



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

---

UISEU

**Instituto de Gestão e das Organizações da Saúde**

Mestrado em Gestão Aplicada

*INFLUÊNCIA DO BURNOUT NO EQUILÍBRIO TRABALHO-VIDA PESSOAL E  
SEGURANÇA DO DOENTE.*

Joana Alexandra da Costa Lopes

*Professora Doutora Clotilde Passos  
Professor Doutor Paulo Pereira*

Viseu, outubro de 2023





# UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

---

UISEU

*INFLUÊNCIA DO BURNOUT NO EQUILÍBRIO TRABALHO-VIDA PESSOAL E  
SEGURANÇA DO DOENTE.*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Viseu,  
para obtenção do grau de Mestre em Gestão Aplicada

*Joana Alexandra da Costa Lopes*

Professora Doutora Clotilde Passos  
Professor Doutor Paulo Pereira

Viseu, outubro, 2024



## **AGRADECIMENTOS**

A todos os profissionais que participaram no inquérito permitindo que este estudo se concretizasse, o meu profundo e sincero agradecimento pela disponibilidade e contributo, mas, acima de tudo, por permitirem que este estudo se concretizasse.

À Professora Clotilde Passos, pelas palavras de encorajamento e compreensão; e pelas críticas sempre construtivas e de valorização. Em cada vez que lhe liguei na busca de parecer e opinião, recebi o reforço do que de melhor poderia ser dito. Agradeço também, ao Professor Paulo Pereira, que embora na apresentação do projeto tivesse ficado com dúvidas de como elaboraria o tema, nunca desistiu de mim e deste estudo.

Obrigada, por terem-me feito chegar aqui.

À minha mãe, ao meu marido e à minha filha pelo conforto e apoio em todos os momentos, sempre de uma maneira excecional. Ao meu pai por toda a revisão de texto durante estes dois anos.

Às minhas amigas, Sara e Helena por todo o tempo disponibilizado e ajuda. E a todos os conhecidos e desconhecidos que utilizaram algum do seu tempo para responder ao meu questionário, e me permitiram dar continuidade a esta investigação.

Obrigada por tudo.



## RESUMO

A saúde chegou a um ponto crítico, num momento em que o *burnout* e a insatisfação com o balanço entre a vida profissional e pessoal dos profissionais de saúde vai aumentando. A vida dos profissionais de saúde é recheada de emoções, altos e baixos, muitas vezes é subjugada à necessidade de um equilíbrio entre o trabalho e a vida profissional, levando à exaustão emocional e física. Com a realização deste estudo pretende-se fazer uma avaliação exploratória sobre o nível de *burnout* nos profissionais do Serviço Nacional de Saúde Português (SNS), visando identificar as consequências na prestação de cuidados e segurança do doente, prestada por estes profissionais, e no balanço trabalho vida pessoal. Para dar resposta ao objetivo, foi utilizado um inquérito constituído por um conjunto de questões sociodemográficas, para a avaliação do *burnout*, utilizou-se o Maslach Burnout inventory, a escala de HSOPSC traduzida para português, para avaliação da segurança do doente e para a avaliação do balanço trabalho vida pessoal, foi utilizada uma escala de equilíbrio trabalho - vida pessoal, que foi enviado a auxiliares, enfermeiros e médicos, numa amostra de profissionais de toda a área geográfica do país. Os resultados obtidos indicam que o *burnout* nos médicos e enfermeiros, que participaram no estudo, tem implicações profundas na segurança do paciente e no equilíbrio entre trabalho e vida pessoal dos profissionais, que há maior índice de *burnout* na classe médica, nos profissionais com horário rotativo e a despersonalização aumenta com o aumento dos anos de serviço, a exaustão emocional tem uma relação direta com o balanço trabalho-vida pessoal e a realização pessoal uma relação inversa.

Palavras chave Síndrome de *burnout*, cultura de segurança do doente, profissionais de saúde, balanço trabalho-vida pessoal.



## **ABSTRACT**

The health sector has reached a critical point, at a time when burnout and dissatisfaction with the work-life balance of healthcare professionals are on the rise. The lives of healthcare professionals are filled with emotions, highs, and lows, often being subordinated to the need for a balance between work and personal life, leading to emotional and physical exhaustion. With this study, an exploratory assessment of the level of burnout in professionals of the Portuguese National Health Service (SNS) is intended, aiming to identify the consequences on patient care and safety provided by these professionals. To achieve this objective, a survey consisting of a set of sociodemographic questions was used. For the assessment of burnout, the Maslach Burnout Inventory was employed, and for the evaluation of patient safety, the HSOPSC scale translated into portuguese was used. To assess the work-life balance, a work-life balance scale was utilized. This survey was distributed to healthcare assistants, nurses, and doctors in a sample of professionals from all geographical areas of the country.

The results obtained indicate a higher incidence of burnout in the medical profession, particularly among professionals with rotating schedules. Desensitization increases with years of service, emotional exhaustion is directly related to the work-life balance, and personal accomplishment has an inverse relationship.

**Keywords:** Burnout syndrome, patient safety culture, healthcare professionals, work-life balance.



## ÍNDICE

---

Agradecimentos.....	I
Resumo.....	III
Abstract.....	V
Índice de Figuras.....	IX
Índice de Tabelas.....	X
Introdução .....	XI
CAPÍTULO 1	
ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	7
1.1 - Conceito de <i>burnout</i> .....	10
1.2 - Síndrome de <i>burnout</i> nos profissionais de saúde .....	10
1.3 - Equilíbrio vida profissional - pessoal dos profissionais de saúde.....	13
1.4 - Efeito do <i>burnout</i> dos profissionais de saúde na segurança do doente.....	15
CAPÍTULO 2	
METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	23
2.1 - Justificação e pertinência da amostra.....	24
2.2 - Questão de investigação e objetivos.....	24
2.3 - Hipóteses de investigação.....	25
2.4 - Tipologia da investigação.....	27
2.5 - Variáveis.....	27
2.6 - População e amostra.....	28
2.6.1 - Caracterização da amostra.....	29
2.7 - Instrumento de recolha de dado.....	31
2.8 - Procedimentos éticos e legais.....	34
CAPÍTULO 3	
3 – Apresentação, análise e discussão dos resultados .....	34
3.1 - Análise descritiva.....	34
3.2 - Análise inferencial.....	37
4 - Análise do modelo de investigação com equações estruturais .....	41
4.1 - Modelo estrutural.....	41
5 - Discussão de resultados.....	47
Conclusões.....	51

Bibliografia.....	53
Anexos .....	61

## ÍNDICE DE FIGURAS

---

Fig. 1- Modelo de Maslach (1998) .....	8
Fig. 2- Modelo conceptual.....	24
Fig. 3- Estimativas estandarizadas para o Modelo Estrutural .....	40

## ÍNDICE DE TABELAS

---

Tabela 1 - Caracterização demográfica da amostra referente a idade e ao género.....	29
Tabela 2 - Caracterização demográfica da amostra referente à profissão, local de trabalho e nível educacional .....	30
Tabela 3 - Caracterização demográfica da amostra referente ao tipo de contrato, funções em mais do que uma instituição, tipo de horário e carga horária semanal.....	31
Tabela 4 - Estatísticas de consistência interna para as dimensões da Escala MBI - Maslach Burnout Inventory.....	33
Tabela 5 - Estatísticas de consistência interna para as dimensões para a escala da segurança no trabalho.....	33
Tabela 6 - Estatísticas de consistência interna para a escala balanço trabalho vida pessoal.....	33
Tabela 7 - Caracterização profissional da amostra.....	35
Tabela 8 - Estatísticas relativas ao score das dimensões de <i>burnout</i> .....	36
Tabela 9 - Estatísticas relativas ao score da escala de segurança no trabalho.....	36
Tabela 10 - Estatísticas relativas ao score da escala de balanço trabalho-vida.....	37
Tabela 11 - Correlação de Pearson, relacionando a segurança do doente com o <i>burnout</i> dos profissionais.....	37
Tabela 12 - Correlação de Pearson, relacionando o balanço trabalho-vida pessoal com o <i>burnout</i> dos profissionais.....	38
Tabela 13 - Relação entre a função dos profissionais e as dimensões do <i>burnout</i> .....	39
Tabela 14 - Relação entre o tipo de horário e as dimensões do <i>burnout</i> .....	40
Tabela 15 - Relação entre o tempo de trabalho (em anos) e ás dimensões do <i>burnout</i> .....	40
Tabela 16 - Saturações dos itens nas escalas e dimensões do modelo.....	43
Tabela 17 - Critérios de validação das escalas e dimensões do modelo.....	44
Tabela 18 - Coeficientes de determinação múltiplos .....	45
Tabela 19 - Análise das saturações para verificação das hipóteses com o modelo estrutural.....	45
Tabela 20 - Ajustamento do modelo estrutural.....	47

## **INTRODUÇÃO**

---



## INTRODUÇÃO

---

A instabilidade laboral que se vive atualmente no setor da saúde, o congelamento das carreiras profissionais e a intensificação dos ritmos de trabalho põe em causa o bem-estar físico e psicológico dos profissionais de saúde e a produtividade das organizações de saúde. O mercado de trabalho está em constante mudança, fruto de uma instabilidade socioeconómica e financeira, onde é exigido aos profissionais que sejam mais flexíveis e colaborantes, o que contribui para que se tornem profissionais com níveis de stress mais elevados, intolerantes e menos produtivos.

Maslach e Leiter (2016), definiram o *burnout* como uma reação tardia a uma panóplia de fatores interpessoais relacionados com o trabalho. Estudos reportaram que fatores como a falta de balanço trabalho-vida pessoal, preocupação com o bem-estar do doente, aspetos demográficos e as habilitações académicas são motivadores de *stress* no local de trabalho (Taranu et al., 2022). Durante anos, o *burnout* foi considerado uma doença das profissões que requeressem lidar com pessoas, e implicassem um nível de esforço mental e emocional alto, neste tipo de profissões, por norma, exigia-se que o profissional priorizasse o doente, pondo as necessidades do doente acima das suas, trabalhando longas horas, fazendo sempre um pouco mais (Maslach e Leiter, 2016), exigências que põe em causa a segurança do doente e tem uma grande repercussão na saúde mental dos profissionais, nos atos médicos e custos para a saúde (Yung et al., 2021). A síndrome de *burnout* tem sido detetada nos profissionais de saúde, em todos os estádios da carreira, a agência de organização de investigação e qualidade para a saúde, estima que entre 10% a 70% dos enfermeiros e 30 a 50% dos médicos sofrem de *burnout* (Bridgeman et al., 2017).

Apesar de todos os esforços feitos pelas organizações de saúde, os erros médicos ainda acontecem com grande frequência, devido a possíveis fatores culturais ou falta de cultura de segurança do doente. Segundo Khoshakhlagh et al. (2019), os componentes críticos da cultura de segurança do doente, obriga as organizações a detetar e analisar erros que comprometam o doente, e criar um ambiente que proporcione a denúncia de erros.

Tendo por base as evidências apresentadas, a dimensão global do contexto, a escassa informação na literatura e investigação sobre o tema, as implicações práticas nos profissionais de saúde, no desempenho do serviço de saúde público prestado por estes

profissionais, e a intenção de contribuir para o avanço do conhecimento nesta área, surgiu a motivação e justificação para a elaboração do presente trabalho de investigação.

Assim, pretende-se fazer uma avaliação exploratória sobre o nível de *burnout* nos profissionais do Serviço Nacional de Saúde Português (SNS), visando identificar as consequências na prestação de cuidados e segurança do doente, prestada por estes profissionais

Para dar resposta à questão e objetivos da investigação, desenvolveu-se uma investigação de carácter quantitativo, correlacional, descritivo e transversal baseada num leque amostral de 198 profissionais. Para a recolha de dados utilizou-se um questionário baseado em três escalas: Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS), versão portuguesa traduzida e cedida por Marques-Pinto (2009) e utilizada para investigação na população portuguesa, tendo sido retirada da versão original de Maslach et al., (1996), para avaliar a cultura e segurança do doente, a escala de HSOPSC, da agência de regulação de investigação e qualidade na saúde, devidamente traduzida e validada para Portugal e para avaliar o efeito do *burnout* no balanço trabalho-vida pessoal dos profissionais foram utilizadas 8 questões, adaptadas do questionário da Universidade de Atividades e Comportamento por Schwartz et al., (2018).

Deste modo, a presente investigação pretende ser um contributo para uma maior sensibilização dos diretores das instituições de saúde e de toda a comunidade, e uma chamada de atenção aos profissionais de saúde, na generalidade, no sentido de alertar para o impacto psicológico do *burnout* no trabalho - vida profissional na sua saúde física e mental e na segurança do doente. Pretende-se também que o estudo constitua um incentivo para que as entidades governamentais e diretores hospitalares desenvolvam e implementem programas de saúde e segurança ocupacional e outras medidas adequadas, para prevenir os fatores de risco psicossociais, melhorar o bem-estar psicológico, e a vida pessoal dos seus colaboradores.

PARTE I  
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

---



## CAPÍTULO I

### Sumário

---

#### **1. *Burnout***

##### **1.1** Conceito de *burnout*

##### **1.2** Efeito da síndrome de *burnout* nos profissionais de saúde

##### **1.3** Equilíbrio trabalho - vida pessoal dos profissionais de saúde.

##### **1.4** Efeito do *burnout* dos profissionais de saúde na segurança do doente.



## 1. *BURNOUT*

### 1.1. Conceito de *burnout*

O termo burn-out ou síndrome de *burnout* é proveniente do inglês e significa “queimar até à exaustão” (Moroco et al., 2016). Foi usado pela primeira vez na década de 1960 para descrever os efeitos nefastos do abuso de drogas ilícitas. Herbert J. Freudenberger, através da publicação do seu artigo “Staff Burn-out” no ano de 1974, veio alertar a comunidade científica para as dificuldades a que os profissionais que trabalhavam em profissões de ajuda aos outros estavam expostos. Mais tarde, usa o mesmo termo para descrever a condição gradual de exaustão emocional, a perda de motivação e compromisso, dos voluntários na Clínica São Marcos em East Village em Nova Iorque, afetados pelas experiências negativas vividas em contexto de trabalho, apresentando uma quebra emocional e de empenho, com manifestações de sintomas mentais e físicos e evolução para a exaustão (Sousa, 2011).

Em 1974, Freudenberger com base nas suas observações, definiu *burnout* como sendo uma sensação de cansaço extremo e gasto excessivo de energia e recursos que levam à exaustão, classificou a doença, não como uma doença aguda, mas como um acumular dos efeitos do excesso de responsabilidade atribuído no trabalho. O autor descreve que o *burnout* começa com uma apatia relativamente ao trabalho, e à medida que o tempo passa, a exaustão emocional instala-se, levando ao aumento da despersonalização e do cinismo, dando origem a um desprendimento do trabalho. Da mesma forma, Maslach e Jackson (1981) definiram *burnout* como uma síndrome de exaustão emocional e cinismo, que ocorre frequentemente em pessoas que trabalham com pessoas. Um aspeto que caracteriza o *burnout* é o aumento exponencial de exaustão emocional, originando que os profissionais não consigam mais exercer funções. Pines e Aronson (1983) definiram *burnout* como um estado de desgaste físico, psicológico e mental, que ocorre tipicamente em pessoas que se têm mantido em situações emocionalmente exigentes. Portero e Ruiz (1998), cit. em Pereira (2010), p. 33, chamou ao *burnout* “síndrome do assistente desassistido”, devido à falta de assistência e consideração que se tem tido com os profissionais prestadores de cuidados. Vaz Serra (2011) esclarece que, “as pessoas predispostas a virem a sofrer de *burnout* são aquelas que entram para uma atividade profissional cheias de idealismo e de boas intenções,

esperançosas e dedicadas; gradualmente com o passar do tempo, comprovam que não são apreciadas, perdendo significado naquilo que executam” (p. 550). Atualmente, sabemos que atinge um espectro alargado de profissionais e de profissões de ajuda como professores, polícias, bombeiros, entre outras, assim como outras atividades, como estudantes universitários (Moroco, 2016). Embora existam vários modelos de avaliação de *burnout*, o mais usado e mais conhecido é o de Maslach, sendo nele, a síndrome de *burnout* descrito como maioritariamente uma insensibilidade relativamente a outras pessoas, sensação de exaustão emocional e diminuição das competências profissionais (Guller et al., 2019). A teoria conceptual de Maslach (1999), relativamente ao *burnout*, assenta em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização ou cinismo e realização pessoal, conforme apresentado na figura 1.

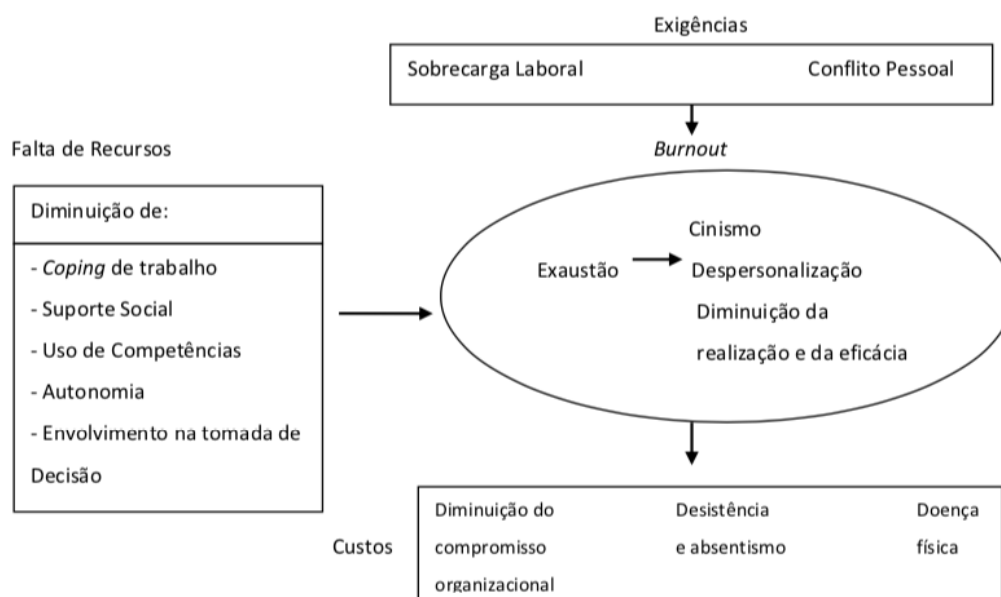


Fig. 1 - Modelo de Maslach (1998)

A exaustão emocional é considerada como a primeira fase da síndrome, é caracterizada por ser física e psíquica levando a conflitos interpessoais, os profissionais sentem-se sem a energia necessária para cuidar (Maslach & Jackson (1982), cit. em Delbrouck, (2006), podendo com isto levar à falta de saúde física e mental dos colaboradores, acabando por se refletir na qualidade de vida no trabalho e no bom funcionamento das organizações (Wright & Cropanzano (1998), cit em Tamayo, (2002).

A segunda dimensão da síndrome, a despersonalização ou cinismo refere-se a uma resposta negativa originada por uma falta de interesse e desconexão. É normalmente originada por um excesso de exaustão emocional (Maslach, 1998). Por último, a realização pessoal, refere-se a falta de motivação profissional, por falta de incentivo social e oportunidades de progressão na carreira, relacionada com sentimentos de autodesvalorização, resultado de um acumular de sentimentos de competência e produtividade no trabalho (Maslach, 1998).

O modelo de Maslach evidenciado na figura 1, pode ser compreendido da seguinte forma: o *burnout* surge como um processo sequencial, desde a exaustão emocional que decorre das exigências da relação de ajuda, a despersonalização que surge como tentativa disfuncional de lidar com a exaustão emocional, e por fim, um sentimento de perda de realização pessoal no trabalho, consequência da avaliação e do desempenho do profissional (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001, cit. em Chambel, 2008).

Neste sentido, o *burnout* representa um risco não só para o próprio trabalhador, mas também para os seus colegas uma vez que é “contagioso” e os profissionais transferem a tensão psicológica para os membros da equipa com que interagem (Ordem dos Psicólogos, 2017).

O *burnout* tornou-se num problema organizacional endémico, ligado a inúmeros problemas que afetam as pessoas e as organizações em questão (Simha et al., 2014). Os profissionais de saúde que sofrem de *burnout*, frequentemente manifestam cinismo e pessimismo relativamente ao tratamento dos doentes, passando uma sensação de indiferença e de mal-estar para os familiares e pacientes. A empatia é extremamente significativa em profissões mais humanísticas, médicos empáticos com os seus doentes, conseguem atingir uma maior compreensão e satisfação por parte dos mesmos, diminuindo os níveis de ansiedade e *stress* (Seo et al., 2020).

## 1.2. Efeito da síndrome de *burnout* nos profissionais de saúde

A síndrome de *burnout* é um fenómeno que pode afetar profissionais de diversas áreas, embora alguns grupos apresentem maior predisposição para a desenvolver. Historicamente, tem sido associada, principalmente, a profissionais que lidam diretamente com outras pessoas, como os que atuam na área da saúde, educação e serviços humanos (Franca et al., 2014). Neste contexto, a enfermagem tem se destacado como uma das profissões mais suscetíveis ao *burnout*, em virtude da grande exposição emocional envolvida, com a necessidade de cuidar dos pacientes com empatia e paciência, frequentemente em ambientes altamente estressantes e com recursos limitados (Khamisa et al., 2015). O *burnout* nos profissionais de saúde é um fenómeno preocupante que pode resultar em atitudes negativas, desrespeito pelos pacientes e uma diminuição na qualidade dos cuidados prestados, afetando tanto a vida profissional quanto a pessoal do profissional (Niamh et al., 2014).

Em Portugal, estudos recentes demonstraram que durante a terceira vaga da pandemia, cerca de 70% dos médicos e enfermeiros portugueses apresentavam uma probabilidade moderada de *burnout* e stress traumático secundário (Serrão et al., 2022). Essa tendência é acentuada à medida que as horas de trabalho aumentam, conforme evidenciado por pesquisas realizadas na Suíça (Weilenmann et al., 2021).

Outro estudo demonstrou que, o nível de *burnout* é mais elevado em profissionais de saúde que trabalham no setor público do que nos que trabalham no setor privado, nas dimensões (pessoal, trabalho e cliente), e que existe um elevado nível de *burnout* pessoal e *burnout* no trabalho setor público, quer no privado (Faustino, 2022).

Uma investigação conduzida por Marôco et al. (2016) e publicada na Ata Médica Portuguesa revelou que entre 2011 e 2013, 21,6% dos profissionais de saúde apresentavam níveis moderados de *burnout*, enquanto 47,8% apresentavam níveis elevados. Os fatores que se destacaram como preditores significativos desses níveis de *burnout* foram o distrito/região, o tempo de exercício na função e as condições de trabalho. Além disso, um estudo da Ordem dos Médicos em 2016 apontou que 66% dos médicos apresentavam elevado nível de exaustão emocional, 39% mostravam despersonalização elevada e 30% vivenciavam uma grande diminuição na realização profissional (Vala et al., 2017).

Silva et al. (2012) analisou os níveis de *burnout* entre enfermeiros e médicos do Serviço de Urgência a nível nacional, os resultados indicaram que os enfermeiros apresentavam níveis mais altos de sintomas de *burnout*, como exaustão emocional e despersonalização. Contudo, é importante ressaltar, de acordo com Ribeiro et al. (2021), que a promoção e manutenção da saúde dos trabalhadores devem considerar os fatores sociais e organizacionais que surgem das circunstâncias e do ambiente, e não serem encarados unicamente como problemas inerentes ao indivíduo, como mencionado por Martin et al., (2016) e pela OMS (2013).

A Síndrome de *burnout* pode manifestar-se em qualquer estágio da carreira do profissional de saúde e sua incidência varia de acordo com o país e a área de especialização. Estudos têm demonstrado que a prevalência do *burnout* pode variar amplamente, atingindo percentagens que oscilam entre 25% a 75%. Em particular, pesquisas realizadas com auxiliares e enfermeiros mostraram uma incidência significativa, situada entre 30% e 50%. Para os médicos, a ocorrência do *burnout* depende da unidade ou especialidade em que exercem as suas atividades profissionais (Guller et al., 2019).

O Relatório Nacional de *Burnout* e Suicídio de Médicos de 2020, conduzido pelo Medscape, classificou a incidência de *burnout* em 29 especialidades médicas. As três especialidades médicas com maior prevalência de *burnout* são urologia (54%), neurologia (50%) e nefrologia (49%). Por outro lado, as especialidades com menor incidência de *burnout* foram relatadas em cirurgia geral (35%), psiquiatria (35%) e ortopedia (34%). Essas especialidades parecem ter taxas de *burnout* mais baixas, possivelmente devido à natureza do trabalho realizado ou a um melhor equilíbrio entre vida profissional e pessoal. Anestesiologia ocupa a 16ª posição na lista, com uma incidência de *burnout* relatada de 41%. Medicina de emergência ocupa o 14º lugar, com uma incidência de 43%, e os cuidados intensivos ficam em 10º lugar, com uma incidência de *burnout* relatada de 44%. Estes resultados evidenciam a variabilidade significativa nas taxas de *burnout* entre diferentes especialidades médicas. Os fatores que contribuem para o *burnout* em cada especialidade podem variar, e abordar essa questão na área da saúde requer estratégias direcionadas às dificuldades específicas enfrentadas por profissionais em cada campo (Hert, 2020).

A incidência relatada de *burnout* varia em todo o mundo. Por exemplo, na Europa, é observada uma diferença entre os países da União Europeia (10%) e os países não pertencentes à União Europeia (17%). Dentro dos países da União Europeia, a incidência

de *burnout* varia de 4,3% na Finlândia a 20,6% na Eslovênia, enquanto nos países não pertencentes à União Europeia, varia de 13% na Albânia a 25% na Turquia. Este estudo também indicou que o *burnout* em nível de país parece estar positivamente relacionado à carga de trabalho (Hert, 2020).

De entre as dimensões do *burnout*, a despersonalização e o cinismo são aspetos que se destacam na área da saúde, conforme constatado por Guller et al. (2019) na sua pesquisa com 232 profissionais. Estes resultados apontam para uma maior tendência dos profissionais de saúde em desenvolverem sentimentos de distanciamento emocional em relação aos pacientes, bem como atitudes negativas e cínicas em relação ao trabalho e ao ambiente profissional.

No que concerne aos fatores demográficos, estudos têm se dedicado a investigar a relação entre a Síndrome de *burnout* e variáveis como género, idade e estado civil. De acordo com a conclusão de Guller (2019), não foram observadas grandes diferenças nessas dimensões em relação à ocorrência do *burnout*. Isso sugere que tanto homem quanto mulheres, independentemente da idade ou estado civil, estão sujeitos a desenvolver a síndrome em igual medida.

Nos estudos de Faustino (2022), a idade revelou ser a variável demográfica com relevância estatisticamente significativa com o nível de *burnout*. Das variáveis profissionais as que apresentaram uma relevância estatisticamente significativa com o nível de *burnout* foram a função exercida, o sector, o tempo de exercício da profissão e a especialização. Os enfermeiros na faixa etária dos 41-50 anos apresentam um nível mais elevado nas três dimensões do *burnout* (pessoal, trabalho e cliente).

O *burnout* é um fenómeno que pode atingir profissionais de diversas áreas, sendo mais prevalente em ocupações que requerem intensa interação com outras pessoas. A enfermagem, por sua natureza exigente, emerge como uma das profissões mais vulneráveis ao *burnout* na área da saúde. A identificação precoce e a compreensão das principais dimensões do *burnout* são essenciais para implementar medidas preventivas e intervenções eficazes, visando o bem-estar e a saúde mental dos profissionais de saúde. Além disso, os resultados sugerem que a ocorrência do *burnout* não está diretamente relacionada a fatores demográficos, mas sim à natureza das tarefas e do contexto de trabalho desses profissionais.

### **1.3. Equilíbrio vida profissional - pessoal dos profissionais de saúde**

De acordo com Lewis e Beauregard (2018), não existe uma definição, explicação ou compreensão única e correta do conceito de equilíbrio entre trabalho e vida pessoal. Existem várias definições sobrepostas que diferem entre organizações e estudos de pesquisa. Os investigadores inicialmente entendiam o termo como a satisfação de baixos níveis de conflito entre as exigências do trabalho e da vida não profissional. Meenalshi, Subrahmanyam e Ravichardran (2013) afirmam que o equilíbrio entre trabalho e vida pessoal é o equilíbrio de satisfação entre a vida familiar de uma pessoa e a sua vida profissional. Lazar, Osoian e Ratiu (2010) sugerem que o equilíbrio entre trabalho e vida pessoal e refere-se à forma como os colaboradores gerem suas atividades profissionais e não profissionais.

Muitos estudos de pesquisa e organizações têm definido o conceito, no entanto, como mencionado anteriormente, não há uma maneira única e correta de definir, explicar ou compreender o equilíbrio entre trabalho e vida pessoal. Ao longo de diversos estudos de pesquisa, foi constatado que a concepção de equilíbrio entre trabalho e vida pessoal emergiu na década de 1970, representando o equilíbrio almejado por indivíduos entre as suas atividades profissionais e as expectativas das suas vidas pessoais (Abdirahman et al., 2020). Esse conceito teve origem quando mulheres começaram a adentrar o mercado de trabalho e enfrentaram dificuldades na conciliação entre as exigências profissionais e as responsabilidades pessoais (Dizaho, Sallen & Abdullah, 2017). Em resposta, empregadores passaram a abordar essas questões de equilíbrio, oferecendo benefícios complementares, tais como licença-maternidade e assistência infantil (Emsile & Hunt, 2009).

Nas últimas décadas, o conceito de equilíbrio entre trabalho e vida tem sido considerado crucial tanto para as organizações quanto para as pessoas, e tem sido comprovado que contribui significativamente para a melhoria da produtividade dos colaboradores, o que, por sua vez, impacta positivamente o desempenho das organizações (Bataineh, 2019).

É dada prioridade à efetiva gestão do trabalho profissional individual, das responsabilidades familiares e de outras atividades pessoais. Além disso, com a evolução da globalização, o papel do trabalho na vida das pessoas também se modificou. Apesar de o trabalho ainda ser considerado essencial, tornou-se um fator crítico para melhorar a satisfação pessoal (Dousin, 2019).

Os problemas relacionados ao equilíbrio entre família e trabalho tornaram-se uma questão séria para as organizações, especialmente devido à evolução da composição da mão de obra ao longo dos anos, com um número crescente de mulheres de sucesso (Shabir & Gani, 2019). Na atualidade, em que tudo acontece rapidamente e as pessoas tentam conciliar múltiplas responsabilidades, muitas vezes ocorre um desequilíbrio entre a vida familiar e o "stress" profissional (McInnes, 2006; Roberts, 2007). Por exemplo, tem sido relatado que os colaboradores que se sentem bem e lidam com menos stress no trabalho e em casa têm maior probabilidade de experimentar satisfação em relação ao trabalho, o que pode afetar significativamente o seu bem-estar e também a sua organização (Bataineh, 2019).

O equilíbrio entre a vida profissional e pessoal é fundamental, uma vez que esses aspetos funcionam de maneira compensatória entre si.

Um estudo realizado na Coreia do Sul por Seo et al. (2018) concluiu que um desequilíbrio entre trabalho e vida pessoal está associado a longas jornadas de trabalho, dificuldade em cumprir compromissos sociais e falta de autonomia no trabalho. Esse desequilíbrio também foi relacionado a efeitos negativos, como distúrbios do sono, diminuição da produtividade e ocorrência de acidentes. Os profissionais de saúde são, sem dúvida, um ótimo exemplo nesta situação, trata-se de uma indústria com um ambiente de trabalho intensivo, que opera 24 horas por dia, 365 dias por ano, e que por vezes exige ultrapassar as tradicionais 40 horas semanais de trabalho em regime de tempo integral para a prestação de serviços (Romero et. al, 2020).

Numa investigação conduzida por Shanafelt Tait et al. (2012) concluiu-se que vários médicos experimentam *burnout*, que embora seja difícil de quantificar, manifesta-se na falta de profissionalismo, descuido com os pacientes, ocorrência de erros médicos e até mesmo na antecipação da reforma.

Ao acompanhar e avaliar os níveis de *burnout* de um grupo de médicos entre 2011 e 2014, Shanafelt et al. (2015) identificaram um aumento de 10% na incidência deste fenómeno ao longo de três anos, mesmo sem haver aumento no número de horas de trabalho semanais. Esse aumento do *burnout* foi associado a um desgaste no equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal. Com base em seu estudo, Thimmapuram et al. (2019) concluíram que os principais fatores que afetam o equilíbrio entre trabalho e vida pessoal são os horários de trabalho e a quantidade e qualidade do trabalho. Nessa investigação, verificou-se que 50% dos médicos nos Estados Unidos apresentam sintomas de *burnout*.

Esses estudos enfatizam a importância de abordar a questão do equilíbrio entre a vida profissional e pessoal como um aspecto crucial não apenas para a satisfação pessoal dos indivíduos, mas também para o desempenho e o bem-estar das organizações.

Os empregadores obtêm vantagens significativas ao promoverem um ambiente de trabalho que estimule a produtividade e a inovação, ao mesmo tempo em que fortalece o comprometimento, a motivação e a retenção de talentos entre os colaboradores. Essa abordagem visa explorar a interligação entre esses fatores e analisar como práticas específicas de gestão de recursos humanos podem impulsionar o desempenho das empresas.

Iniciativas que promovam o equilíbrio entre trabalho e vida profissional como horários flexíveis, políticas orientadas para a família e processos de orientação para uma melhoria contínua são cruciais para melhorar o desempenho de enfermeiros e médicos (Dousin et al., 2022).

#### **1.4. Efeito do “*burnout*” na segurança do doente**

A segurança do doente tem sido reconhecida como uma prioridade em todo o mundo, sendo um dos principais desafios da atualidade (OMS, 2017).

Florence Nightingale (1969), foi pioneira na área da segurança do paciente, destacando a importância do princípio fundamental de não causar danos aos doentes nos cuidados de saúde. A sua contribuição para o aumento da segurança do paciente foi notável, especialmente por meio do desenvolvimento e implementação de novas práticas de higiene. Durante a Guerra da Crimeia, Nightingale aplicou essas rotinas de higiene, resultando em uma redução significativa da taxa de mortalidade entre os soldados feridos.

Em 2000, o Instituto de Medicina publicou um relatório intitulado "To err is human" ("Errar é humano"), no qual estimou que uma significativa quantidade de pacientes sofria danos acidentais durante o recebimento dos cuidados de saúde, levando a óbito durante suas internações hospitalares. Esse relatório traçou paralelos entre organizações de saúde e outras organizações de alto risco, e enfatizou a necessidade de ações para aprimorar a segurança do paciente (Kohn et al., 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 2009, a segurança do paciente como "a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência à saúde, atingindo um nível aceitável mínimo" (OMS, 2009, p.22). Essa definição destaca

a importância de evitar riscos evitáveis e garantir que a qualidade dos cuidados de saúde seja mantida em um nível seguro para os pacientes.

O desenvolvimento da segurança do paciente tem sido altamente influenciado pela teoria das organizações de alta confiabilidade (OACs), que foi desenvolvida para estudar organizações de alto risco, como a aviação e organizações de energia nuclear, que utilizam processos complexos para gerir a segurança (Weick & Sutcliffe, 2015). As ideias associadas à teoria das OACs remontam a 25 anos atrás (Weick, 1987). O conceito das OACs é baseado em cinco princípios orientadores. 1) recomenda-se monitorar todas as falhas, pois falhas menores podem ser sintomas de problemas maiores. Esse princípio é relevante para detetar eventos adversos 2) para evitar simplificar o sistema com generalizações, cada situação pode ser analisada com uma nova perspectiva. A sensibilidade às operações é importante, para compreender que eventos inesperados ainda podem ocorrer. 3) A expertise da linha de frente deve ser confiada, e os profissionais de saúde devem ser capacitados para falar sobre questões relevantes para a segurança. Esse princípio é relevante para a cultura de segurança do paciente e competências em trabalho em equipe. 4) Hierarquias geralmente são prejudiciais para manter sistemas seguros, pois tendem a dar preferência à autoridade em vez da expertise. O compromisso com a resiliência refere-se à capacidade de recuperar rapidamente um estado de equilíbrio após eventos adversos.

Esses cinco princípios são considerados como criadores de uma "mentalidade coletiva" nas OACs (Weick & Sutcliffe, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) menciona, no seu plano global de ação para a segurança do paciente, a relevância das organizações de alta confiabilidade (OACs) e seus princípios. Neste contexto, destaca-se que um sistema de saúde resiliente pode ser entendido como a aplicação prática do conceito de OACs. A abordagem de resiliência oferece uma perspectiva alternativa e complementar de gestão, com foco na promoção da segurança e na compreensão dos processos que funcionam de maneira adequada. Essa perspectiva é conhecida como Paciente Seguro II (Hollnagel, 2018; Hollnagel et al., 2015). A ideia de saúde resiliente diz respeito à capacidade de manter um desempenho consistente, tanto em condições previsíveis quanto imprevisíveis. É importante reconhecer que as perspectivas Paciente Seguro I e Paciente Seguro II são igualmente relevantes e se complementam no âmbito da segurança do paciente.

No contexto das unidades de saúde, as falhas nos sistemas de comunicação, processos e gestão inadequada são responsabilidades partilhadas pelos profissionais de

saúde (Garcia et al., 2019). A segurança do doente e a saúde mental dos profissionais de saúde estão intrinsecamente interligadas e dependentes uma da outra, uma vez que a qualidade dos cuidados prestados está diretamente ligada ao bem-estar desses profissionais (Sinhya et al., 2023).

De acordo com a OMS (2018), um em cada dez doentes sofre negligência, e cerca de 43 milhões de acidentes hospitalares envolvendo doentes ocorrem anualmente.

Os enfermeiros, devido aos seus horários de trabalho em regime de turnos rotativos, encontram-se constantemente em estado de alerta, o que pode levar a exaustão, perturbação do sono e diminuição da capacidade de concentração e prestação de cuidados. Esses fatores aumentam o risco de erros na administração de medicamentos, identificação dos doentes e utilização inadequada de dispositivos médicos, podendo ter consequências graves e permanentes para o doente (Ryu & Shim, 2021). Incidentes relacionados com o doente são definidos como "eventos ou circunstâncias que poderiam ter causado ou causaram danos desnecessários ao doente" (Van Gerven et al., 2016 p.1). A gravidade do dano pode variar desde nenhum dano até dano temporário, dano permanente ou, na pior das hipóteses, a morte do doente. Nestes incidentes, nunca há apenas uma vítima, sendo o doente a mais importante delas (Van Gerven et al., 2016). A literatura cada vez mais evidencia que um ambiente de trabalho favorável para enfermeiros está associado a menos eventos adversos e melhor qualidade dos cuidados (Liu et al., 2016). Por outro lado, um ambiente de trabalho negativo pode levar ao stress, insatisfação no trabalho e *burnout*, criando condições propícias para erros (Liu et al., 2018).

Com o objetivo de garantir a segurança e melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes, as organizações tendem a concentrar-se na melhoria dos processos e das condições de trabalho, eliminando fatores institucionais que possam levar a erros. Estudos conduzidos por Perez-Francisco et al. (2020) demonstraram que existe uma relação direta entre o aumento de profissionais com *burnout* e a qualidade dos cuidados de saúde prestados, sendo esta relação mais significativa na equipa de enfermagem do que na equipa médica, e com maior prevalência na Europa do que nos Estados Unidos.

O *burnout* no trabalho é uma resposta emocional e individual provocada pelo excesso de carga de trabalho, falta de recursos, instabilidade e imprevisibilidade no estado do doente. Está diretamente relacionado com a satisfação no trabalho e o bem-estar dos profissionais. Geralmente manifesta-se através de três dimensões: exaustão emocional, despersonalização (respostas negativas a responsabilidades laborais) e diminuição da sensação de conquista (Yiyin et al., 2022). Uma gestão eficaz do *burnout* é crucial para

garantir a segurança dos doentes e profissionais, bem como o bom funcionamento da instituição. Empresas com uma gestão eficiente da segurança do doente são conhecidas por manter uma comunicação aberta, confiança mútua e procedimentos de trabalho transparentes, o que reduz a probabilidade de erros e melhora a segurança do doente (Shiney et al., 2023).

## PARTE II METODOLOGIA

---



## **CAPÍTULO II**

---

### **Sumário**

## **2. METODOLOGIA**

2.1- Justificação e pertinência do estudo

2.2- Questão de investigação

2.2.1- Objetivos gerais e específicos

2.3- Tipologia da investigação

2.4- Caracterização da amostra

2.5- Variáveis

2.6- População e amostra

2.7- Caracterização da amostra

2.7.1- Instrumento de recolha de dados

2.7.2- Procedimentos estatísticos

2.8- Procedimentos éticos



## 2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo, descrevemos a metodologia utilizada neste estudo empírico, incluindo as questões de investigação, os objetivos e as hipóteses delineadas, a caracterização da amostra, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos e processos de tratamento dos dados, bem como os procedimentos éticos adotados. Antes de mais, é crucial formular a questão de investigação: será que os profissionais de saúde sofrem de *burnout* e qual será o impacto desse fenómeno no equilíbrio entre a vida pessoal, o trabalho e a segurança do doente?

Dada a natureza da investigação e com o objetivo de atingir as metas estabelecidas, a abordagem metodológica escolhida para este estudo é a quantitativa. Optamos por realizar uma investigação quantitativa por ser a mais adequada em relação aos objetivos desta pesquisa. A abordagem quantitativa concentra-se na análise dos componentes de forma independente, permitindo a determinação de indicadores e tendências presentes na realidade, ou seja, utiliza dados representativos e objetivos (Mussi et al., 2019).

O instrumento selecionado para recolher os dados foi o questionário, por ser o mais adequado para estudar a problemática em análise, de acordo com os objetivos e o tipo de estudo proposto.

## **2.1. Justificação e pertinência da investigação**

Tuckman (2005) menciona que a formulação de um problema deve apresentar características que evidenciem a relação entre duas ou mais variáveis; deve ser formulado de forma clara e sem ambiguidade; deve ser formulado em forma de questão (ou em alternativa em forma de uma questão implícita); deve ser testável por métodos empíricos; ou seja, deve ser possível recolher os dados que respondam à questão formulada; não deve representar qualquer atitude moral ou ética. A presente investigação tem como justificação a abordagem da temática do efeito do *burnout* no equilíbrio trabalho-vida pessoal dos profissionais de saúde e na segurança do doente, uma questão que, apesar de já ter sido objeto de investigações significativas, permanece parcialmente desconhecida e ainda carece de esclarecimento. Nesse contexto, surge o interesse em contribuir para o avanço do conhecimento nesta área e em fornecer dados para o desenvolvimento e implementação de programas e medidas adequadas por parte das entidades governamentais e diretores hospitalares, visando a resolução deste problema. A motivação para explorar esse tema advém do conhecimento de sua relevância e impacto nos sistemas de saúde e no bem-estar dos profissionais e pacientes. Através deste estudo, pretende-se oferecer uma visão mais abrangente e aprofundada sobre a relação entre o *burnout* e os profissionais de saúde, a fim de contribuir para a formulação de estratégias eficazes de prevenção e intervenção que possam beneficiar tanto os profissionais da área da saúde quanto os pacientes que dependem de seus cuidados.

## **2.2. Questão de investigação e objetivos**

*“Um problema de investigação é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação”*, e para o qual se pretende encontrar uma solução e construir novos conhecimentos (Fortin, 2009, p. 48).

Neste sentido o problema deste estudo está focado na análise de situações relacionadas com o *burnout* entre os profissionais de saúde do sistema de saúde português, incluindo médicos, enfermeiros e assistentes operacionais. O objetivo, segundo Freixo (2010), é um conjunto de questões que define a variável-chave, a população alvo e a orientação da investigação, especificando as intenções do investigador ao longo do processo.

Assim, com base na revisão da literatura e no objetivo principal da investigação, formulou-se a seguinte questão de investigação: será que os profissionais de saúde sofrem de *burnout* e qual será o impacto desse fenómeno no equilíbrio entre a vida pessoal, o trabalho e a segurança do doente?

### **Objetivo Geral:**

O objetivo principal desta investigação é avaliar o impacto do *burnout* nos profissionais de saúde e a sua relação com o equilíbrio entre a vida pessoal e o trabalho, bem como com a segurança do doente.

### **Objetivos Específicos:**

Avaliar se existe uma relação entre o *burnout* dos médicos, enfermeiros e auxiliares e a segurança do doente.

Avaliar se existe uma relação entre o *burnout* dos médicos, enfermeiros e auxiliares e o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional desses profissionais.

## **2.3. Hipóteses de investigação**

Após uma revisão aprofundada da literatura existente e dos estudos realizados sobre a temática em questão, foi possível identificar e selecionar as variáveis consideradas relevantes para este estudo. Com base nessa seleção, formulamos hipóteses de investigação que serão testadas ao longo da investigação, com o intuito de verificar a sua validade.

As hipóteses de investigação são derivadas dos objetivos estabelecidos, do problema de investigação e da questão de investigação delineada. Elas representam suposições que serão exploradas e analisadas durante o processo de investigação, podendo ser confirmadas ou refutadas com base nos resultados obtidos.

No presente estudo, as hipóteses formuladas serão direcionadas para investigar a relação entre as variáveis independentes, como características sociodemográficas e profissionais dos profissionais de saúde, e as variáveis dependentes, como as dimensões do *burnout*, o equilíbrio entre trabalho e vida pessoal e a segurança do doente. Com base

na revisão da literatura, formulamos hipóteses que nos permitem explorar as possíveis associações e correlações entre essas variáveis, com o objetivo de obter um maior entendimento sobre o fenómeno do *burnout* e o seu impacto nos profissionais de saúde e na segurança dos pacientes.

Durante a análise dos dados recolhidos, as hipóteses serão testadas estatisticamente, permitindo-nos tirar conclusões sobre a relação entre as variáveis em estudo. Dessa forma, as hipóteses de investigação são elementos fundamentais para a construção do conhecimento e contribuem para o avanço científico na área da saúde ocupacional e do cuidado ao paciente.

As hipóteses deste estudo são:

H1: Há uma associação entre a segurança do doente e o *burnout* independentemente do profissional.

H2: Há uma associação entre o *burnout* e o balanço entre a vida profissional e pessoal dos profissionais.

H3 : A função que exerce, o tempo de exercício profissional, tipo de horário tem uma associação com o *burnout* dos profissionais.

Com base nas hipóteses equacionadas, apresenta-se o modelo concetual de investigação.

A figura 2 representa a associação que se prevê entre as variáveis.

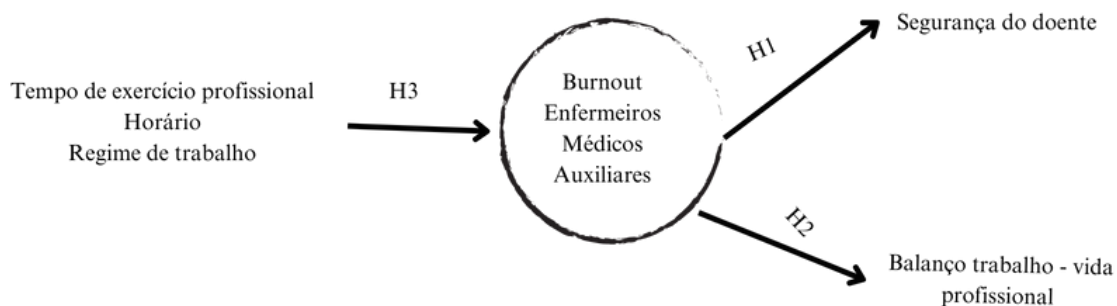


Fig.2 - Modelo conceptual.

## 2.4. Tipologia da investigação

O presente estudo enquadra-se numa abordagem metodológica transversal, de natureza quantitativa e descritivo-correlacional. Independentemente do método de investigação escolhido, seja ele qualitativo ou quantitativo, o objetivo principal é contribuir para a produção de conhecimento. O método quantitativo, conforme definido por Fortin (2009), consiste num processo metódico de recolha de informação observável e quantificável, buscando minimizar os enviesamentos nos resultados. Esta abordagem visa autenticar conhecimentos, possibilitando ainda a generalização dos resultados e a previsão e verificação de eventos futuros.

O estudo transversal foi adotado com o propósito de avaliar a frequência do surgimento de um determinado caso ou problemática numa população num dado momento específico. A recolha de dados ocorreu por meio de questionários durante um período pré-definido, compreendido entre 1 de fevereiro e 15 de junho de 2023, visando obter as informações necessárias sobre a população em estudo de forma imediatamente utilizável.

A investigação adota o estudo descritivo-correlacional, que se destaca pela exploração e identificação de ligações entre variáveis, permitindo identificar relações significativas. Essa abordagem possibilita a exploração de associações entre variáveis, contribuindo para a compreensão do fenómeno em estudo (Fortin, 2009). Ao empregar essa tipologia de investigação, pretende-se investigar a relação entre o *burnout* em profissionais de saúde, o equilíbrio trabalho vida-pessoal e o impacto na segurança do doente, com vista a estabelecer correlações relevantes para o avanço do conhecimento nessa área.

## 2.5. Variáveis

Uma variável é uma estrutura com características, qualidades ou quantidades que permitem de alguma forma descrever um fenómeno (Moroco et al., 2014). Neste estudo, as variáveis foram selecionadas criteriosamente com base na questão de investigação e nas hipóteses formuladas. As variáveis abrangem duas categorias distintas: as variáveis sociodemográficas, incluindo idade, género e nível educacional, e as variáveis profissionais, como tempo de exercício profissional, local de trabalho, função exercida,

tipo de contrato, prestação de cuidados especializados dentro da sua especialidade, tipo de horário, tempo de exercício profissional, horário de trabalho e regime de trabalho. Essas variáveis foram definidas como independentes, pois constituem os fatores que podem influenciar o fenómeno em estudo. Por outro lado, as variáveis dependentes consistem nas dimensões do *burnout*, o balanço trabalho-vida pessoal e a segurança do doente. Estas variáveis são fundamentais para a análise do impacto do *burnout* nos profissionais de saúde e na segurança dos pacientes, permitindo compreender as relações entre as variáveis independentes e os desfechos relacionados ao bem-estar dos profissionais e à qualidade do cuidado prestado aos doentes.

A seleção criteriosa dessas variáveis possibilitará a análise detalhada das associações e correlações existentes, fornecendo um panorama abrangente sobre o fenómeno do *burnout* entre os profissionais de saúde e o seu impacto nos diversos contextos profissionais. Ao investigar essas variáveis, pretende-se contribuir para o desenvolvimento de estratégias e políticas que promovam o bem-estar dos profissionais e a melhoria dos cuidados prestados aos doentes, impulsionando assim avanços significativos na área da saúde ocupacional e na segurança dos serviços de saúde.

## **2.6. População e amostra**

Segundo Fortin (1999), uma população é um conjunto de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios, quando uma população em particular é submetida a uma investigação denomina-se por população alvo, sendo que esta é definida devido a satisfazer os critérios delineados pelo investigador. Ainda a mesma autora salienta que “uma amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população” (p. 202). A população alvo deste estudo é constituída por todos os profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros e auxiliares, que trabalham em instituições de saúde em Portugal. A seleção dessa população baseou-se no critério de compartilharem características comuns relacionadas à sua profissão e ambiente de trabalho. Consequentemente, para obter os dados necessários, foi realizada uma investigação junto a esses profissionais, visando compreender o fenómeno do *burnout* e o seu impacto na segurança do doente. Quanto à amostra, um total de 198 profissionais de saúde participaram do estudo, respondendo ao questionário. Ressalva-se que a amostra utilizada foi não probabilística, ou seja, não

houve um processo de seleção aleatório dos participantes. Em vez disso, os profissionais foram selecionados com base em critérios específicos, como disponibilidade e disposição para participar voluntariamente no estudo. Esta abordagem foi adotada em função da praticidade e viabilidade de se obterem respostas dos profissionais de saúde em diferentes instituições de todo o país. De salientar que, apesar da não aleatoriedade da amostra, os resultados ainda podem fornecer *insights* valiosos sobre a questão em estudo, oferecendo uma perspectiva inicial e importante para o avanço do conhecimento nessa área crítica da saúde ocupacional.

### 2.6.1. Caracterização demográfica da amostra

A análise descritiva foi realizada para compreender as características demográficas e profissionais dos participantes da presente investigação. A Tabela 1 apresenta um resumo das distribuições percentuais das variáveis de interesse, permitindo uma visão geral das características da amostra.

Tabela 1. Caracterização demográfica da amostra referente a idade e ao género

Variáveis	N (198)	% (100%)
Idade		
18-25	20	10.1
26-36	95	48
36-45	48	24.2
>45	35	17.7
Género		
Feminino	161	81.3
Masculino	37	18.7

A faixa etária dos participantes variou significativamente. A maioria dos profissionais de saúde tinha entre 26 e 45 anos, representando aproximadamente 89.9% da amostra. Uma proporção menor (17.7%) tinha idade acima de 45 anos. A maioria dos participantes (81.3%) identificou-se como do género feminino, enquanto 18.7% eram do género masculino.

Tabela 2. Caracterização demográfica da amostra referente à profissão, local de trabalho e nível educacional

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	(198)	(100)
<b>Profissão</b>		
Enfermeiro	160	80.8
Médico	25	12.6
Auxiliar de enfermagem	13	6.6
<b>Local de trabalho</b>		
Hospital	174	87.9
Centro de Saúde	12	6.1
Consultas externas	2	1.0
Clínica privada	1	0.5
Enfermagem no trabalho	1	0.5
Centro de diálise	3	1.5
SNS 24	1	0.5
Cuidados continuados	4	2.0
<b>Nível educacional</b>		
Secundário	11	5.6
Licenciatura	142	71.7
Mestrado	44	22.2
Doutoramento	1	0.5
<b>Tempo de Trabalho</b>		
> 10 anos	108	54.5
< 10 anos	90	45.5

A profissão mais prevalente entre os participantes foi a de enfermeiro(a) (80.8%), seguida por médicos (12.6%) e auxiliares de enfermagem (6.6%). Observou-se uma ampla distribuição no nível educacional dos profissionais.

A maioria dos participantes trabalhava em hospitais (87.9%), enquanto uma parcela menor estava distribuída entre outros locais, como centros de saúde, consultas externas e clínicas privadas. A maioria possuía licenciatura (71.7%), seguida por mestrado (22.2%). Apenas uma pequena percentagem possuía doutoramento (0.5%). A distribuição do tempo de trabalho indicou que aproximadamente metade dos participantes (54.5%) possuía mais de 10 anos de experiência, enquanto 45.5% tinham menos de 10 anos de experiência.

Tabela 3. Caracterização demográfica da amostra referente ao tipo de contrato, funções em mais do que uma instituição, tipo de horário e carga horária semanal.

Variáveis	N (198)	% (100%)
Tipo de contrato		
Permanente	171	86.4
Temporário	27	13.6
Exerce funções em mais do que uma instituição		
Sim	64	32.3
Não	134	67.7
Tipo de horário		
Fixo	36	18.2
Rotativo	162	81.8
Carga horária semanal		
>40 h	67	3.8
> 35 h	131	66.2

A distribuição de tipos de horário era variada, com 81.8% dos participantes relatando horários rotativos e 18.2% com horários fixos. Cerca de um terço dos participantes (32.3%) afirmou exercer funções em mais de uma instituição, enquanto a maioria (67.7%) trabalhava em uma única instituição.

A maioria dos profissionais (66.2%) trabalhava mais de 35 horas por semana, com 33.8% relatando uma carga horária superior a 40 horas semanais.

A análise descritiva fornece um panorama das características dos participantes em relação às variáveis demográficas e profissionais. Estes *insights* iniciais serão a base para análises mais aprofundadas que serão realizadas posteriormente neste estudo.

A grande maioria dos profissionais tinha contratos permanentes (86.4%), enquanto um percentual menor tinha contratos temporários (13.6%).

## 2.7 Instrumento de recolha de dados

Segundo Fortin (1999), a natureza do problema de investigação determina o tipo de método de recolha de dados que se deve utilizar, e vem em função das variáveis que

se pretendem estudar. Para a recolha de dados, foram desenvolvidos questionários específicos, divididos em duas partes distintas. Na primeira parte, foram destacados dados sociodemográficos do participante, como género, idade, nível educacional, local de trabalho, tipo de contrato, tipo de horário, se exerce funções em outras instituições, tempo de funções, profissão e carga horária semanal. A segunda parte do questionário concentrou-se na avaliação do *burnout* no local de trabalho. Para medir essa síndrome, independentemente das características ocupacionais da amostra, utilizou-se o Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey - HSS, versão portuguesa traduzida e cedida por Marques-Pinto (2009), sendo esta uma escala amplamente utilizada para investigações com a população portuguesa. A cultura da segurança do doente foi avaliada através de alguns domínios da escala HSOPSC, da agência de regulação de investigação e qualidade na saúde, devidamente traduzida e validada para Portugal. Cada dimensão foi avaliada por uma escala de 5 pontos de Likert, variando de 1 (concordo totalmente) a 5 (discordo totalmente). A avaliação do equilíbrio trabalho-vida pessoal baseou-se em 8 questões, adaptadas do questionário da Universidade de atividades e comportamento desenvolvido por (Sexton et al., 2016).

Para garantir a credibilidade do instrumento de recolha de dados, foram aplicadas várias técnicas, seguindo a recomendação de Gil (2008). Neste estudo, foi determinado o nível de consistência interna por meio do *Alpha de Cronbach*, que permitiu avaliar a equivalência das escalas utilizadas para medir os conceitos em questão (Fortin, 2009). Conforme enfatizado por Hill e Hill (2016), este cálculo é essencial para garantir a fiabilidade do instrumento, pois não se pode confiar em medidas que não possuam uma consistência interna adequada para o estudo. Assim, o valor do *Alpha de Cronbach*, quanto mais alto, indica maior consistência interna do instrumento. Seguindo as orientações desses autores, buscou-se alcançar o maior valor possível de *Alpha de Cronbach* para assegurar a fiabilidade das medidas utilizadas.

Tabela 4. Estatísticas de consistência interna para as dimensões da Escala MBI - Maslach Burnout Inventory

DIMENSÃO	N items	Alpha de Cronbach
Dim 1 - Exaustão emocional	8	0.92
Dim 2 - Despersonalização	5	0.74
Dim 3 - Realização profissional	7	0.87

Nesta amostra, a consistência interna das dimensões “Dimensão 1. Exaustão Emocional” ( $\alpha=0,92$ ) e “Dimensão 3. Realização Pessoal” ( $\alpha=0,87$ ) é adequada (coeficiente superior a 0,80) e da “Dimensão 2. Despersonalização” ( $\alpha=0,74$ ) é aceitável (coeficiente entre 0,60 e 0,80).

Tabela 5. Estatísticas de consistência interna para as dimensões para a escala da segurança no trabalho

DIMENSÃO	N items	Alpha de Cronbach
Segurança no trabalho	13	0.731

Nesta amostra, a consistência interna da escala da segurança no trabalho ( $\alpha=0,73$ ) é aceitável (coeficiente entre 0,60 e 0,80).

Tabela 6. Estatísticas de consistência interna para a escala balanço trabalho - vida pessoal

DIMENSÃO	N items	Alpha de Cronbach
Balanco trabalho vida pessoal	8	0.828

Nesta amostra, a consistência interna da escala da segurança no trabalho ( $\alpha=0,82$ ) é adequada (coeficiente superior a 0,80).

## **2.8 Procedimentos éticos e legais**

A realização de um estudo de investigação junto da população requer uma consideração cuidadosa dos aspetos morais e éticos envolvidos. Diante da complexidade do comportamento humano, foram estabelecidas leis e normas regidas por um conjunto de valores para orientar julgamentos em relação às atitudes e comportamentos individuais e coletivos. Com o objetivo de garantir a integridade e o respeito holístico de cada indivíduo, foram desenvolvidos códigos de ética a nível nacional e internacional, destinados a orientar o processo de investigação com a população (Fortin, 1999).

Para assegurar o respeito pelos princípios éticos e morais, cada participante selecionado para o estudo teve o direito de decidir livremente se desejava participar ou não. Além disso, os participantes foram informados sobre as características e objetivos da investigação, garantindo o consentimento esclarecido.

Outra salvaguarda essencial foi o cumprimento rigoroso da privacidade dos participantes. Cada indivíduo teve o direito de optar por não divulgar sua informação pessoal e o respeito à confidencialidade de cada participante foi mantido, garantindo que o questionário fosse tratado de forma anónima (Meireles, 2007). Essas medidas foram adotadas para garantir que os direitos e a dignidade dos participantes fossem protegidos ao longo de todo o processo de investigação, cumprindo integralmente com os princípios éticos e legais aplicáveis a este estudo.

## **3 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **3.1. Análise descritiva**

Em relação à função do profissional de saúde, a maioria são enfermeiros com uma percentagem de 80.8%, o tipo de horário predominante é o rotativo. O tempo de trabalho está equilibrado, havendo uma maioria no tempo de trabalho superior a 10 anos.

Tabela 7. Caracterização profissional da amostra

<b>Variáveis</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
		(198)	100
<b>Profissão</b>	Enfermeiro	160	80.8
	Médico	25	12.6
	Auxiliar de enfermagem	13	6.6
<b>Tipo de horário</b>	Fixo	36	18.2
	Rotativo	162	81.8
<b>Tempo de Trabalho</b>			
	> 10 anos	108	90
	< 10 anos	54.5	45.5

Em termos globais para as 3 dimensões, na tabela 8, encontram-se representadas as estatísticas, que revelam que, em média, os profissionais apresentam níveis moderados de exaustão profissional, despersonalização e realização pessoal, no entanto há uma variação significativa nas respostas individuais. A média da dimensão exaustão emocional (2.64) indica que os participantes apresentam um nível moderado de exaustão emocional, com um desvio padrão de 0.85, sugerindo uma certa variabilidade nas respostas. Podendo isto indicar que uns profissionais estão a vivenciar maiores níveis de exaustão emocional que outros. Na dimensão despersonalização a média (2.13), sugere um nível moderado de despersonalização entre os profissionais, o desvio padrão de 0.75 indica que, embora a maioria dos participantes esteja na faixa média, alguns apresentam pontuações muito altas e outros muito baixas. Para a dimensão realização pessoal, a média apresentada é de (3.00), estes valores sugerem que em média, os participantes apresentam uma sensação moderada de realização pessoal. O desvio padrão de 0.72 indica uma certa variabilidade nas respostas, com alguns profissionais a sentirem-se mais realizados que outros.

Tabela 8. Estatísticas relativas ao score das dimensões de *burnout*.

	N	Min	Max	M	DP
Dimensão 1. Exaustão emocional	198	1.13	5.00	2.64	0.85
Dimensão 2. Despersonalização	198	1.00	5.00	2.13	0.75
Dimensão 3. Realização pessoal	198	1.43	4.57	3.00	0.72

Em relação a escala de segurança no trabalho, a análise representada na tabela 9, indica que em média os profissionais têm uma percepção moderada de segurança no trabalho. No entanto, a variação das respostas é relativamente baixa, sugerindo uma consistência geral nas percepções dos profissionais em relação a esta dimensão.

Tabela 9. Estatísticas relativas ao score da escala de segurança no trabalho

	N	Min	Max	M	DP
Dimensão Segurança no trabalho	198	1.54	4.46	2.81	0.54

Na tabela 10 podemos constatar que para a escala na dimensão balanço trabalho-vida pessoal, que em média (2.86) os profissionais têm uma percepção do balanço trabalho-vida pessoal equilibrada, com tendência para o desequilíbrio, uma vez que está abaixo do ponto médio. O desvio padrão (0.78) é relativamente baixo, o que indica que as pontuações tendem a estar mais próximas da média, sugerindo uma certa consistência nas respostas.

Tabela 10. Estatísticas relativas ao score da escala de balanço trabalho-vida

	N	Min	Max	M	DP
Dimensão balanço trabalho vida	198	1.00	4.88	2.86	0.798

### 3.2 Análise inferencial

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos à abordagem inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procedemos assim à verificação da validade das hipóteses, associando algumas das variáveis independentes em investigação, à variável dependente.

Com a finalidade de saber quais os fatores que influenciam os níveis de *burnout* em cada uma das suas dimensões, foram formuladas as hipóteses apresentadas em seguida, analisando a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em análise.

#### Hipótese A

**H0: A segurança do doente não está associada ao *burnout* dos profissionais.**

**H1: A segurança não está associada ao *burnout* dos profissionais.**

Para determinar se a segurança do doente está associada ao *burnout* dos profissionais, desenvolvemos um teste de correlação de Pearson, verificando-se correlações entre a segurança no trabalho e as três dimensões do *burnout*, rejeitando a hipótese H0 ( $p > 0.05$ ) (cf. tabela 11).

Tabela 11. Correlação de Pearson, relacionando a segurança do doente com o *burnout* dos profissionais

N= 198	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal
Segurança no trabalho	.280***	0.348***	0.472***

\*\*\*  $p < 0.001$

## Hipótese B

**H0: O balanço trabalho-vida pessoal não está associado ao *burnout* dos profissionais.**

**H1: O balanço trabalho-vida pessoal está associado ao *burnout* dos profissionais.**

Para determinar se o balanço trabalho-vida pessoal está associado ao *burnout* dos profissionais, desenvolvemos um teste de correlação de Pearson, verificando-se correlações significativas entre o balanço trabalho-vida pessoal e todas as dimensões da escala de burnout ( $p < 0.05$ ). No caso da exaustão emocional e despersonalização a correlação é positiva, há uma relação direta, no caso da realização pessoal a correlação é negativa, quando o balanço trabalho vida-pessoal aumenta, a realização pessoal diminui (cf. tabela 12).

Tabela 12. Correlação de Pearson, relacionando o balanço trabalho-vida pessoal com *oburnout* dos profissionais.

N=198	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal
Balanço trabalho vida pessoal	.385***	0.209 **	-0.186 **

\*\*\*  $p < 0.001$     \*\*  $p < 0.01$

## Hipótese C

**H0: A função que exerce, o tempo de exercício profissional, tipo de horário não tem uma associação com o *burnout* dos profissionais.**

**H1: A função que exerce, o tempo de exercício profissional, tipo de horário estão associadas com o *burnout* dos profissionais.**

Para determinar se a função que o profissional exerce está associada ao *burnout* dos profissionais, desenvolvemos um teste de ANOVA.

O teste da homogeneidade das variáveis demonstra uma significância superior a 86% para a dimensão despersonalização, superior a 23% na realização pessoal e 21% na exaustão emocional permite-nos concluir que existe uma homogeneidade de variâncias.

O teste de ANOVA permitiu concluir que, a classe médica tende a apresentar níveis de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal superior em relação aos enfermeiros e auxiliares. O desvio padrão demonstra uma variabilidade dentro dos grupos, podendo alguns profissionais estarem a experienciar níveis de *burnout* mais altos que outros (c.f. tabela 13).

Tabela 13. Relação entre a função dos profissionais e as dimensões do *burnout*.

	Enfermeiro		Médico		Auxiliar		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
<b>Exaustão emocional</b>	2.61	0.83	2.80	0.91	2.68	0.58	0.54
<b>Despersonalização</b>	2.11	0.74	2.24	0.84	2.13	0.69	0.35
<b>Realização pessoal</b>	2.97	0.70	3.20	0.79	2.92	0.87	1.17

Para determinar se o tipo de horário está associado ao *burnout* dos profissionais, desenvolvemos o teste T student. A média da exaustão emocional para profissionais com horário rotativo é ligeiramente mais alta, com 2.66, sendo o desvio padrão, que representa a dispersão da exaustão emocional entre as duas classes mais baixo do que no horário fixo. O teste preliminar de igualdade, permite aceitar a igualdade das variâncias entre as duas classes, visto a significância do teste T ser superior a 5%. Relativamente à relação da despersonalização com o tipo de horário concluímos que a média é mais alta para a classe com horário rotativo. O teste preliminar de igualdade, permite aceitar a igualdade da variância entre as duas classes, visto a significância do teste T ser superior a 5%. A despersonalização é superior para os profissionais com horários rotativos. Relativamente à relação entre o tipo de horário de trabalho dos profissionais e a dimensão realização profissional, a média dos trabalhadores com horário fixo é mais alta (3.13) acompanhada pelo desvio padrão de 0.81. O teste preliminar de igualdade, permite aceitar a igualdade

da variância entre as duas classes, visto a significância do teste T ser superior a 5%. Podemos então concluir que a realização pessoal é superior nos profissionais que trabalham em horário fixo.

Tabela 14. Relação entre o tipo de horário e as dimensões do *burnout*.

	Fixo		Rotativo		Teste T	p
	M	DP	M	DP		
Exaustão emocional	2.57	0.91	2.66	0.84	-0.52	0.54
Despersonalização	2.02	0.77	2.15	0.75	-0.88	0.58
Realização pessoal	3.13	0.812	2.97	0.70	1.12	0.08

Para testar se o tempo de trabalho (em anos) está relacionado com o *burnout* dos profissionais utilizamos uma correlação de Pearson, tendo-se verificado uma correlação forte entre a dimensão despersonalização e o tempo de trabalho, com uma significância de 5% e um  $r = 0.2$  o que nos permite inferir que à medida que aumenta o tempo de trabalho (em anos) aumenta o nível de Despersonalização (c.f. tabela 15).

Tabela 15. Relação entre o tempo de trabalho (em anos) e as dimensões do *burnout*.

N=198	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal
Tempo de trabalho (em anos)	0.121	0.200**	0.027

\*\*  $p < 0.01$

#### **4 - Análise do Modelo de Investigação com Equações Estruturais**

Os Modelos de Equações Estruturais utilizam modelos de relações lineares entre variáveis, quer sejam medidas ou construtos latentes, para a análise confirmatória de hipóteses de investigação (Kline, 1998), devendo a dimensão da amostra ser 5 a 10 vezes superior ao número de parâmetros estimados (Bentler & Chou, 1987), o que sucede no caso em estudo.

Para a aplicação destes modelos ao estudo de relações teóricas entre variáveis, é necessário, de acordo com Hair et al. (1998), verificar se os itens são relevantes, significativos e consistentes para medir os construtos, permitindo concluir sobre a sua validade, para depois verificar as hipóteses de investigação. Utiliza-se um modelo refletivo (a relação de causalidade vai do construto para os indicadores), pois os construtos são o conceito que determina a variação nos itens medidos.

##### **4.1. Modelo Estrutural**

Em virtude de se observarem vários indicadores não significativos no modelo global, foram testados vários modelos, eliminando consecutivamente em cada um deles os indicadores não significativos na escala de Satisfação no Trabalho ST04, ST07, ST08, ST09, ST010, ST12 e ST13, até se obter um modelo com todos os indicadores significativos. Além desta metodologia, procedeu-se também ao cálculo dos índices de modificação, que permitem determinar termos de erro para os quais podem ser introduzidas correlações globalmente no modelo estrutural, com o objetivo de melhorar a qualidade de ajustamento.

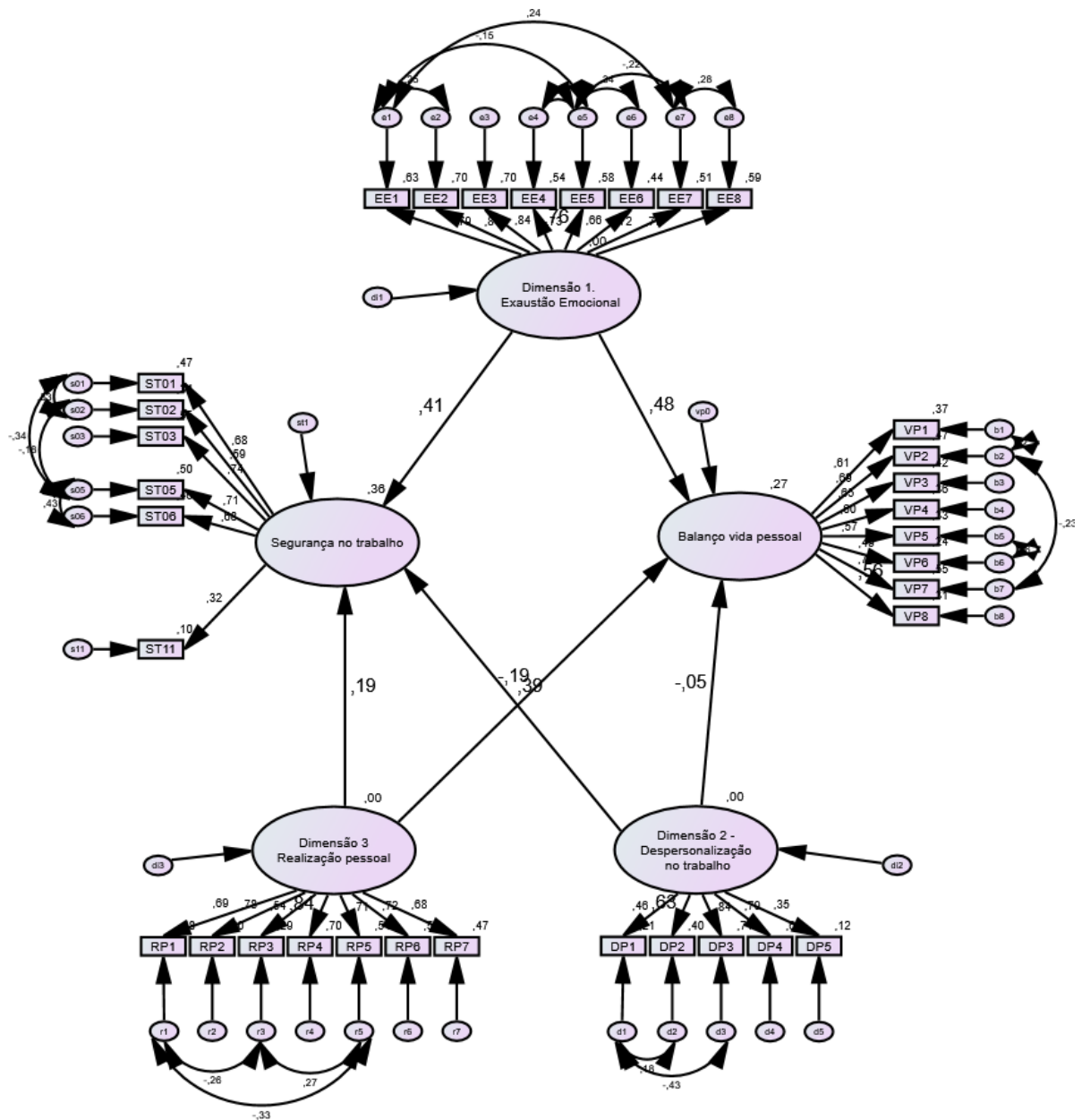


Figura 3. Estimativas estandardizadas para o Modelo Estrutural

Tabela 16. Saturações dos itens nas escalas e dimensões do modelo

Dimensão	Item	Saturações Estandarizadas	Erro padrão	Teste t	p
Escala de					
Dimensão 1. Exaustão Emocional	EE1	0,791	0,059	12,788	*** <0,001
	EE2	0,839	0,061	14,101	*** <0,001
	EE3	0,837	0,064	14,105	*** <0,001
	EE4	0,731	0,064	11,533	*** <0,001
	EE5	0,764	0,058	12,18	*** <0,001
	EE6	0,661	0,075	10,076	*** <0,001
	EE7	0,716	0,077	11,132	*** <0,001
	EE8	0,768	0,07	12,376	*** <0,001
Dimensão 2. Despersonalização	DP1	0,46	0,093	5,571	*** <0,001
	DP2	0,629	0,063	9,028	*** <0,001
	DP3	0,845	0,077	12,788	*** <0,001
	DP4	0,793	0,078	11,954	*** <0,001
	DP5	0,346	0,071	4,664	*** <0,001
Dimensão 3. Realização pessoal	RP1	0,69	0,062	10,447	*** <0,001
	RP2	0,776	0,063	12,512	*** <0,001
	RP3	0,543	0,064	7,705	*** <0,001
	RP4	0,838	0,059	14,017	*** <0,001
	RP5	0,715	0,06	10,954	*** <0,001
	RP6	0,715	0,068	11,151	*** <0,001
	RP7	0,682	0,058	10,468	*** <0,001
Escala de Segurança no trabalho	ST01	0,684	0,066	8,814	*** <0,001
	ST02	0,586	0,078	7,394	*** <0,001
	ST03	0,739	0,072	10,08	*** <0,001
	ST05	0,709	0,075	8,595	*** <0,001
	ST06	0,677	0,073	8,771	*** <0,001
	ST11	0,324	0,076	4,201	*** <0,001
Balanço vida pessoal	VP1	0,608	0,073	8,333	*** <0,001
	VP2	0,687	0,064	9,363	*** <0,001
	VP3	0,647	0,074	9,142	*** <0,001
	VP4	0,599	0,073	8,354	*** <0,001
	VP5	0,573	0,077	7,925	*** <0,001
	VP6	0,492	0,078	6,661	*** <0,001
	VP7	0,744	0,07	10,54	*** <0,001
	VP8	0,559	0,077	7,722	*** <0,001

\*\*\* p<0,001

Todos os resultados relativos às saturações dos indicadores são estatisticamente significativos (p<0,001) para as dimensões e escalas do modelo.

Tabela 17. Critérios de validação das escalas e dimensões do modelo

Escalas e Dimensões	Itens	Média das saturações fatoriais	Consistência interna	Fiabilidade composta	Proporção da variância extraída
<b>Escala de Burnout</b>					
Dimensão 1. Exaustão Emocional	8	0,763	0,92	0,998	0,586
Dimensão 2. Despersonalização	5	0,615	0,745	0,968	0,414
Dimensão 3. Realização pessoal	7	0,708	0,872	0,994	0,509
Escala de Segurança no trabalho	6	0,62	0,817	0,982	0,404
Balçoço vida pessoal	8	0,614	0,828	0,992	0,382

As médias das saturações fatoriais para cada dimensão são superiores ao valor referência (0,500) pelo que existe validade convergente; os valores da consistência interna são superiores a 0,70 e da fiabilidade composta são superiores a 0,80 (valores de referência), pelo que se verifica a fiabilidade de cada dimensão; e a variância extraída apresenta valores superiores ou próximos do valor desejável de 0,50. Portanto, as escalas e as dimensões construídas neste modelo global podem ser utilizadas no Modelo Estrutural. O modelo utiliza o método de máxima verossimilhança (MLE – Maximum Likelihood Estimator) que exige que os dados cumpram o requisito da normalidade que garante a validade do modelo (Arbuckle & Wothke, 2003), o que foi verificado para este estudo, pois os rácios críticos de assimetria e de curtose são inferiores ao valor absoluto de três, que é utilizado como referência, para a quase totalidade dos indicadores do modelo.

A validade convergente das escalas é ainda confirmada pela verificação de saturações positivas e estatisticamente significativas entre as dimensões e a escala de segunda ordem.

Tabela 18. Coeficientes de determinação múltiplos

Dimensão	R <sup>2</sup>
Escala de segurança no trabalho	,270
Balanço trabalho vida-pessoal	,364

Os coeficientes de determinação múltiplos indicam a proporção da variação da escala de segurança no trabalho e da escala de balanço trabalho - vida pessoal explicada pelas variáveis que as antecedem no modelo global.

Tab 19. Análise das saturações para verificação das hipóteses com o modelo estrutural

Hipótese	Escala	Dimensões	Saturações Estandarizadas	Erro		
				padrão	Teste t	p
H1	Escala de Segurança no trabalho	Dimensão 1. Exaustão Emocional	0,415	0,102	5,092	*** <0,001
H2	Escala de Segurança no trabalho	Dimensão 2. Despersonalização	0,393	0,104	4,737	*** <0,001
H3	Escala de Segurança no trabalho	Dimensão 3. Realização pessoal	0,193	0,093	2,61	** 0,009
H4	Balanço vida pessoal	Dimensão 1. Exaustão Emocional	0,479	0,098	5,693	*** <0,001
H5	Balanço vida pessoal	Dimensão 2. Despersonalização	-0,051	0,087	0,682	- 0,495
H6	Balanço vida pessoal	Dimensão 3. Realização pessoal	-0,195	0,088	2,588	- * 0,010

\* p<0,05

\*\* p<0,01

\*\*\* p<0,001

### Análise das Hipóteses

***H1. A “Dimensão 1. Exaustão Emocional” da MBI influencia a Segurança no trabalho.***

A relação apresenta um coeficiente estandardizado positivo e estatisticamente significativo ( $\beta=0,415$ ,  $p<0,001$ ), pelo que a um aumento da “Dimensão 1. Exaustão

Emocional” corresponde um aumento significativo da “Segurança no trabalho”, portanto podemos concluir que se verifica a Hipótese H1.

***H2. A “Dimensão 2. Despersonalização” da MBI influencia a Segurança no trabalho.***

A relação apresenta um coeficiente estandardizado positivo e estatisticamente significativo ( $\beta=0,393$ ,  $p<0,001$ ), pelo que a um aumento da “Dimensão 2. Despersonalização” corresponde um aumento significativo da “Segurança no trabalho”, verifica-se a Hipótese H2.

***H3. A “Dimensão 3. Realização pessoal” da MBI influencia a Segurança no trabalho.***

A relação apresenta um coeficiente estandardizado positivo e estatisticamente significativo ( $\beta=0,193$ ,  $p=0,009$ ), pelo que a um aumento da “Dimensão 3. Realização pessoal” corresponde um aumento significativo da “Segurança no trabalho”, verifica-se a Hipótese H3.

***H4. A “Dimensão 1. Exaustão Emocional” da MBI influencia o Balanço vida pessoal.***

A relação apresenta um coeficiente estandardizado positivo e estatisticamente significativo ( $\beta=0,479$ ,  $p<0,001$ ), pelo que a um aumento da “Dimensão 1. Exaustão Emocional” corresponde um aumento significativo do “Balanço vida pessoal”, portanto podemos concluir que se verifica a Hipótese H4.

***H5. A “Dimensão 2. Despersonalização” da MBI influencia o Balanço vida pessoal.***

A relação apresenta um coeficiente que não é estatisticamente significativo ( $p=0,495$ ), pelo que a variação da “Dimensão 2. Despersonalização” não está associada a uma variação significativa do “Balanço vida pessoal”, conclui-se que não se verifica a Hipótese H5.

***H6. A “Dimensão 3. Realização pessoal” da MBI influencia o Balanço vida pessoal.***

A relação apresenta um coeficiente estandardizado negativo e estatisticamente significativo ( $\beta=-0,195$ ,  $p=0,010$ ), pelo que a um aumento da “Dimensão 3. Realização

peçoal” corresponde uma diminuição significativa do “Balanço vida peçoal”, verifica-se a Hipótese H6, mas a relação é inversa.

Nota: quanto maior o valor do coeficiente estandardizado, mais forte é a relação entre as variáveis cuja relação é analisada.

Tabela 20. Ajustamento do modelo estrutural

$\chi^2/g.l$	CFI	RMSEA	NFI
2,048	0,851	0,073	0,749

CFI – Comparative fit index; RMSEA – Root mean square error of approximation; NFI – Normed of fit index.

As medidas indicam um ajustamento global do modelo recomendado, se tivermos em conta o Qui-quadrado/g.l. ( $\chi^2/g.l.=2,048 < 5$ ), o CFI (CFI=0,851 > 0,80) e o RMSEA (RMSEA=0,073 < 0,08), e um ajustamento inferior ao desejável apenas considerando o NFI (NFI=0,749 < 0,80).

Os índices de ajustamento utilizados são justificados por Kline (1998: 130), Thompson (2000: 270-71) e Hooper, Coughlan, & Mullen (2008), pois são índices pouco sensíveis à dimensão da amostra, má especificação do modelo e estimativas dos parâmetros.

## 5 - Discussão de resultados

A presente investigação foi realizada com uma amostra de 198 enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem de Portugal continental e ilhas, sendo maioritariamente do género feminino (81,3%), com predomínio da faixa etária dos 26-36 anos (48%), a maioria trabalha em ambiente hospitalar (87.9%), possui uma licenciatura (71.7%) e trabalha a menos de 10 anos (54.5%).

A revisão bibliográfica revelou consistentemente que os profissionais de saúde enfrentam níveis significativamente elevados de stress relacionado ao trabalho e diversos fatores de stress psicológico que podem culminar no desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Múltiplas revisões sistemáticas e meta-análises documentaram que os

enfermeiros, em particular, sofrem de níveis moderados a elevados de *síndrome de burnout* (Sultana et al., 2021).

A revisão sistemática de Rodrigues et al. (2017) destaca como a sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem pode levar a uma prestação de serviços deficientes e ao aumento da frequência de incidentes clínicos. Isso sugere que o *burnout* entre os enfermeiros está diretamente relacionado com a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos pacientes.

Além disso, os resultados de Hall et al. (2022) revelam uma associação entre o *burnout* e erros médicos, enfatizando ainda mais a importância de abordar o *burnout* como um fator crítico que pode comprometer a segurança do paciente. O fato de que o *burnout* aumenta a probabilidade de erros médicos destaca a necessidade de medidas de prevenção e intervenção para reduzir o risco associado ao *burnout*.

A meta-análise de Hodkinson et al. (2022) acrescenta informações valiosas, destacando que o aumento do *burnout* está relacionado a uma maior despersonalização nos clínicos, especialmente na faixa etária mais jovem (20-30 anos). Além disso, a associação do *burnout* com a realização pessoal é maior em ambiente hospitalar, corroborando com a nossa primeira hipótese da investigação, em que se constatou que a segurança no trabalho é influenciada pelo *burnout*.

Relativamente à segunda hipótese de investigação, os resultados obtidos indicam que a dimensão exaustão emocional tem uma influência direta no equilíbrio balanço trabalho - vida pessoal e que a dimensão realização pessoal tem uma relação inversa. Também Rhéaume (2022) concluiu no seu estudo, que enfermeiras mais novas estão mais predispostas a um desequilíbrio do balanço trabalho-vida pessoal, levando à exaustão emocional, podendo os turnos rotativos ser um dos fatores que leva a falta de vida social.

Na análise da terceira hipótese concluímos que a classe médica apresenta maiores níveis de *burnout*, relativamente aos dois restantes profissionais, a exaustão emocional e despersonalização são mais altas para os profissionais com horário rotativo e a despersonalização aumenta com o aumento dos anos de serviço. Fitzpatrick et al. (2019) no seu estudo transversal concluiu que existe 75% mais prevalência de *burnout* em médicos internos do que na população geral, aumentando quando passam de estudantes para o internato. Gu et al. (2023) concluiu no seu estudo que os níveis de *burnout* são maiores em profissionais com horários rotativos, especialmente em profissionais com horários mais irregulares, o *burnout* foi atribuído à falta de horas de sono ou depressão, e mau ambiente laboral.

Conforme descrito por Rahman (2022), na sua investigação, os profissionais que obtiveram melhores resultados foram aqueles que utilizaram estratégias para enfrentar o *stress* e a ansiedade decorrente da pandemia de COVID-19, entre elas, o recurso à meditação, à prática regular de atividade física associada a hábitos de alimentação saudável, e à abstração das notícias e acontecimentos relacionados com a COVID-19, entre outras estratégias. Tendo isto em vista, de forma a preservar a saúde mental destes profissionais, torna-se obrigatória a criação de condições laborais favoráveis e que beneficiem a humanização dos cuidados ao doente.



## Conclusão

Os resultados deste estudo permitiram dar uma resposta aos objectivos do estudo e confirmar as hipóteses formuladas, concluindo que o burnout dos profissionais de saúde que participaram no estudo, tem implicações profundas na segurança do cliente e no equilíbrio do trabalho vida-pessoal dos profissionais de saúde. Permite também concluir que há um maior índice de *burnout* na classe médica, em profissionais com horário rotativo e que a despersonalização aumenta com os anos de serviço, a exaustão emocional tem uma relação directa com o balanço trabalho vida-pessoal e a realização pessoal uma relação inversa.

A exaustão emocional e o stress crónico emergem como obstáculos significativos, tornando complexa a conciliação entre as responsabilidades profissionais e a esfera pessoal. Esta dificuldade contribui não apenas para a diminuição da satisfação no trabalho, mas também para o surgimento de problemas de saúde mental e desafios nas relações pessoais.

A temática do *burnout* está longe de ser uma preocupação exclusiva dos profissionais de saúde, demonstrando haver impactos tangíveis nos pacientes. Profissionais que enfrentam esgotamento emocional e sobrecarga estão menos aptos a proporcionar cuidados de alta qualidade e segurança. Nesse sentido, a promoção do bem-estar dos profissionais de saúde transcende o âmbito pessoal, configurando-se como uma estratégia crucial para aprimorar a qualidade dos cuidados de saúde.

Os efeitos do *burnout*, conforme observado entre os médicos e enfermeiros participantes deste estudo, reforçam de forma significativa a importância da segurança do paciente e no equilíbrio entre a vida profissional e pessoal. A resolução desse desafio exige esforços concertados por parte das instituições de saúde, gestores de recursos humanos e dos próprios profissionais de saúde.

Num cenário em que a escassez de profissionais de saúde é uma realidade em expansão, é imprudente negligenciar a urgência de melhorar as condições de trabalho desses profissionais. Torna-se, portanto, imperativo fomentar um ambiente laboral saudável e disponibilizar recursos para lidar com o stress e o *burnout*, garantindo assim a segurança dos pacientes e o bem-estar dos profissionais de saúde.

Contudo, é vital reconhecer que as conclusões desta investigação necessitam de validação através de pesquisas adicionais. A realização de estudos mais abrangentes, contemplando diferentes contextos como o pessoal, familiar, profissional e condições de trabalho, é imperativa. A implementação de medidas preventivas contra a síndrome de *burnout* emerge como uma contribuição essencial para o funcionamento eficiente das organizações, reduzindo atestados médicos, absentismo e conflitos interpessoais no local de trabalho. Os resultados delineados entre as dimensões do burnout e as variáveis sociodemográficas podem orientar estratégias no âmbito da gestão estratégica de recursos humanos, capacitando os gestores a definir ações que contrariem as consequências desta complexa síndrome.

Para investigações futuras, sugerimos a realização de estudos adicionais sobre a síndrome de *burnout*, explorando diversos contextos profissionais. Desta forma teremos uma compreensão mais abrangente do tema, culminando na criação de estratégias, soluções, mecanismos e processos para mitigar o impacto negativo do *burnout*, tanto no indivíduo quanto na organização.

Propomos ainda estudos que estabeleçam relações entre o *burnout* e a motivação e as estratégias de gestão do mesmo, variáveis que a literatura atual reconhece como possíveis fatores de prevenção.

## Bibliografia

- Abdirahman, H., Najeemdeen, I., Abidemi, B., & Ahmad, R. (2020). The Relationship between Job Satisfaction, Work-Life Balance and Organizational Commitment on Employee Performance. *ADVANCES IN BUSINESS RESEARCH INTERNATIONAL JOURNAL*, 4(1), 42-52. <https://doi.org/110.24191/abrij.v4i1.10081>
- Andrade, L. E. L. de, Melo, L. O. M. de, Silva, I. G. da, Souza, R. M. de, Lima, A. L. B. de, Freitas, M. R. de, ... Gama, Z. A. da S. (2017). Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. *Epidemiologia e Servicos de Saude : Revista Do Sistema Unico de Saude Do Brasil*, 26(3), 455–468. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300004>
- Arbuckle, J., & Wothke, W. (2003). *AMOS 5.0: User's guide*. IL: Smallwaters Corporation
- Bataineh, K. adnan. (2019). Impact of Work-Life Balance, Happiness at Work, on Employee Performance. *International Business Research*, 12(2), 99. <https://doi.org/10.5539/ibr.v12n2p99>
- Bentler, P., & Chou, C. (1987). Practical issues in structural equation modeling. *Sociological Methods and Research*, 16, 78-117.
- Bridgeman, P. J., Bridgeman, M. B., & Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *The Bulletin of the American Society of Hospital Pharmacists*, 75(3), 147-152. <https://doi.org/10.2146/ajhp170460>
- Cao, Y., Gao, L., Fan, L., Jiao, M., Li, Y., & Ma, Y. (2022). The Influence of Emotional Intelligence on Job Burnout of Healthcare Workers and Mediating Role of Workplace Violence: A Cross Sectional Study. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.892421>
- Chambel, M. & Pinto, A. (2008). Abordagens teóricas no estudo do burnout e do engajement. In A. Pinto & M. Chambel (orgs.). *Burnout e engagement em contexto organizacional* (pp. 53-85). Livros Horizonte.
- Curado, M. A. S., Teles, J., & Marôco, J. (2014). Analysis of variables that are not directly observable: Influence on decision-making during the research process. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 48(1), 146–152. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100019>
- Costa & Pinto. (2017). Stress, Burnout and Coping in Health Professionals: A Literature Review. *Journal of Psychology and Brain Studies*, 1(1), 1–8. Retrieved from <https://cutt.us/JZYJB>.
- Dall’Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M., & Aiken, L. H. (2015). Association of 12 h shifts and nurses’ job satisfaction, burnout and intention to leave: Findings

from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open*, 5(9).  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008331>

Delbrouck, M. (2006). Síndrome de Exaustão (burnout). Climepsi Editores.

da Silva, J. L. L., Dias, A. C., & Teixeira, L. R. (2012). Discussão sobre as causas da Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. *Aquichán*, 12(2), 144-159.

Dousin, O., Collins, N., & Kler, B. K. (2019). Work-life balance, employee job performance and satisfaction among doctors and nurses in Malaysia. *International Journal of Human Resource Studies*, 9(4), 306-319.  
<https://doi.org/10.5296/ijhrs.v9i4.15697>

Dousin, O., Collins, N., & Kler, B. K. (2022). The experience of work-life balance for women doctors and nurses in Malaysia. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 60(2), 362-380.  
<https://doi.org/10.1111/1744-7941.12282>

Esther, K., Dizaho, Rohani, S., & Azrai, A. (2017). *Achieveing Work Life Balance Through Flexible Work Schedules and Arrangements. An International Journal* (Vol. 9, p. 456)

Emslie, C., & Hunt, K. (2009). “Live to work” or “work to live”? A qualitative study of gender and work-life balance among men and women in mid-life. *Gender, Work and Organization*, 16(1), 151–172. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2008.00434.x>

Faustino, R.I.A. (2022). Burnout nos Enfermeiros a Exercer no Setor Público e no Setor Privado, em Contexto de Pandemia por Covid-19 [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Gestão e das Organizações de Saúde. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/40102>

Fitzpatrick, O., Biesma, R., Conroy, R. M., & McGarvey, A. (2019). Prevalence and relationship between burnout and depression in our future doctors: a cross-sectional study in a cohort of preclinical and clinical medical students in Ireland. *BMJ open*, 9(4), e023297.

França, T. L. B. de, Oliveira, A. C. B. de L., Lima, L. F., Melo, J. K. F. de, & Silva, R. A. R. da. (2014). Burnout syndrome: characteristics, diagnosis, risk factors and prevention. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 8(10), 3539–3546. Retrieved from <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10087>

Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J Soc Issues*. 1974; 30:159-65.  
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

Freixo, M. J. (2010). Metodologia Científica - Fundamentos, Métodos e Técnicas. 2a Edição. Instituto Piaget.

- Fortin, M. (1999). O processo de Investigação. Da concepção à realização. (1o edição) Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (Nídia Salgueiro, Trad.). (5a. ed.). Lusociência.
- Garcia, C. D. L., De Abreu, L. C., Ramos, J. L. S., De Castro, C. F. D., Smiderle, F. R. N., Dos Santos, J. A., & Bezerra, I. M. P. (2019, September 1). Influence of burnout on patient safety: systematic review and meta-analysis. *Medicina (Lithuania)*. MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/medicina55090553>
- Gil, A. C. (2002). Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. Atlas.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1998). *Multivariate data analysis* (5th ed.). Upper Saddle River: Prentice-Hall.
- Hodkinson, A., Zhou, A., Johnson, J., Geraghty, K., Riley, R., Zhou, A., ... & Panagioti, M. (2022). Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *bmj*, 378.
- Heinemann, L. V., & Heinemann, T. (2017). Burnout research: emergence and scientific investigation of a contested diagnosis. *SAGE Open*, 7(1), 2158244017697154. <https://doi.org/10.1177/2158244017697154>
- Hollnagel, E., Wears, R. L., & Braithwaite, J. (2015). *From Safety-I to Safety-II: A white paper*. The resilient health care net: Published simultaneously by the University of Southern Denmark, University of Florida, and Macquarie
- Hollnagel, E. (2018). *Safety-II in practice: Developing the resilience potentials*. Routledge.
- Hooper, Daire; Coughlan, Joseph; & Mullen, Michael R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods* 6(1): 53-60.
- Humphries, N., Morgan, K., Conry, M. C., McGowan, Y., Montgomery, A., & McGee, H. (2014). Quality of care and health professional burnout: Narrative literature review. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Emerald Group Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-08-2012-0087>
- Kim, S., Kitzmiller, R., Baernholdt, M., Lynn, M. R., & Jones, C. B. (2023). Patient Safety Culture: The Impact on Workplace Violence and Health Worker Burnout. *Workplace Health and Safety*, 71(2), 78–88. <https://doi.org/10.1177/21650799221126364>
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International journal of environmental research and public health*, 12(1), 652-666. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100652>
- Khoshakhlagh, A. H., Khatooni, E., Akbarzadeh, I., Yazdanirad, S., & Sheidaei, A. (2019). Analysis of affecting factors on patient safety culture in public and private

hospitals in Iran. *BMC health services research*, 19(1), 1-14.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4863-x>

Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. The Guilford Press.

Kline, Rex B. (1998; second edition, 2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford Press.

Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. S. (1999). Committee on Quality of Health Care in America. To Err Is Human: Building a Safer Health System. *National Academy Press*, 241.

Lazar, I., Osoian, C. and Ratiu, P. (2010) 'The Role of Work-Life Balance Practices in Order to Improve Organizational Performance', *European Research Studies*, 13(1), pp. 201-214.

Lewis, S. and Beauregard, T.A. (2018). The meanings of work-life balance: A cultural perspective. In R. Johnson, W. Shen, and K.M. Shockley (eds.), *The Cambridge handbook of the global work-family interface* (pp. 702-732). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108235556.039>

Liu, J., You, L., Zheng, J., Ross, A. M., & Liu, K. (2016, June 15). Effects of work environment on quality of care in ICUs: A multisite survey in China. *Journal of Nursing Care Quality*. Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000160>

Liu, X., Zheng, J., Liu, K., Baggs, J. G., Liu, J., Wu, Y., & You, L. (2018). Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis. *International journal of nursing studies*, 86, 82-89. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.05.005>

Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24-30. <https://doi.org/10.20344/amp.6460>

Mossburg, S.E.; Himmelfarb, C.D. The Association Between Professional Burnout and Engagement with Patient Safety Culture and Outcomes: A Systematic Review. *J. Patient Saf.* 2018, 17, e1307–e1319.

Mossburg, S. E., & Himmelfarb, C. D. (2021). The association between professional burnout and engagement with patient safety culture and outcomes: A systematic review. *Journal of Patient Safety*. Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000519>

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

Maslach C. (1998). A multidimensional theory of burnout. In C.L. Cooper (Ed.), *Theories of Organizational Stress* (pp. 68–85). Oxford, UK: Oxford Univ. Press.

- Maslach C. A. (1999). Multidimensional theory of burnout. In: Cooper CL, editor. *Theories of Organizational Stress* Oxford University Press Inc.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- MacInnes, J. (2006). Work-life balance in Europe: A response to the baby bust or reward for the baby boomers? *European Societies*, 8(2), 223–249. <https://doi.org/10.1080/14616690600644988>
- Meenakshi, S. P. (2013). “The Importance of Work-Life-Balance.” *IOSR Journal of Business and Management*, 14(3), 31–35. <https://doi.org/10.9790/487x-1433135>
- Navajas-Romero, V., Ariza-Montes, A., & Hernández-Perlines, F. (2020). Analyzing the job demands-control-support model in work-life balance: A study among nurses in the European context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph17082847>
- Nightingale, F. (1969). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. Dover Publications.
- Ordem dos Psicólogos (2017). Projecto de Resolução do PCP sobre o “Reconhecimento da Síndrome de Burnout como Acidente de Trabalho”. Acedido em <https://www.ordemdospsicologos.pt>
- Pérez-Francisco, D. H., Duarte-Clíments, G., Del Rosario-Melián, J. M., Gómez-Salgado, J., Romero-Martín, M., & Sánchez-Gómez, M. B. (2020). Influence of workload on primary care nurses’ health and burnout, patients’ safety, and quality of care: Integrative review. *Healthcare (Switzerland)*. MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010012>
- Pines, A., & Aronson, E. (1983). Combating burnout. *Children and Youth Services Review*, 5(3), 263-275. [https://doi.org/10.1016/0190-7409\(83\)90031-2](https://doi.org/10.1016/0190-7409(83)90031-2)
- Pereira, B. (2010). *Burnout: Quando O Trabalho Ameaça O Bem*. Casa do psicólogo.
- Rahman, T, Akinbi, A, Chowdhury, MEH, Rashid, TA, Şengür, A, Khandakar, A, Islam, KR, & Ismael, AM (2022) COV-ECGNET: COVID-19 detection using ECG trace images with deep convolutional neural network. *Health Information Science and Systems*, 10 (1).
- Ribeiro, L., Brites, R., Laneiro, T., & Lai, A. E. (2021). Structural empowerment and mental health in healthcare professionals: The role of civility. *Analise Psicologica*, 39(2), 185–197. <https://doi.org/10.14417/AP.1746>
- Rhéaume, A. (2022). Job characteristics, emotional exhaustion, and work–family conflict in nurses. *Western journal of nursing research*, 44(6), 548-556.

- Roberts, K. (2007). Work-life balance - The sources of the contemporary problem and the probable outcomes: A review and interpretation of the evidence. *Employee Relations*. <https://doi.org/10.1108/01425450710759181>
- Rodrigues C, et al. Segurança do paciente e enfermagem: interface com estresse e Síndrome de *Burnout*. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):1141-7.
- Seul Ryu, I., & Shim, J. (2021). The influence of burnout on patient safety management activities of shift nurses: The mediating effect of compassion satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph182212210>
- Schwartz, S. P., Adair, K. C., Bae, J., Rehder, K. J., Shanafelt, T. D., Profit, J., & Sexton, J. B. (2019). Work-life balance behaviours cluster in work settings and relate to burnout and safety culture: A cross-sectional survey analysis. *BMJ Quality and Safety*, 28(2), 142–150. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-007933>
- Stefan De Hert (2020) Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies, *Local and Regional Anesthesia*, 171-183. <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>
- Shabir, S., & Gani, A. (2020). Impact of work–life balance on organizational commitment of women health-care workers: Structural modeling approach. *International Journal of Organizational Analysis*, 28(4), 917-939. <https://doi.org/10.1108/IJOA-07-2019-1820>
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., ... & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of internal medicine*, 172(18), 1377-1385. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). Changes in Burnout and Satisfaction with Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600–1613. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>
- Serrão, C., Martins, V., Ribeiro, C., Maia, P., Pinho, R., Teixeira, A., Castro, L., & Duarte, I. (2022). Professional Quality of Life Among Physicians and Nurses Working in Portuguese Hospitals During the Third Wave of the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.814109>
- Seo, H. Y., Lee, D. W., Nam, S., Cho, S. J., Yoon, J. Y., Hong, Y. C., & Lee, N. (2020). Burnout as a mediator in the relationship between work-life balance and empathy in healthcare professionals. *Psychiatry Investigation*, 17(9), 951–959. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0147>
- Simha, A., F. Elloy, D., & Huang, H. C. (2014). The moderated relationship between job burnout and organizational cynicism. *Management decision*, 52(3), 482-504. <https://doi.org/10.1108/MD-08-2013-0422>

- Tamayo, M. R. & Tróccoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7,1, 37-46
- Taranu, S. M., Ilie, A. C., Turcu, A. M., Stefaniu, R., Sandu, I. A., Pislaru, A. I., ... Alexa-Stratulat, T. (2022). Factors Associated with Burnout in Healthcare Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph192214701>
- Thimmapuram, J. R., Grim, R., Bell, T., Benenson, R., Lavalley, M., Modi, M., ... Salter, R. (2019). Factors Influencing Work–Life Balance in Physicians and Advance Practice Clinicians and the Effect of Heartfulness Meditation Conference on Burnout. *Global Advances In Health and Medicine*, 8.  
<https://doi.org/10.1177/2164956118821056>
- Thompson, B. (2000). Ten commandments of structural equation modeling. Pp. 261-284 in L. Grimm & P. R. Yarnell, eds.
- Tuckman, B. (2005). Manual de Investigação em Educação. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Van Gerven, E., Vander Elst, T., Vandebroek, S., Dierickx, S., Euwema, M., Sermeus, W., ... Vanhaecht, K. (2016). Increased risk of burnout for physicians and nurses involved in a patient safety incident. *Medical Care*, 54(10), 937–943.  
<https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000582>
- Vala, J., Pinto, A. M., Moreira, S., Lopes, R. C., Januário, P. (2017). Relatório Final.
- Vaz Serra, A. (2011). O Stress na vida de todos os dias. Gráfica de Coimbra,Lda.
- Vidotti, V., Ribeiro, R. P., Galdino, M. J. Q., & Martins, J. T. (2018). Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. *Revista latino-americana de enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2550.3022>
- World Health Organization. (2017). Patient Safety: Making health care safer. Geneva
- World Health Organization. (2018). 10 facts on patient safety. Retrieved from [http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/en/](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/). Acedido em April 2024.
- Weilenmann, S., Ernst, J., Petry, H., Pfaltz, M. C., Sazpinar, O., Gehrke, S., ... Spiller, T. R. (2021). Health Care Workers’ Mental Health During the First Weeks of the SARS-CoV-2 Pandemic in Switzerland—A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.59434>
- World Health Organization. (2021). *Draft global patient safety plan for 2021-2030: Towards elimination avoidable harm in health care*. <https://bit.ly/36woEV2>

Weick, K. E. (1987). Organizational culture as a source of high reliability. *California Management Review*, 29(2), 112-127. <https://doi.org/10.2307/41165243>

Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2015). *Managing the unexpected: Sustained performance in a complex world* (3 ed.). Wiley & Sons.

World Health Organization. (2009). *More than words: Conceptual framework for the international classification for patient safety*. <https://bit.ly/3xEpsmi>

Yung, M., Du, B., Gruber, J., & Yazdani, A. (2021). Developing a Canadian fatigue risk management standard for first responders: Defining the scope. *Safety science*, 134, 105044. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.105044>

# Anexos



## **Anexo I- Instrumento de recolha de dados**

### **INFLUÊNCIA DO BURNOUT NO EQUILÍBRIO TRABALHO-VIDA PESSOAL E SEGURANÇA DO DOENTE.**

O objetivo geral deste estudo é avaliar o efeito do burnout dos profissionais de saúde portugueses na prestação dos cuidados ao doente.

A participação neste questionário é voluntária, todos os dados são absolutamente confidenciais e anónimos e serão exclusivamente utilizados para fins académicos e científicos e para efeitos da elaboração desta Dissertação, pelo que se garante a confidencialidade dos mesmos. Peço, assim, que seja o mais rigoroso possível no seu preenchimento. Assim, ao colaborar neste questionário, está a dar o seu consentimento informado para que as respostas sejam recolhidas e alvo de tratamento estatístico no quadro dos objetivos desta investigação.

#### Parte I – Recolha de dados

##### 1) Idade

Opção a) 18-25

Opção b) 26-35

Opção c) 36-45

Opção d) acima 45

##### 2) Género

Opção a) Feminino

Opção b) Masculino

Opção c) Prefiro não responder

3) Nível educacional

Opção a) 12º ano

Opção b) Licenciatura

Opção c) Mestrado

Opção d) Doutoramento

4) Local de trabalho

Opção a) Lar

Opção b) Centro de Saúde

Opção c) Hospital

Opção d) outra opção

5) Tipo de contracto

Opção a) Permanente

Opção b) Temporário

6) Horário de trabalho

Opção a) Rotativo

Opção b) Fixo

7) Exerce funções em outra instituição?

Opção a) Sim

Opção b) Não

8) Tempo de trabalho

Opção a) Menos de 10 anos

Opção b) Mais de 10 anos

9) Profissão

Opção a) Enfermeiro

Opção b) Médico

Opção c) Auxiliar

10) Carga horária semanal

Opção a) Mais de 35h

Opção b) Mais de 40h

## **Parte II – Avaliação de Burnout**

Esta secção destina-se a avaliação psicométrica do burnout. Não há respostas certas ou erradas, a resposta certa é a que exprime a veracidade da sua experiência.

1- Nunca    2- Raramente    3- Ocasionalmente    4- Frequentemente    5- Sempre

- 1) Sinto-me esgotado (a) no final de um dia de trabalho.
- 2) Sinto-me emocionalmente esgotado pelo meu trabalho.
- 3) Sinto-me fatigado quando acordo de manhã e tenho de enfrentar um dia de trabalho.
- 4) Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente um esforço para mim.
- 5) Eu sinto mau estar pelo meu trabalho.
- 6) Eu sinto-me frustrado por causa do meu trabalho.

- 7) Eu sinto que estou a trabalhar demais na minha profissão.
- 8) Sinto-me como se tivesse no limite da minha resistência.
- 9) Trabalhar diretamente com pessoas sujeita-me a demasiado stress.
- 10) Sinto que trato alguns doentes como objetos impessoais.
- 11) Tornei-me mais insensível desde que comecei a trabalhar nesta profissão.
- 12) Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.
- 13) Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.
- 14) Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes.
- 15) Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.
- 16) Sinto-me com muita energia.
- 17) Sou capaz de criar uma atmosfera descontraída com os meus doentes
- 18) Sinto-me cheio (a) de alegria por trabalhar perto dos meus doentes.
- 19) Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.
- 20) No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais.
- 21) Sinto-me esgotado (a) no final de um dia de trabalho.
- 22) Sinto-me emocionalmente esgotado pelo meu trabalho.
- 23) Sinto-me fatigado quando acordo de manhã e tenho de enfrentar um dia de trabalho.
- 24) Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente um esforço para mim.
- 25) Eu sinto mau estar pelo meu trabalho.
- 26) Eu sinto-me frustrado por causa do meu trabalho.
- 27) Eu sinto que estou a trabalhar demais na minha profissão.
- 28) Sinto-me como se tivesse no limite da minha resistência.
- 29) Trabalhar diretamente com pessoas sujeita-me a demasiado stress.
- 30) Sinto que trato alguns doentes como objetos impessoais.
- 31) Tornei-me mais insensível desde que comecei a trabalhar nesta profissão.
- 32) Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.
- 33) Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.
- 34) Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes.
- 35) Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.
- 36) Sinto-me com muita energia.
- 37) Sou capaz de criar uma atmosfera descontraída com os meus doentes

- 38) Sinto-me cheio (a) de alegria por trabalhar perto dos meus doentes.
- 39) Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.
- 40) No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais.

**Parte III – Avaliação das propriedades das unidades hospitalares a nível da segurança do doente.**

Abaixo pode encontrar algumas perguntas acerca das experiências, tanto positivas como negativas, que teve enquanto cuidador. Analise e responda às perguntas acerca da sua vida e da sua atual situação profissional. Escolha a resposta que melhor reflete a frequência com que foi confrontado, nos últimos 30 dias, com as seguintes situações ou sentimentos.

1- Discordo totalmente 2- Discordo 3- Não concordo nem discordo 4- Concordo  
5 - Concordo totalmente

- 1) Os colaboradores sentem que os erros são usados contra eles.
- 2) Os colaboradores têm medo que os seus erros fiquem anexados ao seu ficheiro.
- 3) A segurança do doente é sacrificada para conseguir ter mais trabalho feito.
- 4) Os nossos procedimentos e sistemas são bons a prevenir erros de acontecerem.
- 5) Temos problemas sérios de segurança na nossa unidade.
- 6) É por sorte que erros mais graves não acontecem na unidade.
- 7) Os colaboradores ajudam-se mutuamente na unidade em que trabalho.
- 8) Quando a unidade fica no limite da sua capacidade, todos vão ajudar.
- 9) Na minha unidade, a equipa trata-se com respeito.
- 10) Temos colaboradores suficientes para a quantidade de trabalho.
- 11) Na minha unidade, os colaboradores trabalham horas extra para garantir o melhor cuidado do doente.
- 12) Os erros levaram a mudanças positivas e as mesmas foram avaliadas para efetividade.
- 13) Os colaboradores sentem que os erros são usados contra eles.
- 14) Os colaboradores têm medo que os seus erros fiquem anexados ao seu ficheiro.
- 15) A segurança do doente é sacrificada para conseguir ter mais trabalho feito.
- 16) Os nossos procedimentos e sistemas são bons a prevenir erros de acontecerem.
- 17) Temos problemas sérios de segurança na nossa unidade.

- 18) É por sorte que erros mais graves não acontecem na unidade.
- 19) Os colaboradores ajudam-se mutuamente na unidade em que trabalho.
- 20) Quando a unidade fica no limite da sua capacidade, todos vão ajudar.
- 21) Na minha unidade, a equipa trata-se com respeito.
- 22) Temos colaboradores suficientes para a quantidade de trabalho.
- 23) Na minha unidade, os colaboradores trabalham horas extra para garantir o melhor cuidado do doente.
- 24) Os erros levaram a mudanças positivas e as mesmas foram avaliadas para efetividade.

#### **PARTE IV – Avaliação balanço trabalho- vida profissional**

1- Nunca/Quase nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5 - Sempre

- 1) Durante a última semana quantas vezes saltou uma refeição.
- 2) Durante a última semana quantas vezes comeu uma refeição menos nutritiva?
- 3) Durante a última semana quantas vezes trabalhou o turno inteiro sem pausas?
- 4) Durante a última semana quantas vezes chegou a casa tarde do trabalho?
- 5) Durante a última semana quantas vezes teve dificuldade em dormir?
- 6) Durante a última semana quantas vezes dormiu menos de 5h por noite?
- 7) Durante a última semana quantas vezes mudou planos familiares por causa do trabalho?
- 8) Durante a última semana quantas vezes se sentiu frustrado por causa da tecnologia?



