisionais e outros cuidadores. Durante o período de cinco anos cada indivíduo preencheu três questionários. Os objectivos do estudo incluíam avaliar a ocorrência de *burnout* em grupos ocupacionais relevantes, analisar as suas causas, estudar as consequências do desenvolvimento da síndrome e avaliar o resultado das diferentes intervenções que visavam a diminuição do *burnout* e a melhoria da satisfação profissional. Para tal, recorreu-se ao questionário CBI.

A implementação deste projecto deveu-se ao reconhecimento, nos anos 90, do recurso a Certificados de Incapacidade Temporária prolongados, propostas para formação e para reformas precoces devido a sintomas de *burnout* (Borritz, 2006).

O questionário que serviu de base ao estudo PUMA, o CBI, permite inferir sobre a intensidade do *burnout* sentido por um indivíduo. A síndrome pode ser avaliada em três

áreas distintas: *burnout* pessoal, *burnout* relacionado com o trabalho e *burnout* relacionado com o cliente (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005).

O questionário apresenta as suas 19 perguntas distribuídas da seguinte forma:

- subdimensão de *burnout* pessoal: 6 itens. Refere-se a sintomas de exaustão física e psicológicas e da exaustão experienciada pela pessoa.

- subdimensão de *burnout* relacionado com o trabalho: 7 itens. Analisa a exaustão física e psicológica e a forma como é percebida pela pessoa em relação com o seu trabalho.

- subdimensão de *burnout* relacionado com o utente: 6 itens. Analisa a exaustão física e psicológica e como é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho com os utentes. Aplica-se a trabalhadores dos serviços humanos (por exemplo: profissionais da saúde e da educação).

A frequência com que cada sentimento ocorre no *burnout* pessoal avalia-se numa escala de cinco opções, variando entre 'zero', significando 'nunca/quase nunca', e 'cem', significando 'sempre'.

Quanto ao *burnout* relacionado com o trabalho, a frequência com que cada sentimento ocorre avalia-se numa escala de cinco opções. Nas primeiras três questões, varia entre 'zero', significando 'muito pouco', e 'cem', significando 'muito', e, nas quatro últimas, varia entre 'zero', significando 'nunca/quase nunca', e 'cem', significando 'sempre', sendo que na última, a pontuação é invertida, ou seja, 'zero', significando 'sempre', e 'cem', significando 'nunca/quase nunca'.

Já no *burnout* relacionado com o utente, a frequência com que cada sentimento ocorre avalia-se numa escala de cinco opções. Nas primeiras três questões, varia entre 'zero', significando 'muito pouco', e 'cem', significando 'muito' e, nas duas últimas, varia entre 'zero', significando 'nunca/quase nunca', e 'cem', significando 'sempre' (Fonte, 2011).

No estudo original valores superiores a 50 pontos foram considerados como correspondendo a *burnout* elevado (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005).

O CBI encontra-se traduzido para Português e validado no nosso país por Fonte em 2011. No estudo que desenvolveu com enfermeiros, concluiu que as três escalas apresentavam boa consistência interna, dados concordantes com a versão original (Lapa, 2018). Existe também uma versão para estudantes resultante de um estudo realizado com estudantes brasileiros e portugueses (Campos, Carlotto, & Marôco, 2013).

O CBI encontra-se na íntegra na secção de anexos desta dissertação.

Prevenção de Burnout

Conforme pudemos perceber, o *burnout* é um problema de saúde pública com perdas importantes a nível individual e das organizações. Assim, urge apostar em medidas preventivas, e foram vários os autores que, ao longo do tempo, sugeriram diversas estratégias nesse sentido. São esplanadas algumas dessas propostas na tabela seguinte:

Tabela 3. Preveção do *Burnout*

Autor	Abordagem à Prevenção do <i>Burnout</i>
Shinn e Morch (Shinn & Morch, 1983)	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias individuais: em que o próprio trabalhador procura tornar-se capaz de exercer a profissão, estabelecer objectivos e participar em programas de controlo de <i>stress</i> - Estratégias de grupo: em que o funcionário procura o apoio do grupo - Estratégias organizacionais: aquelas que procuram tornar as anteriores eficazes no contexto da organização
França e Rodrigues (França & Rodrigues, 1997)	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias individuais e organizacionais: evitar as rotinas, evitar o excesso de horas extra, apresentar um melhor suporte aos funcionários (um ambiente de apoio colectivo), apresentar melhores condições sociais e físicas para o exercício da profissão, facilitar o aperfeiçoamento das funções profissionais e pessoais
Maslach (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001)	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias individuais: relaxamento, terapia, meditação, treino - Estratégias organizacionais: colaboração, interacções, intervenções
Gil-Monte (Gil-Monte, 2003)	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias individuais: formação em resolução de problemas, assertividade, gestão eficaz do tempo - Estratégias de grupo: procura de apoio de colegas e superiores - Estratégias organizacionais: programas de socialização, implantação de sistemas de avaliação que concedam um papel activo nas decisões laborais
Frasquilho (Frasquilho M. , 2015)	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias individuais: desmistificar crenças irrealistas, potenciar a capacidade de comunicação, resolução de conflitos, gestão de <i>stress</i>, fomentar estilo de vida saudável, dinâmica médico-doente-família - Estratégias comportamentais: humor/optimismo, redes de socialização, farmácia de pensamentos positivos, opções de vida saudável (alimentação, sono, exercício físico, lazer), investir nas relações significativas - Estratégias organizacionais: gestão de conflitos, gestão de horários, condições de trabalho gratificantes, formação, participação nas decisões - Estratégias de gestão: terapia cognitivo-comportamental, <i>traumatic incidente reduction</i>, <i>life stress reduction</i>, técnicas de relaxamento, respiração e meditação, terapia de dessensibilização e reprocessamento de movimentos oculares (EMDR)

A prevenção do *burnout* deve atender ao seu carácter multifactorial e incidir também sobre as organizações e não apenas sobre o profissional. Importa assim que as organizações sejam capazes de promover um bom ambiente laboral que, por sua vez, favorecerá um maior envolvimento e satisfação dos seus profissionais.

3. Satisfação Profissional – Enquadramento Teórico

A satisfação profissional é um conceito que tem vindo a ser amplamente estudado e um dos objectos de estudo da área da Gestão de Recursos Humanos.

O tema suscitou interesse aos investigadores desde o início do século XX, com o objectivo de aumentar a produtividade dos trabalhadores (Balieiro & Borges, 2015). Idealmente, numa perspectiva de Gestão dos Recursos Humanos, as organizações devem proporcionar aos trabalhadores um ambiente de realização profissional, de oportunidade de crescimento e de bem-estar (Santos, 2012). O conceito desenvolveu-se a partir de críticas ao modelo Taylorista que defendia que a motivação dos trabalhadores advinha de incentivos salariais, ou seja, quanto mais produzissem, mais ganhariam (Henriques, 2009). A Escola de Relações Humanas passou, entre outras, a valorizar o factor humano nas organizações empresariais. Esta abordagem desenvolveu-se posteriormente à experiência de Hawthorne, em que se constatou que as organizações são sistemas sociais, logo sujeitas às virtualidades psicológicas e sociológicas do factor humano (Ferreira, 2011 *apud* Queirós, 2015).

Tem sido realizada uma amplitude de estudos respeitando esta temática, muitos deles, tentando inferir relações entre satisfação profissional, desempenho, motivação, produtividade, absentismo e *turnover*, sendo a satisfação profissional uma das variantes dependentes mais importante no âmbito da investigação organizacional (Lima, Vala, & Monteiro, 1994). Além de um indicador importante do clima organizacional e da satisfação do cliente, é ainda um elemento determinante para a avaliação da qualidade das organizações (Agapito & Sousa, 2010).

Definição de Satisfação Profissional

Passemos, então, a definir o conceito de satisfação profissional através da óptica de diversos autores. Existem dois braços de orientações conceptuais, um que considera a satisfação como um estado emocional, sentimentos ou respostas afectivas em relação ao trabalho; outro que assume satisfação como uma atitude generalizada em relação ao trabalho (Alcobia, 2001).

Tabela 4. Satisfação no Trabalho: orientações conceptuais

Autores	Ano	Orientações Conceptuais
Smith, Kendall e Hullin	1969	Satisfação como estado emocional , sentimentos ou respostas afectivas em relação ao trabalho
Crites	1969	
Locke	1976	
Price e Mueller	1986	
Muchinsky	1993	
Newstron e Davis	1993	Satisfação como atitude generalizada em relação ao trabalho, atendendo a três componentes: cognitiva, afectiva e comportamental
Beer	1964	
Salancik e Pfeffer	1977	
Harpaz	1983	
Griffin e Bateman	1986	
Arnold, Robertson e Cooper	1991	

Fonte: Alcobia, P. (2001), p.290 (adaptado)

Esmiçando estes dois grandes grupos, temos que a satisfação como estado emocional resulta do estado emocional do trabalhador, como este se sente em relação ao ambiente de trabalho, ao trabalho executado e aos colegas; e que a satisfação como atitude inclui, na componente cognitiva, o conhecimento que o trabalhador tem acerca das tarefas que executa; na componente afectiva, a forma como o trabalhador se sente em relação ao seu trabalho (ambiente, função e pessoas) e, no aspecto comportamental as intenções do trabalhador em relação ao objectivo do trabalho (Balieiro & Borges, 2015).

Posta esta divisão conceptual, debrucemo-nos agora sobre algumas das definições dadas por outros autores.

Consideram-se satisfação e insatisfação como fenómenos distintos. A insatisfação estará relacionada com factores que determinam o trabalho como, por exemplo, o ambiente, as recompensas e a relação com as chefias. Por sua vez, a satisfação com o trabalho vê a sua complexidade aumentada ao considerar os aspectos individuais na sua avaliação. Ainda a este propósito apresentamos a Teoria dos Dois Factores, mais à frente, nesta dissertação (Herzberg, 1971).

A satisfação profissional foi considerada como «um estado emocional positivo ou de prazer, em relação ao trabalho» (Locke, 1976). Segundo o autor, apresenta duas componentes: a cognitiva (o que o indivíduo pensa sobre o trabalho) e a emocional (quão bem o indivíduo se sente em relação ao trabalho). Assim, a satisfação seria um estado emocional positivo decorrente da avaliação que os trabalhadores fazem do seu trabalho, sendo a satisfação e a insatisfação dois extremos do mesmo fenómeno (Martinez & Paraguay, 2003 *apud*) (Queirós, 2015).

Há também a definição de satisfação profissional atendendo a ‘recompensas’, ou seja, a satisfação profissional é um estado que resulta da obtenção de determinados resultados sob a forma de recompensas em função do trabalho realizado. Estas recompensas podem ser de natureza extrínseca, quando se referem aos ganhos do trabalhador proporcionados pela empresa (por exemplo: automóvel, telemóvel, computador, entre outros), ou intrínseca referindo-se ao sentimento de motivação do trabalhador para se esforçar naquela organização (Graça, 1989).

Trata-se de um conceito multidimensional, o que dificulta a sua operacionalização (Ribeiro, 2005). Este carácter multidimensional manifesta-se nas suas diferentes dimensões ou determinantes. Consideram-se a chefia, a organização, os colegas, as condições de trabalho, a progressão na carreira, as perspectivas de promoção, a recompensa remuneratória, os subordinados, a estabilidade do emprego, a quantidade de trabalho, o desempenho pessoal e a própria satisfação intrínseca geral (Alcobia, 2001). Existe também uma visão de nove dimensões, em que também se incluem: os colegas de trabalho, a supervisão, as possibilidades de promoção e as tarefas a serem realizadas (Locke E. , 1986). Curiosamente, a dimensão desenvolvimento pessoal é também identificada (Tamayo, 2000). Outros autores, Pieró e Pietro (1996) e Spector (1997),

fizeram uma divisão em variáveis situacionais e individuais (que incluem características sócio-demográficas ou disposicionais de cada indivíduo) que influenciam a satisfação no trabalho (Ferreira, 2001).

Modelos Teóricos de Satisfação Profissional

Consideradas algumas definições da satisfação profissional, passemos, então, a apresentar sucintamente alguns dos modelos teóricos de satisfação profissional.

Tabela 5. Modelos Teóricos de Satisfação

Ano	Modelo, Autores e Descrição Sucinta
1911	Modelo Taylorista: o autor defendia uma selecção científica do trabalhador, que desempenha as tarefas que melhor se adequavam às suas características. Relacionava a satisfação com a remuneração auferida pelo trabalhador. A recompensa salarial dependia da sua produção. O indivíduo devia sentir-se realizado no papel de produtor e consumidor de bens e serviços e motivado pelo nível de cooperação entre os operários e os gestores (Taylor, 1991) (Ferreira, Neves, & Caetano, 2001).
1954	Teoria da Motivação de Maslow: segundo o autor, as necessidades humanas podem ser hierarquizadas em cinco níveis ascendentes: (1) necessidades fisiológicas (relacionadas com a sobrevivência e homeostasia do organismo), (2) necessidade de segurança (física), (3) necessidades sociais (de interacção, aceitação e estima, pertença a um grupo, amizade e amor), (4) necessidades de auto-estima (manter a auto-estima, obter a estima de terceiros, desenvolver sentimentos de confiança, valor, capacidade, poder, prestígio e de ser útil) e (5) necessidades de auto-realização (relacionadas com auto-desenvolvimento e realização do seu potencial). A satisfação das necessidades mais básicas permitiria a progressão para níveis seguintes (Maslow, 1970). É sobejamente conhecida a pirâmide das necessidades de Maslow e a progressão entre necessidades, contudo, existem autores que, embora concordando com a estratificação das necessidades, discordam da hierarquia rígida: podem surgir necessidades mais elevadas antes das mais básicas terem sido satisfeitas, dado que os níveis podem estar justapostos ou ser interdependentes (Martinez & Paraguay, 2003).

Tabela 5. Modelos Teóricos de Satisfação (cont)

Ano	Modelo, Autores e Descrição Sucinta
1969	<p>Teoria da Discrepância de Locke: a satisfação no trabalho resulta da existência de concordância entre os valores e as necessidades individuais e o que consegue obter do trabalho. Quanto maior a discrepância, menor a satisfação. A resposta emocional relaciona-se com a hierarquia de valores: a obtenção de valores mais importantes gera maior satisfação. O autor considera os factores causais de satisfação laboral divididos em eventos e condições (trabalho em si, remuneração, promoção, reconhecimento, condições e ambiente de trabalho) e agentes (colegas e subordinados, supervisão, gestão, empresa/organização). Afirma ainda que o que cada indivíduo pretende de um mesmo trabalho é muito díspar (Locke E. , 1976). As discrepâncias podem ser inter-pessoais ou pessoais. As interpessoais derivam da comparação com os outros e as intra-pessoais de um processo psicológico de comparação entre a percepção das experiências reais de trabalho e os critérios de comparação pessoal que podem remeter para as necessidades do indivíduo, valores ou recompensas esperadas (Bravo, Piéró, & Rodriguez, 1996). Nesse sentido, a equidade é um elemento importante da satisfação. Os trabalhadores que experienciam equidade na remuneração e promoções tendem a sentir-se mais satisfeitos. A equidade torna-se ainda uma forma motivadora para o indivíduo investir no trabalho (Witt & Nye).</p>
1966	<p>Teoria de Dois Factores de Herzberg / Teoria da Motivação-Higiene: os dois factores são os higiénicos e motivacionais. Os higiénicos/de contexto são extrínsecos (como a remuneração, as condições de trabalho e a sua organização, as políticas da empresa, o relacionamento com as chefias, a supervisão) e não produzem satisfação, apenas ajudam a evitar a insatisfação e relacionam-se com a permanência no emprego. Já os factores motivacionais/de conteúdo são intrínsecos (como a natureza do trabalho, o crescimento, o desenvolvimento, o reconhecimento, a responsabilidade e a realização), ajudam a aumentar a satisfação e relacionam-se com a decisão de produzir. A conjugação de ambos pode provocar ou evitar a satisfação (Herzberg, 1966). Este modelo foi alvo de várias críticas: a dicotomia entre factores nem sempre foi observada empiricamente e não considera a diferença de valores entre trabalhadores (Martinez Paraguay, 2003).</p>

Tabela 5. Modelos Teóricos de Satisfação (cont)

Ano	Modelo, Autores e Descrição Sucinta
1976	Modelo das Características da Função de Hackman e Odham: pressupõe que a satisfação no trabalho resulta das características do trabalho executado, ou seja, os trabalhadores podem ser motivados pela satisfação intrínseca que resulta do desempenho das tarefas, sendo estas motivantes ou desmotivantes em função das suas características. Neste modelo, as características do trabalho influenciam o indivíduo, que influencia os resultados. As características do trabalho são: variedade de competências, identidade da tarefa, significado da tarefa, autonomia e <i>feedback</i> . Estas podem induzir três estados psicológicos distintos: o significado que atribui à tarefa, o sentido de responsabilidade e o conhecimento dos resultados. A necessidade de desenvolvimento do indivíduo vai modelar esta relação: indivíduos que procuram desafios e revelam mais interesse no trabalho estão mais motivados e satisfeitos (Hackman & Oldham, 1976) (Alcobia, 2001 <i>apud</i> Queirós, 2015).

Estes modelos classificam-se em teorias dos conteúdos, que classificam as necessidades mais importantes que os indivíduos devem satisfazer para se sentirem realizados no trabalho, como a pirâmide das necessidades de Maslow ou a teoria dos dois factores; ou processuais, que têm em conta dinâmicas essenciais ao desenvolvimento da percepção de bem-estar laboral, como a teoria da discrepância de e a proposta de Loeke (Henriques, 2009).

Escalas de Medição de Satisfação Profissional

Expostas as definições e modelos teóricos desta área, importa apresentar e caracterizar alguns instrumentos de medida, dado serem o meio para efectivamente avaliarmos a satisfação laboral e inferirmos sobre possíveis relações com outras variáveis.

Usualmente utilizam-se questionários para medir, de forma directa, a satisfação no trabalho. A resposta é uma de várias opções de uma escala cotada do tipo *Likert*. É menos comum a utilização de questionários de perguntas abertas, entrevistas ou a técnica dos incidentes críticos (Martins & Santos, 2006 e Hill & Hill, 2008 *apud* Fonseca, 2014).

Existe uma grande diversidade de questionários para avaliação da satisfação no trabalho. No trabalho de Alcobia (2001, *apud* Fonseca, 2014), têm destaque os seguintes:

Tabela 6. Alguns Questionários para Medição da Satisfação

Ano	Questionário, Autor e Descrição Sucinta
1967	<i>Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ)</i> de Weiss <i>et al.</i> - Avalia várias dimensões do trabalho e a satisfação global, através de 100 itens.
1969	<i>Job Descriptive Index (JDI)</i> de Smith - Mede cinco dimensões relativas ao trabalho através de 72 itens.
1975	<i>Job Diagnostic Survey (JDS)</i> de Hackman e Oldham - Observa os efeitos das características do trabalho e permite avaliar a satisfação laboral.
1985	<i>Job Satisfaction Survey (JSS)</i> de Spector - Avalia a satisfação por dimensões e a satisfação global, através de 36 itens.
1989	<i>Job in General Scale (JIG)</i> de Iroson <i>et al.</i> - Avalia a satisfação geral no trabalho através de 18 itens, dado que os autores defendem que a satisfação global não deriva do somatório de várias dimensões.

No trabalho de Fonseca, são ainda apresentadas uma revisão sistemática holandesa que visou a medição da satisfação e identificou 35 estudos, utilizando 29 instrumentos de medição distintos em diferentes grupos profissionais. Após análise da fiabilidade e validade, seleccionou os sete mais adequados para a utilização em ambiente hospitalar. É ainda referida uma meta-análise que defende que a medição da satisfação laboral tende a ser feita através de um item único para a satisfação global, ou mediante a medição de vários factores do trabalho através de múltiplos itens (Van Saane, Sluiter, Verbeek, & Frings-Dresen, 2003 e Faragher, Cass, & Cooper, 2005 *apud* Fonseca, 2014).

Em Portugal, Fonseca destacou apenas três instrumentos: os mais antigos e o mais utilizado. A saber:

- Instrumento desenvolvido a partir de um estudo que visava avaliar as áreas que poderiam explicar o nível de satisfação profissional de enfermeiros num hospital pediátrico (Ferreira P. , 1996).

- Escala de Satisfação Profissional, baseada na teoria da discrepância, que utiliza oito dimensões e 47 questões, recorrendo a variáveis de estrutura emocional, características socio-demográficas e interações sociais (Graça, 2000).

- Questionário utilizado por Hespanhol com 21 questões para médicos e 19 para outros grupos profissionais, numa escala tipo Likert de 5 pontos. Nove destas 21 perguntas foram retiradas do JSS de *Warr, Cook e Wall* (1979) (Hespanhol, 2008).

Mais recentemente, os estudos de satisfação profissional no nosso país, recorrem ao Instrumento de Avaliação de Satisfação Profissional (IASP), desenvolvido pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) na década de 90, que serve também de base a este trabalho. O IASP foi validado em português a partir do *Hospital Employee Judgment System* (Ferreira & Raposo, 2018). O IASP avalia a satisfação profissional através de várias áreas. A saber: (1) qualidade no local de trabalho (incluindo a política de recursos humanos, o moral, os recursos tecnológicos e os financeiros), (2) qualidade na prestação de cuidados, (3) melhoria contínua da qualidade e (4) satisfação global com oito questões. O IASP inicia-se com um conjunto de 10 questões sobre as funções do indivíduo na unidade de saúde e termina com questões a propósito dos dados pessoais. A versão utilizada em 2017/2018 inclui o CBI. O documento encontra-se em anexo.

4. Relação entre Satisfação Profissional e *Burnout*

À partida, assumir-se-ia que níveis elevados de *burnout* se relacionariam com baixos níveis de Satisfação Profissional. Contudo, importa esmiuçar e confirmar esta suposição tendo em conta as diferentes dimensões da síndrome.

Foram já realizados estudos com o objectivo de avaliar esta relação. Por exemplo, no Brasil, no trabalho de Silva e Carlotto (2008, *apud* Sá, Martins-Silva, & Funchal, 2014), verificou-se que a componente de Exaustão Emocional se associava negativamente à satisfação com as relações hierárquicas, com o trabalho intrínseco e com a oportunidade de crescimento profissional; de forma oposta a componente Realização Profissional associa-se positivamente a essas dimensões e a componente Despersonalização associa-se negativamente apenas à dimensão satisfação com as relações hierárquicas.

Já no trabalho de Ruviano e Bardagi (2010, *apud* Sá, Martins-Silva, & Funchal, 2014), a Exaustão Emocional surgia associada a baixos índices de satisfação no que respeita a remuneração, a tarefa, a promoção e a satisfação global. A Realização Profissional surgia associada à satisfação com os colegas, a remuneração, a tarefa, a promoção e a satisfação geral. A Despersonalização não se associou a factores de satisfação.

No estudo de Neves (2012, *apud* Sá, Martins-Silva, & Funchal, 2014), verificou-se que as dimensões de Exaustão Emocional e Despersonalização estão associadas a baixos índices de satisfação com colegas, remuneração, chefia, trabalho, promoção e percepção de suporte organizacional.

Noutro estudo, este a nível hospitalar, concluiu-se que, no que respeita à dimensão Exaustão Emocional, quanto maior esta for, menores serão as componentes de satisfação com a supervisão, o ambiente físico, os benefícios e as políticas da organização, o conteúdo do trabalho e a participação. Com a dimensão Despersonalização, todas as componentes da satisfação se associaram negativamente, excepto a satisfação com a participação. Na dimensão Realização Profissional, constatou-se que, a par do aumento

da satisfação com a supervisão, dos benefícios e políticas da organização e da satisfação com o conteúdo do seu cargo, aumenta também o sentimento de que o trabalho é factor de realização (Rosa & Carlotto, 2005).

Diversos estudos apresentam resultados distintos, o que nos pode fazer pensar que outras variáveis podem interferir com a relação entre Satisfação e *Burnout*.

5. Métodos

Como vimos anteriormente, a Síndrome de *Burnout* foi considerada um problema de Saúde Pública. É defendido por inúmeros autores que a satisfação profissional tem repercussões tanto a nível individual como a nível organizacional. Individualmente, interfere com a saúde e qualidade de vida dos profissionais e, organizacionalmente, impacta a produtividade e qualidade do serviço prestado. A satisfação profissional é tão importante que foi considerada pela Comissão Europeia como uma variável da qualidade do trabalho. É também, a nível nacional, prevista na Lei de Bases da Saúde como um dos critérios de avaliação do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Para a presente dissertação, recorreu-se ao relatório do CEISUC referente à satisfação profissional dos elementos das Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde Primários (Ferreira & Raposo, 2018).

Trata-se de um estudo a nível nacional, focando os 55 Agrupamentos de Centros de Saúde de Portugal Continental. A participação foi voluntária, através de um questionário de auto-reporte, anonimizado, em que cada indivíduo possuía um código único de acesso. O trabalho ficou concluído em Maio de 2018.

No inquérito, havia a necessidade de dar o consentimento informado para a participação no estudo. Todo o projecto foi aprovado pela Comissão Nacional de Protecção de Dados.

Objectivos

O objectivo global deste trabalho é avaliar a disparidade da Síndrome de *Burnout* entre os inquiridos através do Instrumento de Avaliação de Satisfação Profissional referido. Será feita uma abordagem das características demográficas dos respondentes (sexo, idade, habilitações académicas, situação familiar) e profissionais (profissão, ARS e ACES de origem, tipo de unidade de prestação de cuidados UCSP vs USF, vínculo laboral, número

de horas de trabalho, exercício de funções de chefia, número de anos de serviço, satisfação em relação ao vencimento auferido), bem como a relação entre o *Burnout* e o nível de Satisfação Profissional.

Hipóteses

O objectivo global do trabalho é avaliar as disparidades de satisfação e *burnout* nos CSP e quais são as variáveis independentes que se relacionam com o desenvolvimento da síndrome de *Burnout*. Para isso, são testadas diversas hipóteses nulas e alternativas.

As hipóteses de investigação que pretendemos testar são as seguintes:

H0 1: Não existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o sexo

H1: Existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o sexo

H0 2: Não existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo a idade

H1: Existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo a idade

H0 3: Não existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o número de horas semanais de trabalho

H1: Existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o número de horas semanais de trabalho

H0 4: Não existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o vínculo profissional

H1: Existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o vínculo profissional

H0 5: Não existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o grupo profissional

H1: Existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o grupo profissional

H0 6: Não existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o exercício de cargos de chefia

H1: Existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o exercício dos cargos de chefia

H0 7: Não existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o número de anos de experiência profissional

H1: Existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o número de anos de experiência profissional

H0 8: Não existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o vencimento auferido

H1: Existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o vencimento auferido

H0 9: Não existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo a satisfação em relação aos Órgãos de Direcção e Política do ACeS

H1: Existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo a satisfação em relação aos Órgãos de Direcção e Política do ACeS

H0 10: Não existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o tipo de unidade de prestação de cuidados (USF vs UCSP)

H1: Existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o tipo de unidade de prestação de cuidados (USF vs UCSP)

H0 11: Não existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo a ARS

H1: Existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo a ARS

H0 12: Não existe correlação entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões e a Satisfação Profissional

H1: Existe correlação entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões e a Satisfação Profissional

Contexto

Dos 19.563 profissionais de unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários, a população do estudo, os investigadores obtiveram resultados válidos de 9.097, o que corresponde a uma taxa global de resposta de 46,5%. Os dados foram recolhidos através de resposta *on-line* ao Instrumento de Avaliação de Satisfação Profissional desenvolvido pelo CEISUC.

Instrumentos de Medição

A ferramenta de mensuração utilizada contém dois instrumentos de medição:

- O *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI): constituído por 19 questões, respeitantes a três dimensões: *burnout* relacionado com aspectos pessoais, *burnout* relacionado com trabalho e *burnout* relacionado com o utilizador.

- O Instrumento de Avaliação de Satisfação Profissional (IASP), cujo modelo conceptual se apresenta na figura seguinte:



Figura 1. Modelo Conceptual do IASP

(Fonte: Ferreira & Raposo, 2018)

O modelo acima assenta nas premissas de que há determinantes dessa satisfação que podem agrupar-se em características. A satisfação foi medida através das três dimensões: local de trabalho, cuidados prestados e qualidade – cada uma englobando vários aspectos. O modelo contempla ainda opiniões e atitudes dos profissionais e uma avaliação global do grau de satisfação em relação à sua Unidade Funcional.

O IASP encontra-se estruturado da seguinte forma:

Tabela 7. Estrutura das Questões do IASP

Grupos de Questões IASP	Questões
Dados sobre as suas funções na unidade funcional	1 – 6
	7A – 7K, 8A – 8D, 9A – 9C
Qualidade do local de trabalho	10A – 10B, 11A – 11B 12A – 12C, 13A – 13C
Qualidade da prestação de cuidados na unidade	14A – 14G
Melhoria contínua da qualidade	15A – 15H
Satisfação Global	16 – 19
Recomendações e Sugestões	20 – 21
Dados sociodemográficos para fins estatísticos	22 – 26
Comentário	27

Fonte: Matos, V. (2012), p.21

Este instrumento assenta em dimensões, subdimensões e facetas. As dimensões são a qualidade no local de trabalho, a qualidade da prestação de cuidados e a melhoria contínua da qualidade. Na primeira dimensão, existem subdimensões que, por sua vez, se dividem em facetas, conforme se pode visualizar no diagrama abaixo:

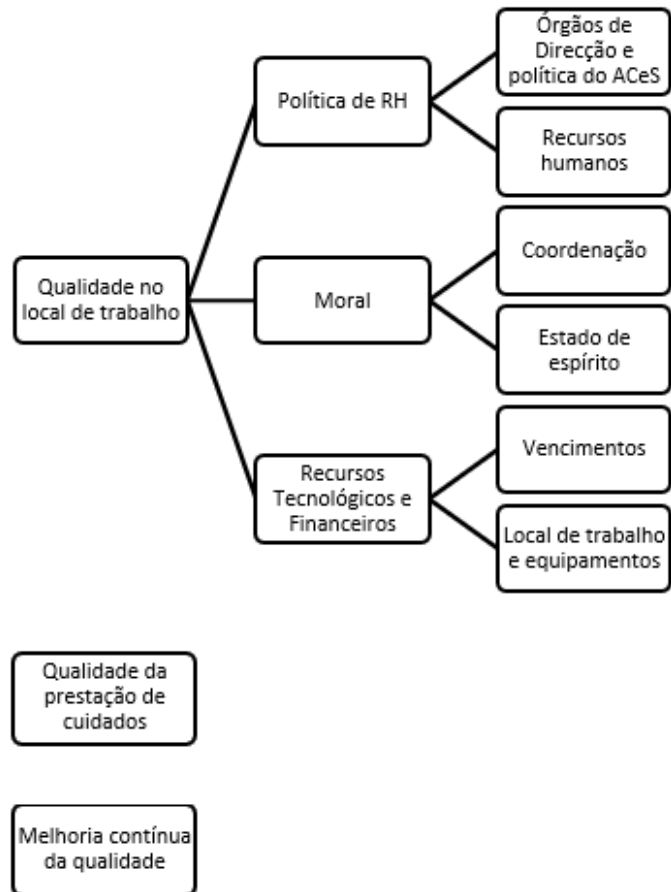


Figura 2. Dimensões, Subdimensões e Facetas do IASP

Análise e Tratamento de Dados

Apresentados os instrumentos utilizados no estudo original, passamos agora a descrever como foi realizada a análise e o tratamento de dados.

A informação recolhida pelos questionários *on-line* foi armazenada numa base de dados e posteriormente tratada com recurso ao programa SPSS, versão 25 para Windows, que é um programa de análise estatística. Recorreu-se a estatística descritiva para descrição da amostra, a correlações entre variáveis e a testes estatísticos – e testes T e de Scheffe.

6. Resultados

Passamos agora a apresentar os resultados obtidos. Faremos uma breve descrição da amostra, taxas de resposta, dados sociodemográficos e laborais e dados de satisfação profissional segundo o Índice IASP.

Descrição da Amostra

Considerando os 9.097 considerados válidos, vamos agora caracterizar a amostra quanto aos **dados sociodemográficos**:

Tabela 8. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Variável	Valor	n	%
Sexo	Feminino	6.225	81.3
	Masculino	1.433	18.7
Idade	<40 anos	2.205	28.9
	[40-50[anos	2.560	33.5
	[50-60[anos	1.770	23.2
	≥60 anos	1.096	14.4
	Média ± desvio padrão	46,4 ± 9,8	
	Mínimo - Máximo	18 – 72	
Situação Familiar	Solteiro/a	937	12.1
	Casado/a ou em união de facto	5.908	76.4
	Viúvo/a	124	1.6
	Separado/a ou Divorciado/a	759	9.8
Habilitações Académicas	1º Ciclo do ensino básico	20	0.2
	2º Ciclo do ensino básico	35	0.4
	3º Ciclo do ensino básico	167	2
	Ensino secundário	1.723	21.1
	Bacharelato	180	2.2
	Licenciatura	4.581	56.1
	Mestrado	1.231	15.1
	Doutoramento	72	0.9
Outro	154	1.9	

Tabela 8. Caracterização Sociodemográfica da Amostra (cont.)

Variável	Valor	n	%
Pessoas do Agregado Familiar	Vive sozinho/a	761	9.1
	2 pessoas	1.827	21.9
	3 pessoas	2.438	29.2
	4 pessoas	2.690	32.2
	5+ pessoas	644	7.7
N.º de Filhos	Sem filhos	1.616	19.1
	1 filho	2.451	28.9
	2 filhos	3.703	43.7
	3 filhos	592	7.0
	4 ou mais filhos	110	1.3

Fonte: (Ferreira & Raposo, 2018)

A maioria da amostra é constituída por mulheres (aproximadamente 81%), e por profissionais com idades compreendidas entre os 40 e os 50 anos, sendo que os inquiridos apresentam uma média de idades de 46,4 (± 9.8 anos). No que respeita a situação familiar, a grande maioria é casada ou vive em união de facto (aproximadamente 76%). 32% pertence a um agregado familiar de quatro pessoas, e a maioria dos respondentes tem dois filhos (43,7%). Quanto às habilitações académicas, cerca de 56% possui uma licenciatura.

Passemos agora à **análise laboral** da amostra:

Tabela 9. Caracterização Laboral da Amostra

Variável	Valor	n	%
Categoria Profissional	Médico/a	2.165	23.8
	Enfermeiro/a	3.695	40.6
	Administrativo/a	2.525	27.8
	Técnico/a	709	7.8
Tipo de Vínculo	C. por tempo indeterminado em funções públicas	7.197	79.1
	C. de trabalho em funções públicas a termo certo	250	2.7
	C. individual de trabalho tempo certo indeterminado	1.417	15.6
	C. individual de trabalho a termo certo	99	1.1
	C. emprego-inserção	14	0.2
	Outro	116	1.3
	Horas semanais de trabalho previstas no contrato	Menos de 35h	127	1.4
	35 horas	6.878	75.8
	36-39 horas	138	1.5
	40 horas	1.313	14.5
	Mais de 40h	612	6.7
	Média ± Desvio Padrão	35.9 ± 3.8	
	Mínimo – Máximo	3 – 42	
Funções de Coordenação	Sim	1.449	16.0
	Não	7.629	84.0
Funções em acumulação	Sim	873	9.6
	Não	8.220	90.4
Horas semanais de trabalho em acumulação	≤5 horas	278	32.0
	[6-10] horas	318	36.6
	[11-15] horas	143	16.5
	[16-20] horas	66	7.6
	[21-25] horas	12	1.4
	[26-30] horas	3	0.3
	>30 horas	48	5.5
	Média ± Desvio Padrão	9.9 ± 8.0	
Mínimo – Máximo	0.5 – 42		

C.: Contrato

Fonte: (Ferreira & Raposo, 2018)

No que concerne as características profissionais da amostra estudada, a classe profissional predominante foi a dos enfermeiros, cerca de 40%, seguida dos administrativos (quase 28%) e dos médicos (não chegando a 24%). Quanto ao tipo de vínculo, aproximadamente 79% tem contrato por tempo indeterminado em funções públicas e 16% tem funções de coordenação. A maioria trabalha 35 horas semanais (quase 76%), sendo que menos de 10% acumula funções. Destes, a maioria acumula entre 6 a 10 horas de trabalho (quase 37%).

Os 55 ACeS para onde foram enviados os códigos de acesso aos questionários encontram-se agrupados em Áreas Regionais de Saúde (ARS). Os respondentes encontram-se distribuídos pelas ARS da seguinte forma: ARS Norte 47%, ARS Centro 17,3%, ARS Lisboa e Vale do Tejo 23,6%, ARS Alentejo 7,1% e ARS Algarve 5,0%. Como foi já referido o inquérito foi apenas distribuído no Continente.

Quanto ao tipo de unidade, a distribuição foi a seguinte:

Tabela 10. Distribuição da Amostra por Unidade Funcional

Unidade Funcional	n	%
UCSP	2.590	28.5
USF-A	1.971	21.7
USF-B	2.696	29.6
UCC	1.003	11.0
URAP	451	5.0
USP	385	4.2

UCSP: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, USF-A: Unidade de Saúde Familiar Modelo A, USF-B: Unidade de Saúde Familiar Modelo B, UCC: Unidade de Cuidados na Comunidade, URAP: Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, USP: Unidade de Saúde Pública

Fonte: (Ferreira & Raposo, 2018)

Como se pode observar, a maioria dos profissionais exerce funções numa Unidade de Saúde Familiar Modelo B (29,6%), seguida de perto pela Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (28,5%).

No que respeita a **satisfação profissional**, neste estudo encontrou-se um valor global de 63,3% ($\pm 16,1\%$), correspondendo ao Índice CEISUC de satisfação profissional. Ao avaliar as diferentes dimensões da satisfação profissional, temos que: a 'satisfação quanto à qualidade do local de trabalho' obteve o valor de 56,6% ($\pm 17,4\%$), quanto à 'qualidade da prestação de cuidados' 70,1% ($\pm 16,3\%$) e quanto à 'melhoria contínua da qualidade' 72,9% ($\pm 18,9\%$). Apresenta-se, em seguida, uma tabela com dados relativos às dimensões da satisfação, subdimensões e facetas:

Tabela 11. Satisfação Profissional

	n	Média %	Desvio Padrão %
Índice CEISUC de Satisfação Profissional	8.890	66.3	16.1
Qualidade do local de trabalho	8.890	56.6	17.4
- Política de recursos humanos	8.866	55.9	20.1
Órgão de direcção e política do ACeS	8.795	49.5	25.7
Recursos humanos	8.865	60.8	20.7
- Moral	8.886	73.4	21.3
Estado de espírito	8.840	72.2	19.6
Coordenador da unidade	8.708	73.6	22.9
- Recursos tecnológicos e financeiros	8.872	42.9	21.3
Vencimento	8.828	31.2	31.8
Unidade e equipamento	8.860	51.7	23.2
Qualidade da prestação de cuidados	8.726	70.1	16.3
- Atendimento	8.708	72.5	21.5
- Coordenação	8.697	73.7	21.4
- Capacidade dos profissionais	8.715	78.7	16.9
- Sensibilidade	8.706	78.9	18.4
- Condições das instalações	8.664	52.5	30.6
- Informações	8.633	70.5	20.8
- Custo do serviço	8.252	63.4	24.1
Melhoria contínua da qualidade	8.664	72.9	18.9
- Melhoria da qualidade	8.636	73.9	22.8
- Bem à primeira vez	8.611	73.3	21.8
- Conhecimentos sobre qualidade	8.588	68.9	23.4
- Ambiente de trabalho	8.641	70.3	25.2
- Diminuir o desperdício	8.636	69.2	24.0
- Partilha de ideias	8.636	70.6	25.5
- Orgulho na profissão	8.650	81.6	20.2
- Expectativas na qualidade	8.639	75.8	21.5

Fonte: (Ferreira & Raposo, 2018)

Da análise da tabela anterior, temos que as subdimensões da qualidade no local de trabalho apresentam os seguintes resultados: política de recursos humanos 55,9%, moral 73,4% e recursos tecnológicos e financeiros 42,9%.

Verificação das Hipóteses de Investigação

Após a formulação das hipóteses de investigação que se pretendia relacionar com as dimensões do *burnout*, apresentam-se agora os resultados. Estes apresentam-se considerando as três dimensões do *burnout* do *Copenhagen Burnout Inventory*.

Burnout e Sexo

H1: Não existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o sexo

Tabela 12. *Burnout* segundo o sexo

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	t	Sig.
<i>Burnout</i> Pessoal	Masculino	1.433	38.8	21.2	-3.376	.001
	Feminino	6225	40.9	19.9		
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	Masculino	1433	41.3	19.6	.084	0.933
	Feminino	6225	41.3	18.5		
<i>Burnout</i> relacionado com o utilizador	Masculino	1433	38.7	21.0	4.836	<0.001
	Feminino	6225	35.8	20.3		

No que respeita a relação entre o *burnout* e o sexo, obtiveram-se os seguintes resultados:

- na dimensão *burnout* pessoal, rejeita-se a hipótese nula. O risco de *burnout* pessoal é maior no sexo feminino, sendo a diferença estatisticamente significativa.

- na dimensão *burnout* relacionado com o trabalho, $p=0.931$, não se encontraram razões para rejeitar a hipótese nula e consideramos não haver diferença estatisticamente significativa para a dimensão do *burnout* relacionada com o trabalho entre homens e mulheres.

- na dimensão *burnout* relacionado com o utilizador $p<0.001$, logo, rejeita-se a hipótese nula. O risco de *burnout* relacionado com o utilizador é maior no sexo masculino, sendo a diferença estatisticamente significativa.

Burnout e Idade

H2: Não existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo a idade

Tabela 13. *Burnout* segundo a idade

	Idade	N	Média	Desvio Padrão	F	Sig
<i>Burnout</i> pessoal	< 40	2205	42.2	20.6	12.561	<0.001
	40-49	2560	40.3	19.7		
	50-59	1770	38.3	19.7		
	≥ 60	1096	41.1	20.8		
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	< 40	2205	43.6	19.3	23.179	<0.001
	40-49	2560	41.2	18.5		
	50-59	1770	38.6	18.0		
	≥ 60	1096	41.6	18.9		
<i>Burnout</i> relacionado com o utilizador	< 40	2205	38.2	21.1	24.350	<0.001
	40-49	2560	35.5	20.2		
	50-59	1770	33.9	19.6		
	≥ 60	1096	39.4	20.7		

Para as três dimensões do *burnout*, rejeita-se a hipótese nula e considera-se haver diferenças no risco de *burnout* segundo a idade.

Através do teste *post-hoc* de Scheffé, podemos concluir que, para idades entre os 50 e os 59 anos, o risco de *burnout* pessoal é inferior àquele nos restantes escalões etários, sendo a diferença estatisticamente significativa. Do mesmo modo, podemos concluir que, para idades entre os 50 e os 59 anos, o risco de *burnout* relacionado com o trabalho é inferior àquele nos restantes escalões etários, sendo a diferença estatisticamente significativa; o risco de *burnout* nessa mesma dimensão, para idades inferiores a 40 anos, é superior àquele noutras idades, sendo a diferença estatisticamente significativa e não há diferença estatisticamente significativa entre o risco de *burnout* relacionado com o trabalho entre os escalões 40-49 anos e ≥ 60 anos. Podemos ainda concluir que, nos escalões 50-59 anos e 40-49 anos, o risco de *burnout* relacionado com o utilizador é inferior àquele nos restantes escalões etários, sendo a diferença estatisticamente significativa; o risco de *burnout*, nessa mesma dimensão, para idades inferiores a 40 anos e superiores ou iguais a 60 anos, é superior àquele noutras idades, sendo a diferença estatisticamente significativa.

Burnout e Número de Horas Semanais de Trabalho

H3: Não existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o número de horas semanais de trabalho

Tabela 14. *Burnout* segundo o número de horas de trabalho semanais

	H de Trabalho	N	Média	Desvio Padrão	F.	Sig
<i>Burnout</i> pessoal	≤ 35 h	6661	39.3	19.7	79.599	<0.001
	36 a 39 h	129	42.0	20.3		
	40+	1828	46.0	21.5936		
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	≤ 35 h	6657	40.1	18.1480	104.341	<0.001
	36 a 39 h	129	42.0	18.4609		
	40+	1828	47.2	20.1957		
<i>Burnout</i> relacionado com o utilizador	≤ 35 h	6662	34.8	19.9045	112.311	<0.001
	36 a 39 h	129	39.7	20.7212		
	40+	1829	42.8	21.5344		

Para as três dimensões do *burnout* rejeita-se a hipótese nula e considera-se haver diferenças no risco de *burnout* segundo o número de horas semanais de trabalho.

Através do teste *post-hoc* de Scheffé, podemos concluir que, para mais de 40 horas de trabalho semanais, o risco de *burnout* pessoal e relacionado com o trabalho é superior às outras cargas horárias de trabalho semanais, sendo a diferença estatisticamente significativa. Já na dimensão do *burnout* relacionado com o utilizador, os profissionais com carga horária inferior a 35 horas semanais apresentam valores inferiores a outras cargas horárias, sendo essa diferença estatisticamente significativa.

Burnout e Vínculo Profissional

H4: Não existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o vínculo profissional

Tabela 15. *Burnout* segundo o vínculo profissional

	Vínculo Profissional	N	Média	Desvio Padrão	F.	Sig.
<i>Burnout</i> pessoal	Contrato por tempo indeterminado em funções públicas	6.839	41.0	20.3	6.469	<0.001
	Contrato de trabalho em funções públicas a termo certo	235	37.9	20.0		
	Contrato individual de trabalho por tempo certo indeterminado	1.327	40.8	19.7		
	Contrato individual de trabalho a termo certo	96	39.6	19.4		
	Contrato emprego-inserção	14	14.9	12.2		
	Outro	111	37.1	22.3		
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	Contrato por tempo indeterminado em funções públicas	6.835	41.7	18.8	9.025	<0.001
	Contrato de trabalho em funções públicas a termo certo	235	38.571	18.4363		
	Contrato individual de trabalho por tempo certo indeterminado	1.327	42.254	18.2673		
	Contrato individual de trabalho a termo certo	96	40.960	18.5610		
	Contrato emprego-inserção	14	12.500	11.4449		
	Outro	111	38.256	22.0809		
<i>Burnout</i> relacionado com o utilizador	Contrato por tempo indeterminado em funções públicas	6.840	36.511	20.4764	3.289	<0.001
	Contrato de trabalho em funções públicas a termo certo	235	36.255	20.9909		
	Contrato individual de trabalho por tempo certo indeterminado	1.328	37.280	20.5687		
	Contrato individual de trabalho a termo certo	96	37.969	19.5822		
	Contrato emprego-inserção	14	18.929	12.1178		
	Outro	111	32.703	22.8511		

Para as três dimensões do *burnout*, rejeita-se a hipótese nula e considera-se haver diferenças no risco de *burnout* segundo o tipo de vínculo profissional.

Após análise do teste *post-hoc* de Scheffé, podemos concluir que os indivíduos com o vínculo do tipo Contrato-inserção apresentam menor risco de *burnout* que os profissionais com outros tipos de vínculo, para todas as dimensões do *burnout*.

Burnout e Grupo Profissional

H5: Não existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o grupo profissional

Tabela 16. *Burnout* segundo o grupo profissional

	Grupo Profissional	N	Média	Desvio Padrão	F.	Sig.
<i>Burnout</i> pessoal	Médico	2.061	47.4	21.6	103.683	<0.001
	Enfermeiro	3.503	39.3	19.1		
	Administrativo	2.384	37.5	19.7		
	Técnico	509	40.1	19.1		
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	Médico	2.061	48.1	20.0	118.876	<0.001
	Enfermeiro	3.500	40.2	17.5		
	Administrativo	2.383	38.3	18.8		
	Técnico	509	40.4	17.2		
<i>Burnout</i> relacionado com o utilizador	Médico	2.061	44.9	21.0	213.213	<0.001
	Enfermeiro	3.504	32.0	18.4		
	Administrativo	2.385	37.9	21.1		
	Técnico	509	28.6	18.1		

Para as três dimensões do *burnout* rejeita-se a hipótese nula e considera-se haver diferenças no risco de *burnout* segundo a categoria profissional.

Através do teste *post-hoc* de Scheffé, podemos concluir que para os administrativos, o risco de *burnout* pessoal é menor e, para os médicos maior, sendo essas diferenças estatisticamente significativas. Do mesmo modo, para a dimensão de *burnout* relacionado com o trabalho, a categoria profissional com maior risco de *burnout* é a dos médicos, sendo a diferença estatisticamente significativa. Finalmente, para a dimensão *burnout* relacionado com o utilizador, este risco é menor na categoria dos técnicos, segue-se a dos enfermeiros, dos administrativos e, finalmente, maior nos médicos, sendo esta diferenças estatisticamente significativas.

Burnout e Exercício da Cargos de Chefia

H6: Não existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o exercício de cargos de chefia

Tabela 17. *Burnout* segundo o exercício de funções de chefia

	Funções de coordenação, gestão ou chefia	N	Média	Desvio Padrão	F.	Sig.
<i>Burnout</i> pessoal	Sim	1.390	41.5	20.5	0.127	0.721
	Não	7.232	40.6	20.2		
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	Sim	1.389	42.3	19.0	0.002	0.968
	Não	7.229	41.5	18.8		
<i>Burnout</i> relacionado com o utilizador	Sim	1.390	35.9	20.3	0.279	0.598
	Não	7.234	36.7	20.6		

Considerando o exercício de funções de chefia, não há diferença estatisticamente significativa de risco de *burnout* em qualquer das suas dimensões. Como se pode observar na tabela acima, $p > 0.001$, pelo que não se rejeita a hipótese nula.

Burnout e Número de Anos de Experiência Profissional

H7: Não existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o número de anos de experiência profissional

Tabela 18. *Burnout* segundo o tempo na profissão

	Tempo na profissão	N	Média	Desvio Padrão	F.	Sig.
<i>Burnout</i> pessoal	<5	189	37.3	22.1	11.626	<0.001
	[5-10[	557	46.5	22.2	
	[10-15[	1.616	41.0	19.8	
	[15-20[	1.298	39.2	19.6	
	[20-25[	1.525	40.8	20.3	
	≥25	2.880	40.6	20.20		
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	<5	189	38.3	21.2	18.154	<0.001
	[5-10[	556	48.3	21.2	
	[10-15[	1.615	42.4	18.5	
	[15-20[	1.298	40.2	18.0	
	[20-25[	1.524	41.4	19.1	
	≥25	2.879	40.9	18.4		
<i>Burnout</i> relacionado com o utilizador	<5	189	35.2	22.8	18.459	<0.001
	[5-10[	558	43.9	22.1	
	[10-15[	1.616	38.0	20.4	
	[15-20[	1.299	35.0	19.5	
	[20-25[	1.525	35.8	20.4	
	≥25	2.880	35.9	20.3		

Para as três dimensões do *burnout* rejeita-se a hipótese nula e considera-se haver diferenças no risco de *burnout* segundo os anos de profissão.

Através do teste *post-hoc* de Scheffé, podemos concluir que, para períodos entre os 5 e os 10 anos de profissão, o risco de *burnout*, em qualquer das duas três dimensões, é superior àquele noutros períodos de experiência profissional, sendo essa diferença estatisticamente significativa. Já nos indivíduos com menos de 5 anos de profissão, o risco de *burnout*, na sua componente relacionada com o trabalho, é inferior aos outros grupos, sendo também essa diferença estatisticamente significativa.

Burnout e Vencimento Auferido

H8: Não existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o vencimento auferido em relação à responsabilidade, à experiência e ao desempenho

Tabela 19. *Burnout* e satisfação com o vencimento relacionado com a responsabilidade

	Vencimento/ Responsabilidade	N	Média	Desvio Padrão	F.	Sig.
<i>Burnout</i> pessoal	Excelente	4.096	44.7	20.8	83.795	<0.001
	Muito Bom	2.415	38.3	19.2		
	Bom	1.448	37.0	18.7		
	Razoável	515	33.9	17.9		
	Mau	112	31.2	23.3		
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	Excelente	4.093	45.5	19.2	96.169	<0.001
	Muito Bom	2.415	39.2	17.6		
	Bom	1.447	37.9	17.7		
	Razoável	515	34.6	16.6		
	Mau	112	31.9	21.4		
<i>Burnout</i> relacionado com o utilizador	Excelente	4.096	38.6	21.4	25.662	<0.001
	Muito Bom	2.416	35.4	19.5		
	Bom	1.449	35.1	19.4		
	Razoável	515	32.5	18.5		
	Mau	112	27.2	23.7		

Para as três dimensões do *burnout* rejeita-se a hipótese nula e considera-se haver diferenças no risco de *burnout* segundo o vencimento auferido em relação à responsabilidade.

Através do teste *post-hoc* de Scheffé, podemos concluir que, os indivíduos que consideram o seu vencimento mau em relação à responsabilidade que têm na unidade, têm menor risco de *burnout* em relação aos outros grupos, e o oposto para quem considera o seu vencimento excelente, sendo essas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 20. *Burnout* segundo a satisfação com o vencimento relacionado com a experiência

	Vencimento/ Experiência	N	Média	Desvio Padrão	F.	Sig.
<i>Burnout</i> pessoal	Excelente	4.096	44.8	20.8	83.795	<0.001
	Muito Bom	2.415	38.3	19.2		
	Bom	1.448	37.0	18.7		
	Razoável	515	33.9	17.9		
	Mau	112	31.2	23.3		
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	Excelente	4.093	45.5	19.2	96.169	<0.001
	Muito Bom	2.415	39.2	17.6		
	Bom	1.447	37.9	17.7		
	Razoável	515	34.6	16.6		
	Mau	112	31.9	21.4		
<i>Burnout</i> relacionado com o utilizador	Excelente	4.096	38.6	21.4	25.662	<0.001
	Muito Bom	2.416	35.4	19.5		
	Bom	1.449	35.1	19.4		
	Razoável	515	32.5	18.5		
	Mau	112	27.2	23.7		

No mesmo sentido, para as três dimensões do *burnout*, rejeita-se a hipótese nula e considera-se haver diferenças no risco de *burnout* segundo o vencimento auferido em relação a experiência.

Através do teste *post-hoc* de Scheffé, podemos concluir que, os indivíduos que consideram o seu vencimento mau em relação à experiência que têm na unidade, têm menor risco de *burnout* em relação aos outros grupos, e o oposto para quem considera o seu vencimento excelente, sendo essas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 21. *Burnout* segundo a satisfação com o vencimento relacionado com o desempenho

	Vencimento/ Desempenho	N	Média	Desvio Padrão	F.	Sig.
<i>Burnout</i> pessoal	Excelente	4398	44.4	20.8	83.603	<0.001
	Muito Bom	2156	38.0	19.0		
	Bom	1379	37.0	18.7		
	Razoável	523	34.0	17.7		
	Mau	138	30.9	22.6		
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	Excelente	4396	45.2	19.2	97.224	<0.001
	Muito Bom	2155	38.7	17.5		
	Bom	1378	38.1	17.5		
	Razoável	523	34.7	16.5		
	Mau	138	31.7	21.3		
<i>Burnout</i> relacionado com o utilizador	Excelente	4400	38.4	21.3	25.706	<0.001
	Muito Bom	2156	35.3	19.6		
	Bom	1379	35.3	19.1		
	Razoável	523	32.3	18.5		
	Mau	138	27.1	23.2		

Também nesta questão os resultados foram semelhantes às anteriores, para as três dimensões do *burnout*, rejeita-se a hipótese nula e considera-se haver diferenças no risco de *burnout* segundo o vencimento auferido em relação ao desempenho.

Através do teste *post-hoc* de Scheffé, podemos concluir que, os indivíduos que consideram o seu vencimento mau em relação ao desempenho que têm na unidade, têm menor risco de *burnout* em relação aos outros grupos, e o oposto para quem considera o seu vencimento excelente, sendo essas diferenças estatisticamente significativas.

Burnout e Satisfação em Relação aos Órgãos de Direcção e Política do ACeS

H9: Não existe diferença entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo a satisfação em relação aos Órgãos de Direcção e Política do ACeS

Tabela 22. *Burnout* segundo a satisfação em relação ao Reconhecimento dos Órgãos de Direcção

	Reconhecimento	N	Média	Desvio Padrão	F	Sig.
<i>Burnout</i> pessoal	Excelente	1.684	49.7	22.1	152.016	<0.001
	Muito Bom	3.483	41.1	19.1		
	Bom	2.386	37.2	18.4		
	Razoável	797	33.9	19.3		
	Mau	190	28.5	20.8		
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	Excelente	1.684	50.6	20.2	182.367	<0.001
	Muito Bom	3.482	42.0	17.6		
	Bom	2.384	37.9	17.3		
	Razoável	796	34.6	17.8		
	Mau	190	29.1	18.3		
<i>Burnout</i> relacionado com o utilizador	Excelente	1.684	43.1	22.6	97.448	<0.001
	Muito Bom	3.484	37.4	19.7		
	Bom	2.386	34.0	19.0		
	Razoável	798	30.0	19.0		
	Mau	190	23.4	20.2		

Para as três dimensões do *burnout* rejeita-se a hipótese nula e considera-se haver diferenças no risco de *burnout* segundo a forma como os profissionais consideram que os órgãos de direcção os tratam, apreciam e apoiam.

Através do teste *post-hoc* de Scheffé, podemos concluir que, os indivíduos que consideram o reconhecimento mau têm menor risco de *burnout* em qualquer das suas três dimensões, ao contrário dos indivíduos que consideram o reconhecimento excelente, que têm maior risco. As diferenças referidas são estatisticamente significativas.

Tabela 23. *Burnout* segundo a satisfação em relação à Comunicação com os Órgãos de Direcção

	Comunicação	N	Média	Desvio Padrão	F.	Sig.
<i>Burnout</i> pessoal	Excelente	1.622	49.4	21.6	143.297	<0.001
	Muito Bom	3.550	41.3	19.2		
	Bom	2.357	37.5	18.7		
	Razoável	831	33.7	19.5		
	Mau	179	27.4	20.9		
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	Excelente	1.622	50.4	19.8	170.614	<0.001
	Muito Bom	3.549	42.0	17.7		
	Bom	2.355	38.5	17.4		
	Razoável	830	34.3	18.1		
	Mau	179	28.4	18.4		
<i>Burnout</i> relacionado com o utilizador	Excelente	1.622	43.2	22.2	99.611	<0.001
	Muito Bom	3.551	37.5	19.8		
	Bom	2.357	33.9	19.0		
	Razoável	832	30.4	19.5		
	Mau	179	22.2	20.0		

Para as três dimensões do *burnout*, rejeita-se a hipótese nula e considera-se haver diferenças no risco de *burnout* para os profissionais segundo a forma como consideram que os órgãos de direcção comunicam e dialogam com eles.

Através do teste *post-hoc* de Scheffé, podemos concluir que os indivíduos que consideram a comunicação má têm menos risco de *burnout* em qualquer das suas três dimensões, ao contrário dos indivíduos que consideram a comunicação excelente, que têm maior risco. As diferenças referidas são estatisticamente significativas.

Tabela 24. *Burnout* segundo a satisfação em relação às Queixas e Objecções e os Órgãos de Direcção

Queixas e Objecções		N	Média	Desvio Padrão	F.	Sig.
<i>Burnout</i> pessoal	Excelente	2.028	49.2	21.4	165.582	<0.001
	Muito Bom	3.717	40.5	19.0		
	Bom	1.935	35.9	18.0		
	Razoável	587	32.7	19.1		
	Mau	140	27.5	22.1		
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	Excelente	2.028	50.0	19.7	187.923	<0.001
	Muito Bom	3.716	41.2	17.5		
	Bom	1.933	36.8	16.9		
	Razoável	586	33.8	17.9		
	Mau	140	29.1	19.6		
<i>Burnout</i> relacionado com o utilizador	Excelente	2.028	43.1	22.0	110.083	<0.001
	Muito Bom	3.718	36.9	19.6		
	Bom	1.935	32.8	18.6		
	Razoável	588	29.8	18.9		
	Mau	140	21.1	20.4		

Para as três dimensões do *burnout* rejeita-se a hipótese nula e considera-se haverem diferenças no risco de *burnout*, para os profissionais segundo a forma como consideram que os órgãos de direcção lidam com as suas queixas.

Através do teste *post-hoc* de Scheffé, podemos concluir que os indivíduos que consideram má a forma como os órgãos da direcção lidam com as suas queixas têm menos risco de *burnout* em qualquer das suas três dimensões, ao contrário dos indivíduos que consideram que os órgãos da direcção lidam com as suas queixas de forma excelente, que têm maior risco. As diferenças referidas são estatisticamente significativas.

Tabela 25. *Burnout* segundo a satisfação em relação à Planificação de Actividades e os Órgãos de Direcção

Planificação de Actividades		N	Média	Desvio Padrão	F.	Sig.
<i>Burnout</i> pessoal	Excelente	1.529	48.3	22.0	115.114	<0.001
	Muito Bom	3.734	41.8	19.4		
	Bom	2.350	37.1	18.3		
	Razoável	765	34.8	20.1		
	Mau	171	27.4	21.6		
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	Excelente	1.529	49.2	20.3	133.451	<0.001
	Muito Bom	3.731	42.5	17.9		
	Bom	2.350	38.0	17.0		
	Razoável	764	35.5	18.9		
	Mau	171	28.9	18.9		
<i>Burnout</i> relacionado com o utilizador	Excelente	1.529	42.3	22.3	81.643	<0.001
	Muito Bom	3.734	37.9	20.1		
	Bom	2.351	33.6	18.7		
	Razoável	766	31.1	19.7		
	Mau	171	22.8	20.6		

Para as três dimensões do *burnout*, rejeita-se a hipótese nula e considera-se haver diferenças no risco de *burnout* para os profissionais segundo a forma como consideram que os órgãos de direcção os informam acerca dos projectos e objectivos do ACeS, no seu conjunto.

Através do teste *post-hoc* de Scheffé, podemos concluir que os indivíduos que consideram má a forma como os órgãos da direcção os informam da planificação de actividades têm menos risco de *burnout* em qualquer das suas três dimensões, ao contrário dos indivíduos que consideram que os órgãos da direcção os informam de forma excelente, que têm maior risco. As diferenças referidas são estatisticamente significativas.

Burnout e Tipo de Unidade de Prestação de Cuidados (USF vs UCSP)

H10: Não existe diferença entre o *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo o tipo de unidade de prestação de cuidados (USF vs UCSP)

Tabela 26. *Burnout* segundo o tipo de unidade de prestação de cuidados

	Tipo de Unidade	N	Média	Desvio Padrão	F.	Sig.
<i>Burnout</i> pessoal	UCSP	2.426	41.3	21.1	9.022	<0.001
	USF-A	1.868	43.0	20.8		
	USF-B	2.571	39.1	19.6		
	UCC	962	39.7	18.7		
	URAP	430	39.5	19.6		
	USP	365	41.5	20.1		
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	UCSP	2.426	42.2	19.7	11.011	<0.001
	USF-A	1.868	43.9	19.3		
	USF-B	2.569	39.9	18.2		
	UCC	960	40.9	17.5		
	URAP	430	40.7	17.7		
	USP	365	41.0	18.2		
<i>Burnout</i> relacionado com o utilizador	UCSP	2.426	37.2	21.1	61.985	<0.001
	USF-A	1.869	40.8	21.1		
	USF-B	2.572	37.7	19.7		
	UCC	962	29.3	18.3		
	URAP	430	31.2	18.5		
	USP	365	28.2	19.1		

Para as três dimensões do *burnout* rejeita-se a hipótese nula e considera-se haver diferenças de *burnout* segundo o tipo de unidade de prestação de cuidados.

Após recurso ao teste *post-hoc* de Scheffé, podemos concluir que para os profissionais de USF Modelo B e URAP o *burnout* pessoal é inferior àqueles das restantes unidades funcionais e que os profissionais das USF Modelo A apresentam maiores níveis de *burnout* nessa dimensão, sendo as diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados mantêm-se na dimensão de *burnout* relacionada com o trabalho. Já na dimensão *burnout* relacionado com o utente, os profissionais que trabalham em USP, UCC e URAP apresentam menor prevalência e os profissionais de USF Modelos A e B apresentam maior prevalência, sendo estas diferenças estatisticamente significativas.

Burnout e ARS

H11: Não existe diferença entre o *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões, segundo a ARS

Tabela 27. *Burnout* segundo a ARS

	ARS	N	Média	Desvio Padrão	F.	Sig.
<i>Burnout</i> pessoal	ARS NOR	4.061	40.2	20.2	11.508	<0.001
	ARS CEN	1.501	40.0	20.2		
	ARS LVT	2.031	43.3	20.6		
	ARS ALE	609	38.4	18.6		
	ARS ALG	420	40.2	21.2		
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	ARS NOR	4.058	41.3	18.7	11.011	<0.001
	ARS CEN	1.501	40.1	19.0		
	ARS LVT	2.031	43.8	19.1		
	ARS ALE	609	39.8	17.0		
	ARS ALG	419	41.4	19.5		
<i>Burnout</i> relacionado com o utilizador	ARS NOR	4.063	37.1	20.4	11.281	<0.001
	ARS CEN	1.501	34.7	20.4		
	ARS LVT	2.031	38.0	21.2		
	ARS ALE	609	33.0	18.9		
	ARS ALG	420	35.9	20.5		

Para as três dimensões do *burnout* rejeita-se a hipótese nula e considera-se haver diferenças de *burnout* segundo a ARS. Após o recurso ao teste *post-hoc* de Scheffé, podemos concluir que, para os profissionais da ARS Lisboa e Vale do Tejo, o *burnout* é maior em qualquer das suas dimensões, sendo as diferenças estatisticamente significativas. Do mesmo modo, podemos concluir que a ARS Alentejo apresenta os menores valores de *burnout* nas três dimensões, sendo as diferenças estatisticamente significativas.

Burnout e Satisfação Profissional

H12: Não existe correlação entre o risco de *burnout*, avaliado através das suas várias dimensões e a Satisfação Profissional

Tabela 28. Burnout Segundo a Satisfação Profissional

		IASP Satisfação profissional	<i>Burnout</i> pessoal	<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	<i>Burnout</i> relacionado com o utilizador
IASP Satisfação profissional	Correlação de Pearson	1	-0.327	-0.351	-0.218
	Sig. (2-tailed)		<0.001	<0.001	<0.001
	N	8.890	8.621	8.617	8.623
<i>Burnout</i> pessoal	Correlação de Pearson	-0.327	1	0.904	0.675
	Sig. (2-tailed)	<0.001		<0.001	<0.001
	N	8.621	8.622	8.618	8.622
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	Correlação de Pearson	-0.351	0.904	1	0.715
	Sig. (2-tailed)	<0.001	<0.001		<0.001
	N	8.617	8.618	8.618	8.618
<i>Burnout</i> relacionado com o utilizador	Correlação de Pearson	-0.218	0.675	0.715	1
	Sig. (2-tailed)	<0.001	<0.001	<0.001	
	N	8.623	8.622	8.618	8.624

Podemos concluir pela análise da tabela acima que a correlação entre a Satisfação Profissional e o *Burnout* nas suas várias dimensões é significativa, pelo que se rejeita a hipótese nula. Quanto maior o *burnout*, menor a satisfação, ou seja, as variáveis estão negativamente relacionadas, sendo a força desta correlação moderada. Verificamos ainda uma grande correlação entre o *burnout* pessoal e o *burnout* relacionado com o trabalho, existe também correlação entre o *burnout* pessoal e o *burnout* relacionado com o utilizador e entre o *burnout* relacionado com o trabalho e o *burnout* relacionado com o utilizador, mas menor. O relacionamento com os utentes não é dependente do *burnout* pessoal ou relacionado com trabalho.

7. Discussão

Neste capítulo, pretendem analisar-se os resultados obtidos nas hipóteses de investigação formuladas.

A **taxa de resposta** ao questionário que deu origem a esta dissertação foi de 46,5%; os questionários foram respondidos *on-line* e foi assegurada a confidencialidade. Note-se que são mais de 20 000 os profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários. As ferramentas utilizadas foram o Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional dos CEISUC e o CBI. Esta taxa de resposta foi inferior àquela obtida por Fonseca (2014) de 66%. No seu trabalho, este autor encontrou taxas de resposta ainda superiores noutros estudos como, por exemplo, Ferreira e Antunes (2009), com taxa de resposta de 85%. Avançou como possíveis explicações: a falta de motivação, a escassez de tempo por sobrecarga de trabalho e eventuais dificuldades informáticas, o que nos parece bastante plausível.

Quanto às **características sociodemográficas** da amostra, a maioria da amostra é constituída por mulheres (aproximadamente 81%), os inquiridos apresentam uma média de idades de 46,4 ($\pm 9,8$ anos). No que respeita à situação familiar, a grande maioria é casada ou vive em união de facto (aproximadamente 76%). 32% pertence a um agregado familiar de quatro pessoas, e a maioria dos respondentes tem dois filhos (43,7%). Quanto às habilitações académicas, cerca de 56% possui uma licenciatura.

No que respeita às **características laborais**, temos que: a classe profissional predominante foi a dos enfermeiros, cerca de 40%. Quanto ao tipo de vínculo, aproximadamente 79% tem contrato por tempo indeterminado em funções públicas. 16% tem funções de coordenação. A maioria trabalha 35 horas semanais (quase 76%), sendo que, menos de 10%, acumula funções. Destes, a maioria acumula entre 6 a 10 horas de trabalho (quase 37%). Os respondentes encontram-se distribuídos pelas ARS da seguinte forma: ARS Norte 47%, ARS Centro 17,3%, ARS Lisboa e Vale do Tejo 23,6%, ARS Alentejo 7,1% e ARS Algarve 5,0%. A maioria dos profissionais exerce funções numa Unidade de

Saúde Familiar Modelo B (29,6%), seguida de perto pela Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (28,5%).

No que respeita à **satisfação profissional**, neste estudo, encontrou-se um valor global de 63,3% ($\pm 16,1\%$). Ao avaliar as diferentes dimensões da satisfação profissional, temos que: a 'satisfação quanto à qualidade do local de trabalho' obteve o valor de 56,6% ($\pm 17,4\%$), quanto à 'qualidade da prestação de cuidados' 70,1% ($\pm 16,3\%$) e quanto à 'melhoria contínua da qualidade', 72,9% ($\pm 18,9\%$). Estes valores parecem demonstrar o desagrado com as condições do local de trabalho (podemos considerar, por exemplo, instalações desajustadas à actividade, falta de limpeza (por escassez de recursos humanos), falta de material, material obsoleto, dificuldades informáticas, entre outros), o que parece não interferir com a dedicação aos cuidados prestados e o empenho em fazer melhor. As subdimensões da qualidade do local de trabalho apresentam os seguintes resultados: política de recursos humanos, 55,9%, moral, 73,4%, e recursos tecnológicos e financeiros, 42,9%. Tanto os valores encontrados para a satisfação global como para as dimensões 'qualidade do local de trabalho', 'qualidade da prestação de cuidados' e 'melhoria contínua da qualidade' são inferiores a estudos nacionais precedentes. Referindo os resultados de Fonseca (2014), este obteve, para a satisfação global, 71,5%, para a qualidade do local de trabalho, 67,4%, para qualidade da prestação de cuidados, 78,28% e para melhoria contínua da qualidade, 80,7%. Já no seu estudo, encontrou diferenças com outros autores em que se obtiveram valores de 71,6% (Matos, 2012) e 67,7% (Azevedo, 2012) para a média de satisfação profissional e, particularizando, valores de 72% para a qualidade do local de trabalho, 77,6% para qualidade da prestação de cuidados e 81,1% e para melhoria contínua da qualidade (Ferreira & Antunes, 2009). Estes dados alertam-nos maioritariamente para o decréscimo dos níveis de satisfação profissional ao longo do tempo.

As **hipóteses** de investigação foram formuladas para relacionar as variáveis com as três dimensões do *burnout* – pessoal, relacionado com o trabalho e relacionado com o utilizador.

Quanto ao **sexo**, podemos concluir que o *burnout* pessoal é maior no sexo feminino, sendo a diferença estatisticamente significativa; no *burnout* relacionado com o trabalho,

não há diferença entre homens e mulheres, e, no *burnout* relacionado com o utilizador, este é maior no sexo masculino sendo a diferença estatisticamente significativa.

Existem diferenças no *burnout* segundo a **idade**: para idades entre os 50 e os 59 anos, o *burnout* pessoal e o *burnout* relacionado com o trabalho são inferiores, sendo a diferença estatisticamente significativa. O *burnout* relacionado com o trabalho para idades inferiores a 40 anos é superior àquele noutras idades, sendo a diferença estatisticamente significativa. Podemos ainda concluir que, nos escalões 50-59 anos e 40-49 anos, o *burnout* relacionado com o utilizador é inferior àquele nos restantes escalões etários, sendo a diferença estatisticamente significativa. O *burnout*, nessa mesma dimensão, para idades inferiores a 40 anos e superiores ou iguais a 60 anos, é superior àquele noutras idades, sendo a diferença estatisticamente significativa.

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas de *burnout* segundo o número de **horas semanais de trabalho**: para mais de 40 horas de trabalho semanais, o *burnout* pessoal e relacionado com o trabalho é superior na dimensão do *burnout* relacionado com o utilizador, os profissionais com carga horária inferior a 35 horas semanais apresentam valores inferiores.

No que respeita o tipo de **vínculo profissional**, os indivíduos com o vínculo do tipo Contrato-inserção apresentam menos *burnout* que nos outros tipos de vínculo para todas as dimensões.

Neste trabalho, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas de *burnout* segundo a **categoria profissional**: os médicos apresentam maiores níveis de *burnout* em qualquer dimensão. Os administrativos apresentam menor *burnout* pessoal. Finalmente, para a dimensão *burnout* relacionado com o utilizador, este é menor na categoria dos técnicos.

Considerando o exercício de **funções de chefia**, não há diferença estatisticamente significativa de *burnout* em qualquer das suas dimensões.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de *burnout* segundo os **anos de profissão**: para idades entre os 5 e os 10 anos de profissão, o *burnout*, em qualquer

das duas três dimensões, é superior àquele noutros períodos de experiência profissional. Já nos indivíduos com menos de 5 anos de profissão, o *burnout*, na sua componente relacionada com o trabalho, é inferior aos outros grupos.

Também se encontraram diferenças estatisticamente significativas de *burnout* segundo o **tipo de unidade de prestação de cuidados**: para os profissionais de USF Modelo B e URAP, o *burnout* pessoal é inferior àqueles das restantes unidades funcionais, e os profissionais das USF Modelo A apresentam maiores níveis de *burnout* nessa dimensão. Estes resultados mantêm-se na dimensão de *burnout* relacionada com o trabalho. Já na dimensão *burnout* relacionado com o utente, os profissionais que trabalham em USP, UCC e URAP apresentam menor prevalência, e os profissionais de USF Modelos A e B apresentam maior prevalência de *burnout*.

No que respeita a satisfação com o **vencimento**, foram colocadas questões quanto à responsabilidade, à experiência e ao desempenho. Foi verificado que para qualquer dimensão do *burnout*, em qualquer das questões anteriores, os indivíduos que consideram o seu vencimento mau, têm menor risco de *burnout* em relação aos outros grupos, e o oposto para quem considera o seu vencimento excelente. Uma explicação possível é a de que indivíduos pior remunerados, possivelmente, terão menos responsabilidades e desafios, logo não sentirão tanta pressão de resultados e da tomada de decisões.

Dados semelhantes foram encontrados para a satisfação com os **órgãos de direcção**. Também neste ponto havia múltiplas questões: em relação ao reconhecimento, à comunicação, às queixas e objecções e à planificação de actividades. Concluiu-se que os indivíduos com menor satisfação com os órgãos de direcção, apresentavam menor o risco de *burnout*, o que à partida não seria expectável. Contudo, uma justificação semelhante àquela utilizada na variável 'vencimento' poderá ser avançada. A maior proximidade em relação aos órgãos de direcção, acarretará, possivelmente, mais responsabilidades, o que poderia influir também no risco de *burnout*.

Quanto às **ARS**, também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de *burnout*. Para os profissionais da ARS Lisboa e Vale do Tejo, o *burnout* é maior em

qualquer das suas dimensões. Do mesmo modo, podemos concluir que a ARS Alentejo apresenta os menores valores de *burnout* nas três dimensões.

No que diz respeito à **Satisfação Profissional** e ao *Burnout* nas suas várias dimensões, existe uma correlação significativa, negativa e moderada. Quanto maior o *burnout*, menor a satisfação. Verificamos ainda uma grande correlação entre o *burnout* pessoal e o *burnout* relacionado com o trabalho. Não se verifica correlação forte entre *burnout* pessoal e o *burnout* relacionado com o utilizador, sendo assim expectável que o relacionamento com os utentes não seja afectado pelo *burnout* pessoal.

Na maioria das situações em estudo, os resultados não foram ao encontro do esperado, dado que se rejeitou a hipótese nula.

Seria interessante a comparação deste estudo a novos estudos realizados no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC) para avaliar eventuais disparidades entre os cuidados de saúde primários (até a nível mais regional, por exemplo, utilizando a área de influência dos CHUC) e os cuidados de saúde secundários, representados por essa instituição.

8. Conclusão

No presente capítulo, serão apresentadas as principais conclusões do estudo, as suas limitações e consideram-se eventuais sugestões para estudos futuros.

Apesar do número elevado de profissionais participantes no estudo, a taxa de resposta é inferior a outras encontradas nos estudos consultados.

A maioria dos respondentes foram mulheres, que apresentavam uma média de idades de 46,4 anos, e a maioria era detentora de uma licenciatura. A classe dos enfermeiros predominou, sendo que a maioria dos inquiridos trabalha 35 horas semanais e exerce funções numa USF Modelo B. Os profissionais com maior participação foram os da ARS Norte.

Através da aplicação do IASP, com a inclusão do CBI, pudemos concluir que o *burnout* se relaciona com o sexo (parcialmente), a idade dos participantes, o tipo de vínculo profissional, a categoria profissional, o número de anos de profissão, o tipo de unidade de prestação de cuidados, o vencimento, a satisfação com os Órgãos de Direcção, a ARS de origem e a Satisfação Profissional. Da mesma forma, concluímos que não se relaciona com o exercício de funções de chefia.

No sentido de aumentar a participação, seria importante ponderar reuniões prévias com alguns grupos de profissionais e não apenas com as chefias, bem como tentar entender o porquê da menor participação de certos grupos (dificuldades informáticas, falta de interesse, pouco tempo livre disponível, sobrecarga laboral, receio de ser identificado, ideias pré-concebidas em como a resposta não será tida em consideração nem alterará a realidade, entre outras possíveis explicações) e tentar motivá-los para uma maior adesão. Ponderar, por exemplo, a existência do inquérito em formato de papel que, apesar de acrescentar dificuldade na criação da base de dados, poderia aumentar o número de respostas. Um inquérito *on-line*, para além de poder acarretar maiores dificuldades para determinados profissionais, é impessoal o que, segundo Terrível (2014), pode ser uma limitação.

Podia ainda tentar diminuir-se o tempo de resposta do questionário, condensando algumas das perguntas com mais alíneas e sobretudo mostrar as vantagens da

participação em estudos deste género. Se o real problema não for conhecido, não podemos dar-lhe a atenção devida e tentar solucioná-lo.

É também importante que se perceba quais os factores individuais e organizacionais que fomentam o *burnout* para actuar a nível da prevenção. As organizações devem de forma activa tentar minimizar este problema nos seus colaboradores.

Importa sensibilizar os próprios profissionais de saúde de que também ficam doentes, que a saúde mental é muito importante, pelo que devem procurar ajuda. As equipas devem estar atentas a esta problemática e identificar precocemente os indivíduos em risco ou aqueles que já desenvolveram *burnout* e intervir.

Consideramos ainda interessante a continuidade destes estudos. Seria curioso comparar estes resultados aos de estudos realizados em cuidados de saúde secundários, nomeadamente dentro da mesma ARS, bem como investir num estudo que visasse o *burnout* no período de pandemia que actualmente vivemos.

Sendo o *burnout* um problema de saúde pública e a satisfação profissional um elemento tão valioso para as organizações e indivíduos, tanto que se tornou num critério de avaliação do SNS, vamos dar-lhes a atenção devida e continuar a dedicar-nos a esta temática.

9. Bibliografía

- Benavides-Pereira, A., & Moreno-Jimenez, B. (2003). O Burnout e o profissional de Psicologia. *Revista Eletrónica Interação Psy*, 1-1, 68-75.
- Estella, G., Díaz, J., Alonso, J., Garzón, P., Camacho, A., Sendín, J., Camiño, J. (2002). Síndrome de Burn-out en el médico general. Grupo de Habilidades en Salud Mental de la SEMG. *Medicina General*, 43.278-283.
- Fonte, C. (2011). *Adaptação e validação para o português do questionário de Copenhagen Bournout Inventory (CBI) [Dissertation]*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Frasquilho, M. (2005). Medicina Médicos e Pessoas - Compreender o stresse para prevenir o burnout. *Acta Med Port*, pp. 433-444.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *J Soc Issues*, 30:159-65.
- Freundenberger, H., & Richenson, G. (1980). *Burn out: How to beat the high cost of success*. New York: Bantam Books.
- Gil-Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) em profissionais de enfermería. *Revista Eletrónica Interação Psy*, 1, 19-33.
- Gil-Monte, P. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Rev Esp Salud Publica*, 83:169-73.
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, Vol 15, N.º2. 315-317.
- Goldberg, L., & Brenitz, S. (1993). *The Handbook of Stress - Theoretical and Clinical Aspects*. New York: The Free Press.
- Goldberg, R., Boss, R., Chan, L., Goldberg, J., Mallon, W., & Moradzadeh, D. (1996). Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med*, 3:1156-1164.
- Gómez-Gascón, T., Martín-Fernández, J., Gálvez-Herrer, M., Tapias-Merino, E., Beamud-Lagos, M., & Mingote-Adán, J. (2013). Effectiveness of an intervention for

- prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Fam Pract*, 14:173.
- Jackson, S., & Schuler, R. (1983). Preventing Employee Burnout. *AMACOM Periodicals Division, American Management Associations*, 58-68.
- Lapa, T. (Outubro de 2018). Desenvolvimento e Avaliação de um Índice Global de Burnout a Partir da Aplicação do Inventário de Burnout de Copenhaga em Médicos Portugueses. *Acta Med Port*, pp. 534-541.
- Marcelino, G., Cerveira, J., Carvalho, I., Costa, J., Lopes, M., Calado, N., & Marques-Vidal, P. (2012). Burnout levels among Portuguese family doctors: a nationwide survey. *BMJ*.
- Marôco, J., Marôco, A., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M., & Campos, J. (29 de Jan de 2016). Burnout em Profissionais de Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Med Port*, 1:24-0.
- Maslach, & Jackson. (1981).
- Maslach, C. (2009). Entendendo o burnout (Understanding burnout). *Ciencia e Trabajo*, pp. Ano 11. N.º32, 37-43.
- Maslach, C., & Jackson, S. (Vol. 2 de 1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, pp. 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). Maslach Burnout Inventory. *Consulting Psychologists Press*, pp. 191-218.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. Em S. Fiske, D. Schacter, & C. Zahn-Waxler, *Annual Review of Psychology* (Vol.52, 397-422).
- Mata, C., Machado, S., Moutinho, A., & Alexandra, D. (2016). Estudo PreSBurn: prevalência de síndrome de burnout nos profissionais dos cuidados de saúde primários. *Rev Port Med Geral Fam*, 32:179-186.
- Moreno-Jiménez, B., & Peñacoba, C. (1999). El Estrés asistencial de los servicios de salud. Em M. Simon, *Manual de Psicología de la salud* (pp. 739-764). Madrid: Casa Editorial Siglo XXI.
- Psicossocial, G. P. (1996). Consenso Gestão do Stress e Prevenção das Doenças Cardiovasculares.
- Queiros, C., Carlotto, M., Kaiseler, M., Dias, S., & Pereira, A. (2013). Predictors of Burnout among nurses: an interactionist approach. *Psicothema*, 25:330-335.

- Rosenstein, A. (August de 2012). Physician stress and burnout: prevalence, cause, and effect. EUA.
- Schaufeli, W., & Buunk, P. (2003). Burnout: An Overview of 25 years of Research and Theorizing. Em M. Schabracq, J. Winnubst, & C. Cooper, *The Handbook of Work and Health Psychology* (pp. 383-425). New York: John Wiley and Sons.
- Schaufeli, W., Leiter, M., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int*, 14:204-220.
- Shanafelt, T., Balch, C., Bechamps, G., Russel, T., Dyrbye, L., & Satele, D. (2009). Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg*, 250:463-471.
- Shanafelt, T., Oreskovich, M., Dyrbye, L., Satele, D., Hanks, J., & Sloan, J. (2012). Avoiding burnout: the personal health habits and wellness practices of US surgeons. *Ann Surg*, 255:625-633.
- Soler, J., Yaman , H., Esteva, M., Dobbs, F., Asenova, R., & Katic, M. (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*, 2(4):245-265.
- Soler, J., Yaman, H., Esteva, M., Dobbs, F., Asenova, R., & Katic, M. (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*, pp. 245-265.
- Spickard, A., Gabbe, S., & Christensen, J. (2002). Mid-Career Burnout in Generalist and Specialist Physicians. *JAMA*, 288,12:1447-1450.
- Wall, M., Schenck-Gustafsson, K., Minucci, D., Sedén, M., Lovseth, L., & Fridner, A. (2014). Suicidal ideation among surgeons in Italy and Sweden - a cross-sectional study. *BMC Psychol*, p. 2:53.
- Zamora, G., Castejón, E., & Ibáñez, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 4, N.º 2, 323-336.

ANEXOS



Inventário de *Burnout* de Copenhaga (CBI)

Este questionário destina-se à avaliação psicométrica das dimensões do *burnout*. Não há respostas melhores ou piores. A resposta correta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência. A cada uma das frases deve responder consoante a frequência com que tem esse sentimento, assinalando a opção respetiva.

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/Quase Nunca
1. Está cansado de trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Com que frequência se sente cansado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Com que frequência se sente fatigado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tem energia suficiente para a família e amigos durante o tempo de lazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Acha difícil trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Acha frustrante trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sente-se esgotado/a por causa do trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Trabalhar com utentes deixa-o/a sem energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



CENTRO DE ESTUDOS
E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Bem-vinda/o ao inquérito de satisfação dos profissionais das unidades funcionais (UCC, UCSP, URAP, USF e USP) dos cuidados de saúde primários de Portugal Continental.

Este projeto está a ser levado a cabo pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), com a estreita colaboração das Administrações Regionais de Saúde. O questionário contém perguntas que nos ajudarão a compreender a imagem que os profissionais têm sobre a sua Unidade de Saúde.

Por favor, demore o tempo que entender por forma a responder completamente às perguntas colocadas. A sua honestidade no preenchimento deste questionário é-nos essencial.

Sendo este questionário anónimo, garantimos a completa confidencialidade dos dados que nos fornecer. Assim, nunca ninguém poderá vir a ser identificado a partir dos resultados deste inquérito. De qualquer modo, para reforçar isso, colocámos como opcionais as perguntas referentes aos dados pessoais. No entanto, e apesar disso, gostaríamos muito que as preenchesse.

Se concordar com o estudo, clique em baixo em **Seguinte**.

Muito obrigado pela sua colaboração.

1. Indique, por favor, em que região se encontra a sua Unidade de Saúde. *

2. Indique agora o nome do seu ACoS. *

3. Por fim, indique o nome da sua unidade *

DADOS SOBRE AS SUAS FUNÇÕES NA UNIDADE DE SAÚDE

4. Quantas horas semanais estão previstas no seu contrato? * _____

5. Qual o tipo de vínculo que possui? *

Escolha uma das seguintes respostas

- Contrato por tempo indeterminado em funções públicas
- Contrato de trabalho em funções públicas a termo certo
- Contrato individual de trabalho por tempo certo indeterminado
- Contrato individual de trabalho a termo certo
- Contrato emprego-inserção (CEI)
- Outro _____

6. Desempenha funções de coordenação, de gestão ou de chefia? *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Sim
- Não

7. Qual a sua categoria profissional? *

Escolha uma das seguintes respostas

- Assistente Operacional
- Enfermeiro/a
- Médico/a
- Secretário/a Clínico/a - Assistente Técnico
- Técnico/a Superior de Diagnóstico e Terapêutica _____
- Técnico/a Superior de Saúde _____
- Outra _____

8. Desempenha funções noutra instituição em regime de acumulação? *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Sim
- Não

Se SIM, quantas horas trabalha, em média, por semana nesta instituição? * _____

9. Aproximadamente há quanto tempo trabalha nesta Unidade? ____ anos ____ meses

10. Há quanto tempo exerce a sua profissão? ____ anos ____ meses

A QUALIDADE DO SEU LOCAL DE TRABALHO

11. O/A COORDENADOR/A DA UNIDADE *

Pense no/a Coordenador/a da sua Unidade. Como é que classificaria essa pessoa nestes itens? Caso seja Coordenador/a, por favor faça uma autoavaliação.

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Exce- lente	Muito Bom	Bom	Razo- ável	Mau	Não de se aplica
A. ABERTURA: Abertura e disponibilidade revelada para consigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. RAZOABILIDADE: Justo e razoável para si e para os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. INOVAÇÃO: Permite-lhe experimentar novas formas de executar o seu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. LIBERDADE: Liberdade e responsabilidade que lhe é dada para tomar decisões quando necessário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. ATITUDE POSITIVA: Diz quando algo é bem feito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. ATITUDE CONSTRUTIVA: Diz quando e como o seu trabalho pode ser melhorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. INVESTIMENTO NA QUALIDADE: Esforço despendido pelo/a Coordenador/a para melhorar a qualidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. APOIO: Forma como o/a Coordenador/a o/a apoia perante os outros quando necessita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. EXPECTATIVAS: Informação sobre como as coisas devem ser feitas e quais as regras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. CONHECIMENTOS: Experiência e conhecimentos do/a Coordenador/a sobre o seu desempenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. CIRCULAÇÃO DA INFORMAÇÃO: Informação adequada e a tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. A SUA UNIDADE E O EQUIPAMENTO *

Pense na sua Unidade e no equipamento lá instalado. Como é que a classificaria nestes itens?

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Exce- lente	Muito Bom	Bom	Razo- ável	Mau	Não de se aplica
A. LIMPEZA: Nível de limpeza das salas e equipamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. SEGURANÇA: Nível de segurança das salas e equipamentos (roubo, segurança física).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO: Forma como a Unidade se encontra organizada para que consiga trabalhar de forma adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. EQUIPAMENTO: Disponibilidade de bom equipamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. RECURSOS HUMANOS *

Pense na sua Unidade e nos recursos humanos existentes. Como é que a classificaria nestes itens?

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Exce- lente	Muito Bom	Bom	Razo- ável	Mau	Não de se aplica
A. CONTINUIDADE DO PESSOAL: Estabilidade da equipa da sua Unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. PROPORÇÃO HIERÁRQUICA: Relação entre o número de pessoas com funções de coordenação e de supervisão e pessoas com funções de execução	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. NÚMERO DE PROFISSIONAIS: Adequação entre o número de profissionais do serviço e a quantidade de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. RELACIONAMENTO ENTRE EQUIPAS E PROFISSIONAIS *

Pense na sua Unidade e no relacionamento entre equipas e profissionais. Como é que a classificaria nestes itens?

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Exce- lente	Muito Bom	Bom	Razo- ável	Mau	Não de se aplica
A. TRABALHO DE EQUIPA: Forma como as várias equipas do ACeS colaboram com a sua equipa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. COMUNICAÇÃO: Forma como é feita a comunicação entre profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. ESTADO DE ESPÍRITO NO LOCAL DE TRABALHO *

Pense na sua Unidade e no estado de espírito que existe. Como é que a classificaria nestes itens?

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Exce- lente	Muito Bom	Bom	Razo- ável	Mau	Não de se aplica
A. DOS OUTROS: Forma como pensa ser encarado/a pelos outros pelo facto de trabalhar nesta Unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. DO SEU: Forma como encara o facto de trabalhar nesta Unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. COMO CARACTERIZA O SEU VENCIMENTO EM RELAÇÃO ... *

Pense no vencimento que auferir. Como é que o classificaria nestes itens?

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Exce- lente	Muito Bom	Bom	Razo- ável	Mau	Não de se aplica
A. ... à sua responsabilidade nesta Unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ... à sua experiência como profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. ... ao seu desempenho nesta Unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. ÓRGÃOS DE DIREÇÃO E DE POLÍTICA DO SEU ACeS *

Pense nos órgãos de direção e de política do seu ACeS. Como é que os classificaria nestes itens?

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Exce- lente	Muito Bom	Bom	Razo- ável	Mau	Não de se aplica
A. RECONHECIMENTO DOS ÓRGÃOS DE DIREÇÃO: Forma como os órgãos de direção tratam, apreciam e apoiam os profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. COMUNICAÇÃO: Forma como os órgãos de direção comunicam e dialogam com os profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. QUEIXAS E OBJEÇÕES: Forma como os órgãos de direção lidam com as queixas dos profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES: Forma como os órgãos de direção informam os profissionais acerca dos projetos e objetivos do ACeS, no seu conjunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS NA SUA UNIDADE

18. QUALIDADE DO SERVIÇOS QUE ESTA UNIDADE PRESTA AOS SEUS UTILIZADORES *

Como classifica a qualidade do serviço que esta Unidade presta aos utilizadores.

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Exce- lente	Muito Bom	Bom	Razo- ável	Mau	Não de se aplica
A. ATENDIMENTO: Facilidade no processo de atendimento dos utentes, incluindo o tempo despendido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. COORDENAÇÃO: Trabalho de equipa de todos os profissionais da Unidade na prestação de serviços aos utentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. CAPACIDADE DOS PROFISSIONAIS: Forma como os profissionais desempenham as suas funções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. SENSIBILIDADE: Sensibilidade dos profissionais em relação aos problemas e preocupações dos utentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. CONDIÇÕES DAS INSTALAÇÕES: Limpeza, conforto, iluminação e temperatura das salas de espera e dos sanitários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. INFORMAÇÕES: Forma como os utentes são informados sobre a situação que os levaram a recorrer à Unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. CUSTO DO SERVIÇO: Capacidade da Unidade em ter informação e em controlar os custos com o serviço prestado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

19. MELHORIA DA QUALIDADE *

Como classifica a forma como a sua Unidade está a seguir processos de melhoria da qualidade.

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Exce- lente	Muito Bom	Bom	Razo- ável	Mau	Não de se aplica
A. MELHORIA DA QUALIDADE: Esforço da sua Unidade na melhoria contínua, na relação com os utentes e profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. BEM À PRIMEIRA VEZ: Forma como a sua Unidade <u>tenta fazer</u> bem à primeira, em vez de corrigir os erros depois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. CONHECIMENTOS SOBRE QUALIDADE: Forma como foi preparado/a para melhorar a qualidade no serviço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. AMBIENTE DE TRABALHO: Confiança e afeto que os profissionais da sua Unidade têm uns pelos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. DIMINUIR O DESPÉRDICIO: Esforço desenvolvido no sentido de evitar desperdícios e repetição de tarefas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. PARTILHA DE IDEIAS: Encorajamento e partilha de ideias que permitam melhorar o serviço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. ORGULHO DA PROFISSÃO: Orgulho que sente no desempenho de funções da sua profissão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. EXPECTATIVAS NA QUALIDADE: Compreensão da missão e dos objetivos da sua Unidade e as suas expectativas de qualidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INVENTÁRIO DE BURNOUT

20. A cada uma das frases deve responder consoante a frequência com que tem esse sentimento, assinalando a opção respetiva*

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/Quase Nunca
A Está cansado de trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Com que frequência se sente cansado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J Com que frequência se sente fatigado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L Tem energia suficiente para a família e amigos durante o tempo de lazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O Acha difícil trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P Acha frustrante trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q Sente-se esgotado/a por causa do trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R Trabalhar com utentes deixa-o/a sem energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SATISFAÇÃO GLOBAL

21. Sente que a sua formação (profissional e académica) é a adequada para desempenhar o seu trabalho? *

Escolha uma das seguintes respostas

- Claro que sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Claro que não

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

22. Considera que as suas competências estão a ser devidamente utilizadas? *

Escolha uma das seguintes respostas

- Claro que sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Claro que não

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

23. Havendo outra alternativa, ainda assim, recomendaria os serviços desta Unidade a familiares ou a amigos, caso necessitassem? *

Escolha uma das seguintes respostas

- Claro que sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Claro que não

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

24. Havendo outra alternativa, ainda assim, recorreria a esta Unidade caso necessitasse? *

Escolha uma das seguintes respostas

- Claro que sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Claro que não

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

25. Se pudesse voltar atrás, escolheria de novo esta Unidade para trabalhar? *

Escolha uma das seguintes respostas

- Claro que sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Claro que não

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

26. Se pudesse voltar atrás, escolheria de novo a mesma profissão? *

Escolha uma das seguintes respostas

- Claro que sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Claro que não

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

27. Atualmente, qual o seu grau de satisfação com esta Unidade? *

Escolha uma das seguintes respostas

- Muito insatisfeito/a
- Insatisfeito/a
- Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a
- Satisfeito/a
- Muito satisfeito/a

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

28. Na sua opinião, como se poderia melhorar os serviços prestados por esta Unidade e a sua qualidade como local de trabalho?

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

DADOS PESSOAIS

Por fim agradecemos que nos fornecesse alguns dados a seu respeito, apenas para fins estatísticos.

29. Qual é o seu sexo? *

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- Feminino
- Masculino

30. Qual é a sua idade? _____

31. Qual é a sua situação familiar? *

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- Solteiro/a
- Casado/a ou em união de facto
- Viúvo/a
- Separado/a ou Divorciado/a

32. Que grau de ensino é que completou? *

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
- 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
- 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- Ensino Superior - Bacharelato
- Ensino Superior - Licenciatura
- Ensino Superior - Mestrado
- Ensino Superior - Doutoramento
- Outro _____

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

33. De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde? *

Escolha uma das seguintes respostas

- Muito bom
- Bom
- Razoável
- Mau
- Muito mau

34. Quantas pessoas constituem o seu agregado familiar, contando consigo? * _____

35. Quantos filhos tem? * _____

36. De que forma é que o seu rendimento familiar é suficiente para as necessidades do seu agregado familiar e da sua formação?*

Escolha uma das seguintes respostas

- Mais do que suficiente
- Suficiente
- Insuficiente

37. Já emigrou ou pensou em emigrar? *

Escolha uma das seguintes respostas

- Já emigrei e regresssei a Portugal
- Estou a preparar-me para emigrar
- Não pensei em emigrar