



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

***STRESS E BURNOUT* EM MÉDICOS DENTISTAS**

DA EPIDEMIOLOGIA À COMPARAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Ana Cláudia Bento União

VISEU, Junho de 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

STRESS E BURNOUT EM MÉDICOS DENTISTAS

DA EPIDEMIOLOGIA À COMPARAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Orientador: Professora Doutora Cláudia Ribeiro

Co-Orientador: Professora Doutora Célia Ribeiro

Por:

Ana Cláudia Bento União

Viseu, Junho de 2014

*Se todos se tornarem demasiado exigentes e os dias forem demasiado curtos para
as minhas obrigações, ajuda-me a lembrar que escolhi servir e a fazê-lo com
generosidade (Darlene Larson)*

Aos meus pais, com amor.

AGRADECIMENTOS

O pequeno espaço que me é reservado para a secção de agradecimentos, não me permite, expressar de forma adequada, a minha gratidão para com todos aqueles que me acompanharam ao longo deste tortuoso percurso e que de diversas formas contribuíram para alcançar mais esta conquista.

É com imensa alegria e simultaneamente com uma tremenda nostalgia, que termino esta etapa no meu percurso académico, na certeza de que para além de todo o enriquecimento profissional, tive a oportunidade de realizar imensas conquistas pessoais, levando comigo amigos e ensinamentos para a vida.

Passados cinco anos de muito esforço, dedicação, empenho e sacrifícios em prol de um tão nobre objectivo, é gratificante perceber que entre momentos prazerosos e outros nem sempre tão agradáveis, valeu claramente a pena alcançar a meta.

Desta forma, deixo algumas palavras de profundo, sincero e reconhecido agradecimento.

À minha orientadora, Professora Doutora Cláudia Ribeiro, pelas palavras de incentivo nas horas mais difíceis, pela total disponibilidade, qualquer que fosse o momento, pelo apoio incondicional, pelo rigor e competências científicas que muito estimularam o meu desejo de querer, sempre, saber mais, bem como a vontade constante de querer fazer melhor. Obrigada pelo privilégio que tive em ter a possibilidade de desenvolver este projecto, contribuindo assim para o meu enriquecimento académico, científico e pessoal.

À minha co-orientadora Professora Doutora Célia Ribeiro, pela simpatia, disponibilidade e por todas as correcções e conselhos dados, no sentido de me permitir concretizar com sucesso este trabalho. A sua ajuda foi determinante na elaboração desta monografia.

A todos os Professores do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, por me ajudarem, directa ou indirectamente a alcançar os meus objectivos, transmitindo-me valiosos conhecimentos, bem como as ferramentas necessárias para o futuro. Foram determinantes ao longo destes cinco anos.

Aos funcionários da Clínica Universitária, pelo apoio, carinho, amabilidade, boa disposição e preocupação nos momentos de maior aflição.

A todos os Médicos Dentistas que participaram neste estudo, o meu muito obrigada. Sem a vossa participação, este projecto não teria sido possível de realizar.

Aos meus colegas e amigos de trinómio, Jenifer e Ricardo, com quem tive o gosto de trabalhar estes anos e a quem agradeço toda a compreensão, partilha, afecto e prontidão. Convosco superei-me a mim mesma e evoluí.

Às minhas amigas Daniela, Andreia, Diana e Ana Sofia pelos 18 anos de partilhas, de profunda amizade, carinho e companheirismo. Obrigada por estarem sempre do meu lado, por toda a compreensão para com as minhas ausências, pelos momentos bons que me proporcionaram e principalmente pelos maus passados juntas. Como diz Antoine de Saint-Exupéry, não é a distância que mede o afastamento.

À Carolina e à Gabriela, obrigada pela vossa amizade, afecto e pela vossa ajuda ao longo da minha estadia em Viseu. Obrigada pela transmissão de confiança e de força naqueles momentos em que mais precisei. Foram momentos e partilhas que levo comigo para onde quer que vá e sem vocês tudo teria sido, sem dúvida, mais difícil. Tornaram-se família e será sempre com um “aperto no peito” que me lembrarei de ambas.

À minha família, em especial, aos meus pais, pelo amor incondicional, pelos sacrifícios, pelos conselhos e por todos os ensinamentos que me transmitiram ao longo da vida. Obrigada por acreditarem sempre em mim e espero conseguir retribuir, de alguma forma, todo o carinho, apoio e dedicação que, permanentemente, me ofereceram.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	IX
ÍNDICE GERAL	XI
ÍNDICE DE FIGURAS	XIII
ÍNDICE DE TABELAS.....	XV
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	XVII
RESUMO	XIX
ABSTRACT.....	XXI
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
1. SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA.....	11
2. <i>STRESS</i>	17
3. <i>BURNOUT</i>	23
3.1. <i>Definição e enquadramento histórico</i>	23
3.2. <i>Modelos explicativos do Burnout</i>	26
3.3. <i>Instrumentos de medida do Burnout</i>	30
3.4. <i>Causas e consequências</i>	32
3.5. <i>Sinais</i>	37
4. <i>BURNOUT</i> NA MEDICINA DENTÁRIA E OUTRAS PROFISSÕES DE SAÚDE	39
5. ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i>	44
CAPÍTULO III - MATERIAIS E MÉTODOS	49
1.1. <i>Problemática e Questão de partida</i>	51
1.2. <i>Objectivos do estudo</i>	51
1.3. <i>Tipo de investigação</i>	52
1.4. <i>Variáveis</i>	52
1.5. <i>População e Amostra</i>	53
1.6. <i>Instrumentos e recolha de dados:</i>	56
1.7. <i>Procedimentos éticos</i>	59
CAPÍTULO IV - RESULTADOS.....	61
1.1. <i>Associação entre as variáveis e as subescalas do instrumento COPSOQII</i>	63
1.2. <i>Associação entre as variáveis e as subescalas do instrumento SF-36v2</i>	76
1.3. <i>Associação entre as variáveis e as subescalas do instrumento CBI - PT</i>	81
CAPÍTULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	85
CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES	97

PERSPECTIVAS FUTURAS.....	102
CAPÍTULO VII - BIBLIOGRAFIA.....	103
CAPÍTULO VIII - ANEXOS	111
1. CONSENTIMENTO INFORMADO E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	113
2. SAÚDE EM GERAL (SHORT FORM-36 VERSÃO 2 – SF-36V2)	114
3. SÍNDROME DE BURNOUT (COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY – CBI.....	120
4. STRESS (COPENHAGEN PSYCHOSOCIAL QUESTIONNAIRE – COPSOQII).....	123

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Natureza hierárquica do conceito (adptado de Schalock, 2000)	17
Figura 2- Género	54
Figura 3 – Estado civil	54
Figura 4 - Trabalha por conta de própria ou de outrem.....	55
Figura 5 - Trabalha sempre com uma colaboradora/assistente	55
Figura 6 – Locais de trabalho	56

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Scores das subescalas do instrumento COPSOQII segundo o género	64
Tabela 2 – Scores das subescalas do instrumento COPSOQII segundo o estado civil .	65
Tabela 3 – Correlações entre scores das subescalas do instrumento COPSOQII e a idade	68
Tabela 4 – Correlações entre scores das subescalas do instrumento COPSOQII e o tempo de serviço	70
Tabela 5 – Correlações entre scores das subescalas do instrumento COPSOQII e o tempo de trabalho semanal	72
Tabela 6 – Scores das subescalas do instrumento COPSOQII segundo o tipo de trabalho	73
Tabela 7 – Scores das subescalas do instrumento COPSOQII segundo o facto de trabalhar sempre com uma colaboradora/assistente.....	74
Tabela 8 – Análise descritiva das médias das dimensões do questionário COPSOQII..	75
Tabela 9- Scores das subescalas do instrumento SF- 36 v2 segundo o género	76
Tabela 10- Scores das subescalas do instrumento SF-36 v2 segundo o estado civil	77
Tabela 11– Correlações entre scores das subescalas do instrumento SF-36v2 e a idade	78
Tabela 12– Correlações entre scores das subescalas do instrumento SF-36v2 e o tempo de serviço	78
Tabela 13 – Correlações entre scores das subescalas do instrumento SF-36v2 e o tempo de trabalho semanal	79
Tabela 14– Scores das subescalas do instrumento SF-36v2 segundo o tipo de trabalho	80
Tabela 15– Scores das subescalas do instrumento SF-36v2 segundo o facto de trabalhar sempre com uma colaboradora/assistente	80
Tabela 16– Scores das subescalas do instrumento CBI - PT segundo o género	81
Tabela 17– Scores das subescalas do instrumento CBI - PT segundo o estado civil	81
Tabela 18– Correlações entre scores das subescalas do instrumento CBI - PT e a idade	82
Tabela 19– Correlações entre scores das subescalas do instrumento CBI - PT e o tempo de serviço	82
Tabela 20– Correlações entre scores das subescalas do instrumento CBI - PT e o tempo	

de trabalho semanal	83
Tabela 21– Scores das subescalas do instrumento CBI - PT segundo o tipo de trabalho	83
Tabela 22– Scores das subescalas do instrumento CBI - PT segundo o facto de trabalhar sempre com uma colaboradora/assistente.....	83
Tabela 23– Análise descritiva das médias das dimensões do CBI - PT	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BM	Burnout Measure
CBI	Copenhagen Burnout Inventory
CBI – PT	Copenhagen Burnout Inventory (versão portuguesa)
COPSOQII	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
DP	Despersonalização Profissional
EE	Exaustão Emocional
IBM SPSS	International Business Machines - Statistical Package for the Social Sciences
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI-GS	Maslach Burnout Inventory - General Survey
MBI- HSS	Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey
MBI – SS	Maslach Burnout Inventory - Student Surve
OLBI	Oldenburg Burnout Inventory
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Realização Profissional
PUMA	Projecto de Burnout, Motivação e Satisfação no Trabalho
QI	Qualidade
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
SF-36v2	Short Form-36 versão 2
SMBM	Shirom-Melamed Burnout Measure
SNS	Serviço Nacional de Saúde
STS	Stress Traumático Secundário
≤	Menor ou igual
≥	Maior ou igual
<	Menor

>	Maior
±	Mais ou menos
N	Amostra
P	Pergunta
P	Significância
DP	Desvio Padrão
r	Coefficiente de Correlação Linear

RESUMO

Introdução- O trabalho assume uma importância fundamental na vida de um indivíduo. Neste sentido, nos últimos anos tem-se dado uma importância crescente ao impacto do trabalho na saúde física e mental, sendo evidente que este nem sempre possibilita o crescimento e desenvolvimento humano, podendo desencadear situações de stress ou ainda de *Burnout*. O *Síndrome de Burnout* é um estado de exaustão física, emocional e mental, causado por um grande período de envolvimento em situações emocionalmente exigentes. Desta forma, o profissional de medicina dentária está em contacto permanente com o sofrimento, a dor, o desespero, a irritabilidade e demais reacções que podem surgir nos pacientes em razão da situação em que se encontram.

Métodos- É neste pressuposto que este estudo se enquadra. Ao nível estrutural, o presente trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira apresentamos o enquadramento teórico que consiste numa revisão da literatura, que aborda os modelos teóricos e conceptuais de *Stress*, *Burnout* e estratégias de *Coping* subjacentes. Na segunda parte, referente à investigação empírica, descrevemos a investigação realizada, sendo apresentados e discutidos os resultados encontrados. Foram realizados para o efeito, questionários a Médicos Dentistas, de forma a aferir a Qualidade de Vida através de instrumentos de medida específicos de *Stress* (Copenhagen Psychosocial Questionnaire - COPSOQII) e *Síndrome de Burnout* (Copenhagen Burnout Inventory - CBI) e de saúde em geral (Short Form-36 versão 2 – SF-36v2).

Resultados- Os resultados encontrados neste estudo, estão em consonância com a pesquisa bibliográfica, ou seja, os objetivos do estudo foram atingidos tanto para o *Burnout* como para a influência das variáveis sociodemográficas.

Conclusões- Os médicos dentistas possuem elevados valores de burnout e também existem diferenças significativas tendo em conta algumas variáveis sociodemográficas. Por fim este estudo, pode contribuir com um novo olhar, alertando para esta temática na profissão de médico dentista.

Palavras Chave: Qualidade de vida, *Stress*, *Síndrome de Burnout*, *Coping*, Médico Dentista.

ABSTRACT

Introduction - The work has a fundamental importance in the life of an individual. In this regard, in recent years has become increasingly important given the work impact on physical and mental health, it is shure that is not possible to human growth and development, which can trigger or stressful or burnout situations. The burnout syndrome is a state of physically effort, emotionally and mental caused by a long period of involvement in demanding emotional situations. So, the dental professionals is in permanent contact suffering, pain, despair, irritability and other reactions that could be detected in the patients due to the situation in which they find themselves.

Methods - This is the assumption that this study fits. At the structural level the present report is divided into two parts. At first we present the theoretical framework consisting of a literature review, which discusses theoretical models and conceptual stress, burnout and coping strategies underlying. In the second part, is related to empirical investigation, where we describe the investigation, present and discuss the results. Were done for this purpose questionnaires to dentists, in order to assess the quality of life through specific instruments for measuring Stress (Copenhagen Psychosocial Questionnaire - COPSQII) and Burnout Syndrome (Copenhagen Burnout Inventory - CBI) and general health care (Short Form-36 version 2 - SF36v2).

Results - The results found in this study are in line with the bibliographical research, namely, the goals of the study have been achieved for both the burnout as to the influence of the sociodemographic variables.

Conclusions - Dentists have high values of burnout and there are also significant differences having regard to some demographic variables. Finally this study, can contribute with a new look, alerting you to this theme in the profession of dentist.

Key Words: Life Quality, Stress, Burnout Syndrome, Coping, Dentist.

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

Já no antigo Egipto considerava-se que uma das intervenções mais relevantes dos profissionais de saúde consistia em promover o bem-estar. Centenas de anos depois, as teorias explicativas em saúde e os diversos modelos de intervenção enfatizam a necessidade da pessoa sentir e perceber níveis de qualidade de vida, mesmo que estejam a vivenciar circunstâncias difíceis (1).

O conceito de saúde abrange, entre outros aspectos, o bem-estar subjectivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Por uma perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde de uma forma completa (2).

Atendendo à subjectividade dos conceitos, os significados individuais de saúde e qualidade de vida motivaram o interesse pelo estudo das diferenças individuais ou de grupos particulares, e os seus determinantes na alteridade de vivenciar o processo de dor (1).

Em Psicologia, o termo *Stress* pode ter inúmeras definições. A nível fisiológico, relaciona-se com a estratégia de adaptação do nosso organismo, devido a influências, mudanças, exigências e constrangimentos que possam surgir (3).

Stress deriva do latim *Strictus*, que significa aperto e ou constrição. De alguma forma este constranger de algo (pressão) está presente no conceito de *Stress* (4).

Está sempre patente no nosso organismo um certo nível de *Stress*, havendo contudo variações no seu grau. É de salientar que o *Distress* não reside no facto do organismo reagir ao *Stress*, mas sim no grau, frequência e duração em que este se encontra sob *Stress*. Neste prisma, o *stress* tem uma conotação negativa. Todavia, os investigadores estabeleceram a distinção entre *stress* perigoso/nocivo (*Distress*, sofrimento) e positivo/benéfico (*Eustress*) (3).

Os níveis de *Distress* em todos os profissionais de saúde têm aumentado nas últimas décadas. Isto tem custos pessoais para os próprios, custos directos e indirectos para as organizações e custos de saúde para os utentes, já que está bem determinada a relação entre a menor qualidade dos cuidados e o grau de insatisfação e mal-estar (5).

Na verdade, o *Burnout* é o fim de um processo que parte da primeira fase positiva de *Eustress* – com idealismo, com entusiasmo, dedicação à profissão, alta produtividade e cooperação interpessoal, atitudes positivas e construtivas. Com o somatório de expectativas não respondidas surge a fase de insatisfação. Nesta são patentes a desilusão, o cinismo, a desmotivação, a fadiga física e mental, o tédio, o pessimismo, e um leque variado de sintomas inespecíficos. Posteriormente entra-se nas fases a que usualmente se dá o nome de *Burnout*;

instala-se o alheamento: surge o desânimo, a desesperança, a irritabilidade, o isolamento, a fuga a contactos intraprofissionais, a irritabilidade, o criticismo fácil, o negativismo, com toda a panóplia de sintomas e sinais observáveis de sofrimento físico e mental (4).

Freudenberger, médico psiquiatra norte-americano, foi quem pela primeira vez se referiu ao *Burnout* como um síndrome que ele acreditava ser comum aos profissionais de saúde. Como psiquiatra registou que os profissionais que trabalhavam com viciados em drogas, experienciavam uma perda gradual de energia, de motivação e comprometimento, acompanhada por uma variedade de sintomas mentais e físicos (6).

Farber definiu o *Burnout* como um síndrome do trabalho, oriundo da discrepância percebida entre esforço e consequência, influenciado por aspectos pessoais, organizacionais e sociais. (...) O conceito de referência ainda é o de *Maslach* e *Jackson* que definem o *Burnout* como um processo sequencial que envolve exaustão emocional (perda ou desgaste dos recursos emocionais), despersonalização (sentimentos e atitudes negativas no trabalho) e baixa realização pessoal (sentimentos de inadequação e fracasso) (7).

Alguns factores associados ao aparecimento da Síndrome de *Burnout* são: baixa autonomia no desempenho das atividades profissionais, problemas nos relacionamentos interpessoais, conflito entre trabalho e família, sentimento de desqualificação e falta de cooperação dentro da equipa. Alguns sintomas físicos iniciais são semelhantes à fase de stress, tais como, dores na coluna e pescoço (8).

Foram identificados vários sintomas de *Burnout*, especialmente na fase da abordagem clínica iniciada por *Freudenberger* em 1974. Em 1992, *Shaufeli* e *Enzmann*, enumeram cerca de 130 sintomas possíveis que foram associados ao *Burnout*, variando entre a ansiedade e a falta de zelo. São distinguidos cinco grupos de sintomas: afetivo (ex.: mau humor, exaustão emocional); cognitivo (ex.: dificuldade de concentração); físico (ex.: cefaleias, problemas gástricos); comportamental (ex.: baixo nível de desempenho); motivacional (ex.: perda de ideais) (6).

Em síntese, *Burnout* é um processo que conduz a uma resposta inadequada a um stressor laboral com implicações emocionais, de carácter crónico, e cujos traços principais são o esgotamento físico e psicológico, a atitude fria e despersonalizada para os solicitadores do serviço e o sentimento dilacerante de fracasso quanto ao trabalho realizado (5).

Segundo *Leal*, em 1998, "Repercussões fisiológicas e psicológicas do *Stress* conduzem a uma diminuição da performance dos trabalhadores e da qualidade dos serviços prestados, a

um aumento do absentismo, a um aumento do número de acidentes, a problemas de relacionamento social e familiar e a um sentimento generalizado de insatisfação pessoal e profissional. (...) O *Stress* crónico, mais tarde ou mais cedo, conduz ao *Burnout* (9).

Os Médicos Dentistas veem a sua profissão como uma das profissões mais stressantes. Um estudo realizado em mais de 3,500 dentistas determinou que estes estavam 38% das vezes nervosos ou ansiosos. Além disso, 34% afirmaram que se sentiam frequentemente física ou psicologicamente exaustos e 26 % relataram frequentes dores de cabeça e na coluna (10).

Torna-se evidente que os efeitos do *stress* no local de trabalho, em excesso e de forma continuada, não compromete apenas a saúde. Dessa forma, a adaptação do sujeito a uma situação stressante requer um investimento de recursos (estratégias de *Coping*), que poderá ou não permitir alcançar qualidade de vida (3).

A atenção do Médico Dentista está essencialmente centrada num espaço muito reduzido, a cavidade oral. Necessitam de estar praticamente no mesmo lugar durante grande parte do dia, realizando movimentos cuidadosos e precisos com as suas mãos, enquanto os seus olhos se focam num local em específico. O isolamento social é também bastante comum. Adicionalmente, lida diariamente com pessoas com diferentes personalidades, expectativas muitas vezes irrealistas, elevados padrões de exigência e com necessidade de aprovação pela sociedade (10).

A pertinência de realizar este estudo na especialidade da Medicina Dentária, prende-se com o objectivo de contribuir para uma melhoria da qualidade da relação profissional/cliente; dotando os profissionais de “ferramentas” para reduzirem os níveis de *Stress*, evitarem o *Síndrome de Burnout* utilizando estratégias de *Coping*. No caso de ser bem sucedido, o profissional de saúde optimiza o seu funcionamento adaptativo. Caso contrário, a tensão pode prolongar-se por tempo indefinido, manifestando-se sintomas de mal-estar, que levam a uma má adaptação do indivíduo à situação de exigência em que se encontra.

Face ao exposto, parece relevante perceber qual a vulnerabilidade ao *Stress* que esta classe apresenta e o modo como lida com o mesmo. Reconhece-se igualmente indispensável a abordagem do conceito de estratégias que facilitem os profissionais que exercem Medicina Dentária a percepcionarem as situações geradoras de *Stress* e como devem lidar com essas mesmas situações.

Vários autores têm vindo a realizar inúmeros estudos relativos ao *Stress* e ao *Síndrome de Burnout*, bem como a sua influência nas mais variadas profissões, tais como a enfermagem e

a educação em geral. A nível da Medicina Dentária, não são muito frequentes, embora esta seja uma actividade de alto risco em termos de *Stress*.

Neste sentido, o reconhecimento social das fragilidades dos profissionais de saúde é importante para a formação de novos elementos mais vocacionados para a realidade existente nos consultórios de Medicina Dentária, contribuindo para a adequação ambiental dos serviços de saúde à actividade profissional aí desenvolvida.

É neste pressuposto que este estudo se enquadra. Proceder-se-á à caracterização da capacidade para o trabalho global, à caracterização da exposição aos factores de risco psicossociais, à descrição da variação da capacidade para o trabalho e dos factores de risco psicossociais em função das variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, habilitações literárias, tipo de especialização ou prática clínica mais frequente, e a função desempenhada) e à descrição da variação da capacidade para o trabalho em função dos factores psicossociais.

Para o efeito procedeu-se à recolha de dados:

- Revisão bibliográfica actualizada da epidemiologia do *Stresse* e do *Síndrome de Burnout*;
- Caracterização sociodemográfica e económica da amostra, através de um questionário devidamente estruturado;
- Aferir a Qualidade de Vida através de instrumentos de medida específicos de *Stress* (Copenhagen Psychosocial Questionnaire - COPSQII) e *Síndrome de Burnout* (Copenhagen Burnout Inventory - CBI) e geral (Short Form-36 versão 2 – SF-36v2);
- Definir orientações na implementação de programas, para o efeito é necessário mais do que indicadores, expressar metas e consequências de saúde e de doença nos Médicos Dentistas Portugueses.

Ao nível estrutural, o presente trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira apresentamos o enquadramento teórico que consiste numa revisão da literatura, que aborda os modelos teóricos e conceptuais de *Stress*, *Burnout* e estratégias de *Coping* subjacentes. Na segunda parte, referente à investigação empírica, descrevemos a investigação realizada, sendo apresentados e discutidos os resultados encontrados. O estudo termina com a apresentação das conclusões retiradas, bem como das limitações do mesmo.

A consciencialização e participação dos Médicos, à chamada capacitação do cidadão na

promoção da saúde e prevenção da doença é a única forma eficaz de obter ganhos em saúde. Mais do que uma arma política, as metas em saúde devem ser um suporte para a prática clínica.

CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Saúde e Qualidade de vida

Neste primeiro ponto introdutório serão abordados os conceitos de qualidade de vida, trabalho, saúde e saúde mental, no sentido de enquadrar as restantes variáveis presentes posteriormente.

Curar é na verdade, frequentemente inatingível. Compreender a pessoa na saúde e na doença, tentar debelá-la e minorar os prejuízos desta, se a cura não for fiável, bem como promover a adaptação dinâmica ao impacto das patologias e ajudar as pessoas a tornarem-se pró-activas na gestão da sua saúde, são objectivos realizáveis e vitais (4).

Para todas as pessoas, a saúde mental, a saúde física e a social constituem fios de vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. À medida que cresce a compreensão desse relacionamento, torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, sociedades e países. Lamentavelmente, na maior parte do mundo, longe está de ser atribuída à saúde mental e aos transtornos mentais a mesma importância dada à saúde física (2).

Nos dias de hoje, o desgaste físico e emocional relacionado com o trabalho pode ser considerado uma epidemia entre trabalhadores de várias profissões. As exigências da vida moderna e do mercado de trabalho nas últimas décadas consomem cada vez mais a energia física e mental dos trabalhadores, tornando-os descrentes quanto às suas conquistas e ao sucesso no trabalho. Neste ambiente de rápidas mudanças, a competitividade, a utilização cada vez maior da tecnologia, a insegurança no emprego, a necessidade contínua de aprimoramento criam um terreno fértil para o surgimento do desgaste físico e emocional e do *Stress* (11).

Embora apresentem uma elevada prevalência entre a população trabalhadora, os distúrbios psíquicos relacionados com o trabalho, frequentemente deixam de ser reconhecidos como tal, no momento da avaliação clínica. Contribuem para tal facto, entre outros motivos, as próprias características dos distúrbios psíquicos, regularmente mascaradas por sintomas físicos (12).

O trabalho assume uma importância fundamental na vida de um indivíduo. Para além de ocupar cerca de 1/3 da sua existência, a actividade profissional constitui um ingrediente essencial da identidade da pessoa. Neste sentido, nos últimos anos tem-se dado uma importância crescente ao impacto do trabalho na saúde física e mental, sendo evidente que este nem sempre possibilita o crescimento e desenvolvimento humano (13).

Para *Codo*, a essência do trabalho é o controlo, pois trabalhar implica transformar os outros, as coisas e a si mesmo. Por extensão, implica o controlo do Homem sobre o mundo. Quando é retirada do trabalhador a possibilidade de controlo sobre as coisas, quando é expropriado do trabalhador, real ou simbolicamente, o seu poder de transformação, resta-lhe repetir movimentos que transformam o trabalho numa tarefa sem sentido. A perda de controlo é, portanto, uma das fontes de sofrimento no trabalho. Aparece aqui como uma dimensão ao mesmo tempo objectiva (a tarefa, o ritmo, o poder de decisão, a autonomia, etc.) e subjetiva (sentimento de controlo pelo indivíduo). Ressalta, *Codo*, que o sentimento e a percepção de controlo, de domínio sobre o processo de trabalho, é essencial para a saúde mental dos trabalhadores e para o significado que atribuem ao seu trabalho (14).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em 2020 os transtornos depressivos sejam a segunda maior causa de morte, após a doença isquémica do coração. O adoecimento físico e ou mental aumenta a frequência de afastamento por doença podendo chegar à aposentadoria precoce, aumento do custo com tratamentos médicos, maior incidência de doenças coronárias e endócrinas (11).

Entre os modelos explicativos das relações entre saúde mental e trabalho podemos definir duas principais correntes: a psicodinâmica do trabalho e os estudos que abordam a relação entre *Stress* e trabalho. A psicodinâmica do trabalho enfatiza a centralidade do trabalho na vida dos trabalhadores, analisando os aspectos dessa actividade que podem favorecer a saúde ou a doença. Na segunda vertente, observa-se a preocupação com a determinação dos factores potencialmente stressantes numa situação de trabalho. *Karasek e Theorell* (1990) propõem um modelo com uma abordagem tridimensional, contemplando os seguintes aspectos: “exigência/ controlo” (*demand/control*); “tensão/aprendizagem” (*strain/learning*) e suporte social. A situação ideal de trabalho seria a que permitisse o desenvolvimento do indivíduo, alternando exigências e períodos de repouso com o controlo do trabalhador sobre o processo de trabalho (12).

A importância da saúde mental é reconhecida pela OMS desde a sua origem e está reflectida na sua definição de saúde, como “não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, mas como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Nos últimos anos, essa definição ganhou um foco mais nítido em virtude de muitos e enormes progressos nas ciências biológicas e comportamentais (2).

A ideia de sucesso na sociedade actual está muito relacionada com a ideia de poder, especialmente no que se refere à capacidade de ganhos materiais, gerando um alto grau de

competitividade, muitas vezes desenfreada e desleal. No entanto, estudos desenvolvidos têm demonstrado que o bem-estar dos indivíduos e o seu desenvolvimento como pessoa depende muito mais de factores emocionais, ou seja, *não tanto do que eu tenho mas do que eu sinto* (15).

O tema do *Stress* e da saúde física e psicológica no local de trabalho tornou-se numa das principais áreas de preocupação por parte dos investigadores nestes últimos anos, ao ponto dos anos 80 terem sido designados, muitas vezes, pelos meios de comunicação social como a década do *Stress*. A acompanhar esta tendência, assiste-se a um crescente aumento da investigação sobre o *Stress* e a saúde ocupacional, o que tem contribuído para uma maior compreensão, tratamento e prevenção das desordens psicológicas nos mais variados contextos profissionais (16).

No decorrer de sua vida, o ser humano passa por infinitas possibilidades de aprendizagem. Os incontáveis ingredientes da vida, como pensamentos, pessoas, sentimentos, coisas, atividades, experiências, sucessos e fracassos moldam e diferenciam o quotidiano dos indivíduos. A inter-relação mais ou menos harmoniosa dessa intrigante rede de fenómenos, pessoas e coisas é o que caracteriza a vida de cada um, resultando naquilo que, abstractamente, se pode denominar “qualidade de vida” (17).

Ter qualidade de vida depende de fatores intrínsecos e extrínsecos. Assim, há uma conotação diferente de qualidade de vida para cada indivíduo, que é decorrente da inserção desses na sociedade. Portanto, não é possível padronizar qualidade de vida, pois esta tem uma conotação individual, dependendo dos objetivos, das metas traçadas e das pretensões de cada um (18).

A partir do início do século XX começaram a aparecer estudos sobre a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). Na década de 50, em Londres, *Eric Trist* e os seus colaboradores começaram a estudar um modelo macro para agrupar o trinómio Indivíduo/Trabalho/Organização, no *Tavistock Institute*. Nos Estados Unidos, nesta mesma época, *Louis Davis* e os seus colaboradores realizavam, pesquisas para modificar as linhas de montagens no intuito de tornar a vida dos operários no trabalho mais agradável e satisfatória (19).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) entende qualidade de vida como, segundo, *Paschoa, Zanei e Whitaker* (2007), “a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Quando se opta por um conjunto de parâmetros socioambientais e individuais para qualificar e quantificar qualidade de vida, observa-se que muitos desses não dependem da acção das pessoas. Porém, alguns deles estão na relação directa de um conjunto de acções habituais e que refletem as atitudes e os valores individuais, podendo ser resumido como um pentágono do bem-estar, em que o *Stress*, a nutrição adequada, a prática de actividade física regular, o não uso de drogas e um comportamento geral preventivo, são as partes que compõem esse pentágono. Entretanto, é importante salientar a necessidade de se procurar obter um perfeito equilíbrio entre os factores, ou seja, sem dar prioridade a um factor em detrimento de outro. Um desses factores do pentágono do bem-estar, o *Stress*, é também o gatilho para uma defesa mais elevada para proteger a vida, incluindo a opção de luta ou de fuga (17).

A primeira fase de estudos sobre a QVT, que se iniciou na década de 60 e se estendeu até 1974, foi marcada pela crescente preocupação de cientistas, líderes sindicais, empresários e governantes com as formas de como influenciar a qualidade das experiências do trabalhador num determinado emprego. Até o final da década de 70, houve uma paralisação no desenvolvimento e preocupações com a QVT, para terem início novamente em 1979 e na década de 80, quando houve o desenvolvimento, principalmente no Japão, dos Ciclos de Controle de Qualidade e que se disseminaram nas organizações do Ocidente, principalmente nas norte-americanas, cujo objectivo era o alcance da qualidade total (20).

Outro conceito de QVT é descrito por *Guest* (1979), que entende que é um processo pelo qual uma instituição procura informar o potencial de desempenho dos seus trabalhadores, envolvendo-os em situações que afectam a vida no trabalho. Já *Fernandes* (1996) define a QVT como a procura dos entendimentos dos interesses dos trabalhadores e das instituições, que se traduzem na vontade da melhoria da satisfação do trabalhador em junção com a melhoria da produtividade da organização (21).

Os anos 90 foram responsáveis pela difusão dos conhecimentos sobre QVT, sendo que países como França, Alemanha, Dinamarca, Suécia, Noruega, Holanda e Itália adoptaram métodos e modelos de trabalho visando a satisfação dos clientes internos e externos. Em outros países como Inglaterra, Canadá, México e Índia o tema QVT tem apresentado um desenvolvimento significativo. No Brasil, alguns grupos de estudo sobre QVT começaram a surgir em diversos Estados, aumentando a possibilidade de difusão dessa temática (20).

Atualmente, pode-se mensurar a QVT através de instrumentos genéricos e específicos. Os primeiros enfatizam o perfil de saúde e procuram englobar todos os aspectos relacionados à saúde do trabalhador; e os específicos são aqueles que detectam particularidades da QVT em

determinadas situações de saúde ou do ciclo da vida (21).

O comportamento saudável de cada indivíduo depende muito da saúde mental daquela pessoa. Assim, por exemplo, as doenças mentais e o *Stress* psicológico afectam o comportamento saudável. Indicações recentes mostraram que os jovens com transtornos psiquiátricos, como a depressão e a dependência de substâncias ilícitas, por exemplo, têm mais probabilidades de praticar formas de comportamento sexual de alto risco, em comparação com os que não têm transtornos psiquiátricos (2).

Do ponto de vista psicológico, existem emoções naturais e fisiológicas que aparecem em todas as pessoas com um importante substrato biológico, designadamente a alegria, o medo, a ansiedade ou a raiva, entre outras. Portanto, essas emoções actuam como poderosos motivadores do comportamento humano e podem ter um importante papel no bem-estar psicológico e na Qualidade de Vida ou nos estados de saúde e de doença. Assim, as emoções influem sobre a saúde e sobre a doença através de suas propriedades motivacionais, pela capacidade de modificar os comportamentos saudáveis, tais como os exercícios físicos, a dieta equilibrada, o descanso, etc., conduzindo muitas vezes para comportamentos menos saudáveis (15).

A nossa educação, baseada em princípios cartesianos, realça a importância dos processos intelectuais e cognitivos. No entanto, estudos realizados por vários autores, demonstram que a felicidade e o bem-estar, no sentido de desenvolvimento e de saúde, numa perspectiva construtivista, dependem muito mais dos nossos processos emocionais do que dos nossos processos intelectuais (15).

Ao nível dos contextos de saúde, assiste-se a um crescendo de profissionais em sofrimento, estando este problema muitas vezes relacionado com a profissão. De facto, os níveis de mal-estar têm aumentado nas últimas décadas, acarretando custos pessoais, organizacionais e para os próprios doentes, devido à menor qualidade dos cuidados prestados (13).

O maior indicador de intenção de abandonar a profissão é a insatisfação profissional e o maior indicador de satisfação profissional é o *empowerment* psicológico, cujos indicadores foram *hardiness*, estilo de liderança para transformação, colaboração entre classes profissionais e coesão de grupo. O *empowerment* psicológico ou interpessoal é um factor motivacional dinâmico, manifestado por quatro acções cognitivas: sentido, competência, autodeterminação e impacto. Quando presentes, estas quatro acções formam uma orientação activa na qual a pessoa deseja e sente-se capaz de moldar o seu papel e o contexto do trabalho (11).

As dificuldades do exercício profissional, abordando algumas das características inerentes à tarefa médica que, isoladamente ou no seu conjunto, definem um ambiente profissional formado por intensos estímulos emocionais são, a título de exemplo, o contacto frequente com a dor e o sofrimento; a intimidade corporal e emocional; o lidar com pacientes difíceis/queixosos, hostis reivindicadores, autodestrutivos e/ou cronicamente deprimidos; e o lidar com as incertezas e limitações do conhecimento médico e do sistema assistencial que se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes e familiares que desejam certezas e garantias (18).

Assim sendo, na promoção de saúde, não basta apenas ministrar medicamentos ou ensinar novos conhecimentos e padrões comportamentais. É preciso actuar nas necessidades e emoções que medeiam tais conhecimentos e práticas, isto é, na base afectiva do comportamento, tendo em vista a saúde/bem-estar e a Qualidade de Vida (15).



Figura 1- Natureza hierárquica do conceito (adptado de Schallock, 2000)

2. Stress

Neste segundo ponto serão abordadas as diversas definições de *Stress*, a sua contextualização histórica, bem como o processo fisiológico, e não só, desencadeador do mesmo.

Em 1936, *Hans Selye* foi aos físicos buscar o termo *Stress* e apresentou o conceito de resposta generalizada à agressão, tendo como objectivo a sobrevivência do ser agredido. Uma agressão ou agente stressor de qualquer natureza, física, psicológica, ou outra, induz no organismo *Stress*, provoca uma reacção de alarme, mobilizando energias para a sobrevivência. Desenvolveu o conceito de Síndrome Geral de Adaptação (22).

De acordo com o referido autor, este síndrome é trifásico, sendo composto (i) pela fase de alarme (em que ocorre a activação simpática e da medula suprarrenal), seguida de (ii) uma fase de resistência (a qual é acompanhada pela activação do córtex da suprarrenal) dando lugar, em algumas circunstâncias, à (iii) fase de exaustão (com reactivação terminal do sistema nervoso vegetativo e da medula suprarrenal) (23).

Em 1955, O Grupo Português de Intervenção Comunitária na área do *Stress* Psicossocial, entendeu o *Stress* como um conceito inovador que congrega a situação, todas as respostas humanas à situação, a vivência da mesma e integra a relação entre o biológico e o social, a saúde e a doença (4).

O conceito de *Stress* é um dos termos mais utilizados, tanto pela comunidade científica

como pelo público em geral mas, no entanto, continua a não existir um significado comum unanimemente aceite (16).

Durante várias décadas, *Lazarus* tem sido o representante principal da perspectiva interaccional do *Stress*. De acordo com esta definição largamente aceite, “o *Stress* psicológico é uma relação particular entre a pessoa e o ambiente, a qual é avaliada pelo indivíduo e considerada como algo que sobrecarrega ou excede os seus recursos e prejudica o seu bem-estar” (24).

Hook lançou o termo no séc. XVII e reportava-se às forças exercidas sobre um objecto cujo material, sob a acção dessa pressão, sofreria deformações. Mais tarde, no início do Séc. XX, e no âmbito da fisiologia, *Cannon* constatou que todos os organismos, animais ou humanos, quando eram expostos a uma diversidade de estímulos críticos, desde danos físicos à privação de nutrientes, apresentavam duas linhas de reacção típica: a luta ou a fuga. Porém foi *Selye*, na década de 50, que deu mais notoriedade e um novo significado ao conceito de *Stress*. Nas suas investigações biológicas constatou que ocorre automaticamente uma reacção *standart* – universal instintiva – quando o ser humano está perante um perigo. Esta reacção automática protege a vida (4).

Beck, um autor vinculado à psicologia cognitivista, classifica o *Stress* psicológico em três categorias básicas. A primeira pode ser subdividida em dois níveis: a) o relacionado com eventos traumáticos avassaladores, que trazem ameaças constantes à vida da pessoa, como nas circunstâncias de combate ou catástrofes; b) o ligado a situações imprevisíveis de ameaça (aparentemente menos avassaladoras). A segunda categoria diz respeito a pressões insidiosas, de carácter mais duradouro: o desgaste seria gradual, resultante dos efeitos cumulativos de estímulos persistentes. A terceira é altamente específica para determinados indivíduos: um estímulo particular, que habitualmente não atingiria a maior parte das pessoas, afeta-os em demasia, em virtude da forma suscetível com que reagem às contingências da vida. Tais pessoas apresentariam traços ansiosos de personalidade (25).

Apesar do interesse de *Seligman* (1975) estar ligado às causas da depressão e não ao *Stress*, a sua análise das condições sob as quais os acontecimentos da vida podem causar depressão identifica a percepção de falta de controlo como uma característica essencial das situações causadoras de *Stress*. A suposição básica é a de que quando as pessoas experimentam uma situação que não podem controlar, desenvolvem uma expectativa de falta de controlo em situações semelhantes. Esta aprendizagem resulta na síndrome de desespero que consiste em défices motivacionais, cognitivos e emocionais. Com base nas semelhanças entre

os sintomas do desespero aprendido e da depressão, *Seligman* sugere que o desespero aprendido é a principal causa de depressão reactiva (24).

Levi (1998), refere-se ao *Stress*, configurando uma situação em que existe “... *bad person-environment fit, objectively, subjectively, or both, at work or elsewhere and in interaction with genetic factors ...*”. Trata-se de uma referência que destaca a teoria em que se evocam aspectos relacionados com as necessidades do indivíduo e as exigências do trabalho em que os recursos de personalidade e os mecanismos de *Coping* medeiam a capacidade de adaptação (23).

Estes conceitos contemporâneos em relação ao *Stress*, foram evoluindo ao longo de mais de dois milénios. No princípio da era clássica, *Heráclito* foi o primeiro a sugerir que um estado estático, sem mudança não era uma condição natural, mas antes que a capacidade de sofrer mudanças constantes era intrínseca a todas as coisas. Depois, *Empédocles* sugeriu que toda a material consistia em elementos e qualidades, numa oposição ou aliança dinâmicas uns com os outros, e que esse equilíbrio ou harmonia era condição necessária para a sobrevivência dos organismos vivos (22).

As definições mais recentes do *Stress* chamam a atenção para o facto de este resultar de um processo de interacção ou transacção, surgindo como consequência da relação entre os estímulos ambientais e as respostas individuais. Neste sentido, considera-se que o *Stress* só ocorre quando a pessoa avalia as exigências externas como excedendo as suas capacidades e recursos para lidar com elas, assumindo particular relevância os processos de confronto, ou seja, o modo como as pessoas lidam com o *Stress* e não tanto a frequência e intensidade dos próprios episódios de *Stress*. Define-se, tendo em conta este quadro, como um processo de interacção humana, tanto consciente (voluntária) como fisiológica (involuntária) – em que a primeira sobressai, numa situação de estímulos exigentes (4, 16).

Na língua portuguesa, regista-se o anglicismo “*Stress*”, como indicativo da resposta biológica a estímulos perturbadores de uma situação “estável”, ou seja: “conjunto de reacções do organismo a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa e outras, capazes de perturbar-lhe a homeostase”. Em linhas gerais: há uma relação de proximidade entre a função neurovegetativa simpática e a atividade emocional (25).

Selye descreveu que esta reacção neuro-endócrina se processa em três estádios, sendo que a resposta do sistema nervoso é de curta duração e a endócrina (hormonal) é muito mais prolongada (4):

1. Síndrome Geral de Adaptação. Reacção de alarme e ocorre após a exposição súbita do organismo ao estímulo. Em termos humanos é o susto que no início é acompanhado de elevação da frequência cardíaca, elevação da temperatura corporal, da força muscular e da pressão arterial, logo depois, ainda nesta primeira fase de alarme, ocorre o momento de contra-choque em que todas as forças defensivas são postas em acção, com um aumento de energia, associado a um aumento da produção dos corticoides, e que permite a todo o organismo reagir rapidamente;
2. Adaptação ou resistência. Adaptação aos estímulos, como se organismo se reequilibrasse. As reservas hormonais regressam ao normal;
3. Exaustão. Caso a exposição ao agente estimulante se mantenha, ultrapassa-se a adaptação e surge a exaustão, com reactivação vegetativa e manutenção no sangue de níveis elevados de cortisol, com o reaparecimento de todos os sintomas de prejuízo dada a excitação orgânica permanente. Em casos extremos a morte pode ocorrer.

Para cada pessoa há um nível óptimo de estímulos (*Eustress*) que predis põem positivamente. Se estes se mantêm demasiado tempo, ou são tão fortes ou mutáveis que superam a capacidade de adaptação da pessoa, passam a ter impacto negativo (*Strain*) e denominam-se *Distress* (5).

Os acontecimentos da vida causadores de *Stress* não agem sobre o corpo da mesma maneira que os estímulos químicos nocivos. E, no entanto, parecem não haver muitas dúvidas sobre o facto de que os acontecimentos da vida causadores de *Stress* estão associados com um risco aumentado relativamente a um vasto leque de desordens mentais e físicas. Existem dois tipos de mecanismos que medeiam o impacto do *Stress* psicossocial na saúde: em primeiro lugar, o *Stress* pode afectar a saúde directamente através de alterações na fisiologia do corpo; em segundo lugar, o *Stress* pode afectar a saúde, indirectamente, através de alterações no comportamento do indivíduo (24).

O *Stress* surge quando o indivíduo tem que enfrentar situações que exigem uma adaptação e podem ser interpretadas por ele como um desafio ou ameaça, por exemplo, uma mudança no emprego ou promoção, casamento ou divórcio, nascimento ou morte. Este mecanismo adaptativo é fisiológico e independente do estímulo que o desencadeou, porém a sua intensidade e continuidade estão intimamente relacionadas com a interpretação do indivíduo sobre as perdas e ganhos advindos das mudanças, das suas características pessoais, dos

recursos de enfrentamento de que dispõe no momento, do seu estado de saúde, do ambiente em que se encontra entre outros fatores (11) .

Assim, na presença dum estímulo o cérebro recebe um alerta e faz o respectivo processamento em termos de significado e memória, dando-se a activação da amígdala que faz parte do sistema límbico e está relacionada com os componentes emocionais do cérebro. A resposta neuronal proveniente da amígdala é transmitida ao hipotálamo, onde provoca uma resposta hormonal através da secreção do Factor Libertador de Corticotrofina que, por seu lado, tem a função de estimular a hipófise para que esta liberte outra hormona – a corticotrofina -, que actua sobre as glândulas supra-renais que têm um papel vital em toda esta resposta bioquímica do *Stress*, através da secreção medular de adrenalina e noradrenalina, e cortical de aldosterona e cortisol. O balanço entre o sistema nervoso simpático e o sistema nervoso para-simpático explica a ampla sintomatologia ligada à situação de *Stress* (4).

Com efeito, a redução da libertação das hormonas associadas ao *Stress*, notadamente do cortisol e da adrenalina, é desejável, já que, como se sabe, estando estas em excesso, podem enfraquecer as defesas do organismo e elevar a pressão arterial, criando as condições ideais para o desenvolvimento de infecções e doenças cardíacas, tais como o enfarte do miocárdio, a hipertensão arterial e a insuficiência cardíaca (15).

Uma das propostas conceptuais que mais poderá ajudar a compreender estes processos de adaptação a contextos de *Stress*, é o modelo transaccional cognitivo, motivacional e relacional proposto por *Lazarus*. Segundo este modelo, a compreensão do *Stress* a contextos de trabalho implica analisar os padrões individuais de resposta às condições ambientais adversas e não apenas identificar os factores que tornam a situação stressante para cada indivíduo (26).

Os dois processos centrais que na teoria de *Lazarus* determinam a intensidade das experiências de *Stress* numa determinada situação são a avaliação cognitiva e o *Coping*. A avaliação cognitiva é um processo que determina porque é que determinada situação é percebida como causadora de *Stress* para um certo indivíduo, e o nível de *Stress* que essa situação lhe causa. Esta avaliação pode ser primária, secundária e uma reavaliação. Na avaliação primária, os sujeitos categorizam uma determinada situação relativamente ao significado que poderá ter para o seu bem-estar e tomam uma decisão sobre se essa situação é irrelevante, positiva ou causadora de *Stress*. Uma situação é considerada causadora de *Stress* se implicar prejuízo, perda, ameaça ou desafio. Uma vez a situação categorizada como causadora de *Stress*, os sujeitos tendem a avaliar as suas opções de *Coping*, a fim de decidirem

qual será a estratégia mais eficaz numa determinada situação para conseguir o resultado pretendido. Esta avaliação dos recursos de *Coping* e das várias opções é denominada avaliação secundária. A noção de reavaliação foi introduzida para enfatizar o facto de os processos de avaliação cognitivos se encontrarem em constante alteração. Portanto, a avaliação inicial da situação pode ser alterada à medida que nova informação sobre a situação ou sobre o impacto do comportamento do sujeito for recebida (24).

Neste “encontro” transaccional entre o indivíduo e a situação stressante, intervêm processos de avaliação cognitiva ao nível primário e secundário. No primeiro caso, a pessoa pondera a relevância que a situação em causa tem para si (e.x., percepção de importância), podendo daqui resultar um sentimento de ameaça se a mesma for avaliada como negativa (e.x., percepção de ameaça) ou um sentimento de desafio se a situação for avaliada como positiva (e.x., percepção de desafio). No segundo caso, o indivíduo pondera aquilo que poderá fazer para lidar com a situação de *Stress* em causa. A este nível, são vários os processos psicológicos implicados, tendo sido interesse deste estudo analisar o potencial de confronto, onde a pessoa pondera até que ponto tem recursos para gerir as exigências do seu trabalho, e a percepção do controlo, onde a pessoa pondera até que ponto tem poder para alterar as suas condições de trabalho (26).

3. Burnout

Neste terceiro ponto serão expostas as definições mais pertinentes do *Burnout*, distinguindo-o de outros conceitos e apresentando o instrumento que vamos utilizar no estudo empírico. Serão ainda abordadas as causas, sintomas e consequências do *Burnout*, para em seguida relacionar o *Burnout* com a Medicina Dentária em particular e definir estratégias de *Coping*.

3.1. Definição e enquadramento histórico

As primeiras pesquisas sobre o *Síndrome de Burnout* são resultado de estudos sobre emoções e maneiras de lidar com elas, desenvolvidas com profissionais que, pela natureza do seu trabalho, necessitavam de manter um contato directo com outras pessoas (trabalhadores da área da saúde, serviços sociais e educação) (27).

O termo *Burnout* deriva da conjugação de *burn* (queima) e *out* (exterior), sugerindo um consumo físico, emocional e mental causado pelo desajustamento entre o indivíduo e o seu ambiente (28).

Foi através de observações feitas por *Freudenberger*, dentro de uma clínica de desintoxicação, em meados dos anos 1960 que as primeiras descrições científicas vieram à tona, avaliando funcionários afetados por esta desordem (29).

De acordo com *Schaufeli e Enzmann*, a razão para a publicação de seu trabalho numa revista de problemas sociais, em vez de uma da área da psiquiatria adequada, foi que o *Burnout* surgiu pela primeira vez como um problema social, como uma descoberta de que algo estava "no ar", e não como uma construção erudita. Na introdução do artigo, explica que *Freudenberger* gostaria de partilhar a sua própria experiência clínica: comunidades terapêuticas, "hot lines", centros de intervenção de crise, centros de gays e de sem-abrigos fugitivos. *Free Clinic* de São Marcos, no *East Village, New York City*, é o lugar onde o autor é também alvo do *Burnout*. Considerando este contexto, pode-se observar que a maioria de seus artigos sobre o *Burnout* são mais ou menos autobiográficos (30).

Somente a partir de 1976 os estudos sobre *Burnout* adquiriram um carácter científico relevante, uma vez que foram construídos modelos teóricos e instrumentos capazes de registar e compreender este sentimento crónico de desânimo, apatia e despersonalização (27).

Este conceito emergiu primariamente como um problema social, fortemente associado

às profissões de trabalho com pessoas, e não como um constructo académico. As duas perspectivas iniciais do *Burnout* coexistiram e desenvolveram-se mais ou menos de forma independente: a perspectiva clínica de *Freudenberg*, que se centrou nos factores pessoais, preocupando-se com a avaliação, prevenção e tratamento; e a perspectiva de investigação social de *Maslach*, que se centrou no ambiente profissional, dedicando-se à investigação e à teoria (28).

Os artigos publicados por *Freudenberg* e *Maslach*, durante os anos 70, vieram chamar a atenção para o facto do fenómeno de *Burnout* não dizer apenas respeito a comportamentos “aberrantes” de alguns indivíduos considerados “desviantes”, mas constituir um fenómeno mais comum, caracterizado por esgotamento emocional, perda de motivação e comprometimento com o trabalho (16).

Para *Freudenberg*, dar, é dar de si mesmo num nível psicológico. Isto é o mesmo que dizer que o oposto do *Burnout* é a auto-realização. Não se pode ajudar o resto do mundo sem cuidar de nós próprios primeiro. Na base deste raciocínio, os pensamentos de *Freudenberg* sobre o *Burnout* estão relacionados com a teoria humoral. Problemas de saúde do corpo e da alma são, assim, causados por uma perturbação do equilíbrio entre os quatro fluidos do corpo: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra. O estado normal do organismo é a ordem, o que significa que a desordem (um sistema sob ataque) faz mal à saúde (30).

Apenas nos anos 80, a investigação empírica sobre o *Burnout* tornou-se mais sistemática, de natureza quantitativa, utilizando questionários e inquéritos em amostras mais alargadas. Nesta fase desenvolveu-se o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), instrumento de medida do *Burnout* nos médicos – perfil e enquadramento destes doentes *Burnout*, desenvolvido por *Maslach* e *Jackson* em 1981 (28).

Delbrouck caracteriza o *Burnout* como “um estado de fadiga ou frustração motivado pela dedicação a uma causa, um estilo de vida ou uma relação que não atende às expectativas” (31).

Desde que o termo *Burnout* surgiu pela primeira vez na literatura científica que a investigação a este nível tem evoluído sem precedentes, sendo actualmente quase considerado como um problema de saúde pública, pois as suas consequências negativas nos profissionais que prestam serviços e cuidados humanos fazem-se sentir não só no profissional, mas também em todos aqueles que constituem os “alvos” de intervenção (32).

Ao examinar atentamente as suas três dimensões básicas, observa-se que todos os sintomas descritos, sem excepção, estão presentes na depressão. Por exemplo, na dimensão

exaustão emocional o indivíduo sente-se esgotado e com a sensação de que não será possível recuperar a sua energia, torna-se irritável e amargo, pouco generoso, sente-se menos capacitado a cuidar dos outros e torna-se pessimista; na despersonalização há um distanciamento emocional e uma indiferença diante do sofrimento alheio, com uma perda da capacidade de empatia, o que faz com que o paciente seja tratado como um objecto (há, aqui, uma distorção do conceito de despersonalização utilizado há décadas pela psiquiatria); na dimensão da realização pessoal, o indivíduo sente-se impotente, frustrado, infeliz e com baixa auto-estima (33).

Farber propôs a diferenciação do Síndrome tendo em conta três perfis clínicos (29):

- a. *Frenetic* – O indivíduo trabalha cada vez mais, até à exaustão. Procura a satisfação e o sucesso correspondentes aos esforços realizados. Perante diversas frustrações trabalha cada vez mais, numa tentativa constante de obter os resultados pretendidos e as metas estabelecidas inicialmente. A saúde física e a vida pessoal são muitas vezes negligenciadas, para maximizar a possibilidade de sucesso profissional. Incapacidade de reconhecer os limites.
- b. *Underchallenged* – Baixa motivação, perante trabalhos monótonos, repetitivos ou pouco estimulantes, embora sem negligenciar totalmente as suas responsabilidades profissionais. Falta de interesse nas diversas ocupações, realizando-as de forma muito superficial. Falta de senso de proporção, no que diz respeito ao sucesso no trabalho e noutras áreas distintas. Pode surgir a vontade de abandonar a profissão, alternada com momentos de culpa devido a esses pensamentos.
- c. *Worn-out* – O indivíduo desiste quando confrontado com muito *Stress* ou pouca gratificação no trabalho, bem como fracas remunerações monetárias, regras burocráticas e políticas organizacionais. Elevado grau de pessimismo, que conduz a uma quase total perda de entusiasmo e a uma negligência das responsabilidades. Acúmulo de frustrações, por situações alheias ao próprio indivíduo.

Por conseguinte, enquanto alguns profissionais lidam com a insatisfação, aumentando o esforço na tentativa de conseguir os resultados esperados, outros optam por negligenciar as suas tarefas, numa tentativa de equilibrar o raciocínio entre as recompensas obtidas e o seu investimento (29).

Em síntese, *Burnout* é um processo que conduz a resposta inadequada a um stressor

laboral com implicações emocionais, de carácter crónico, e cujos traços principais são o esgotamento físico e psicológico, a atitude fria e despersonalizada para os solicitadores do serviço e o sentimento dilacerante de fracasso quanto ao trabalho realizado (5).

3.2. Modelos explicativos do *Burnout*

O *Maslach Burnout Inventory* (MBI) tornou-se o " modelo de ouro, quase universalmente aceite para avaliar o *Burnout* ". Foi concebido como uma medida geral a ser utilizada em todas as profissões que envolvem prestação de serviços e tem demonstrado uma elevada fiabilidade e validade. Dados resultantes de uma versão preliminar do MBI foram submetidos a uma análise factorial e a partir dos dez factores que surgiram , três factores definem agora o conceito (34).

São pois, segundo *Maslach e Jackson* (1981), estas as três dimensões *major* do *Burnout* (5):

- a. A exaustão emocional ocorre quando o indivíduo percebe não possuir mais condições de despende a energia que o seu trabalho requer;

A exaustão é a qualidade central do *Burnout* e a sua manifestação mais evidente, sendo das três dimensões a mais relatada e cuidadosamente analisada. No entanto, não é suficiente para explicar o *Burnout*, pois não capta os aspectos críticos da relação dos indivíduos com o seu trabalho. Além disso, a exaustão não é simplesmente experienciada, também desencadeia no profissional acções de distanciamento emocional e cognitivo do trabalho, presumivelmente como forma de lidar com a sobrecarga de trabalho (32).

- b. A despersonalização é considerada uma dimensão típica do Síndrome de *Burnout* e um elemento que permite distingui-la do *Distress*. Originalmente apresenta-se como uma defesa inconsciente da carga emocional que decorre do contacto directo com o outro. Desencadeiam-se atitudes insensíveis em relação às pessoas nas funções que desempenha, ou seja, o indivíduo em sofrimento cria uma barreira para não permitir o impacto nocivo dos problemas e sofrimentos alheios. O profissional em *Burnout* acaba por usar o cinismo, a rigidez ou até mesmo o ignorar do sentimento/necessidades da outra pessoa;

A despersonalização implica o desenvolvimento de atitudes e sentimentos negativos em relação às pessoas para quem o trabalho é feito, ao ponto de existir uma responsabilização por problemas próprios do sujeito. Uma diminuição da realização pessoal é uma tendência, bem

como uma valorização negativa da sua própria capacidade de realização de tarefas, havendo um sentimento de infelicidade ou insatisfação com os resultados obtidos (29).

c. A reduzida realização profissional é um estado misto de sensação de insatisfação que o profissional passa a ter com ele próprio e com a execução das suas tarefas, derivando daí sentimentos de incompetência, baixa auto-estima e recriminações pessoais.

Uma das definições mais citadas de satisfação no trabalho é, de acordo com *Schaufeli e Bakker* (2010), um estado emocional agradável ou positivo resultante da avaliação de um posto de trabalho. Vários estudos indicam que a satisfação no trabalho está relacionada tanto com o *Burnout*, como com a auto-eficácia (35).

A relação desta dimensão do *Burnout* com as restantes é mais complexa, pois se em alguns estudos surge como consequência quer da exaustão, quer do cinismo, noutras surge da combinação das duas dimensões (32).

Examinando a extensão em que o *Burnout* é um problema no campo da saúde mental, temos duas áreas-chave: (1) a prevalência do desgaste entre os profissionais de saúde mental, e (2) a associação do *Burnout* com outros problemas para a equipa de saúde mental e prestação de serviços. Através de vários estudos, parece que 21-67% dos trabalhadores da área da saúde mental sofrem de elevados níveis de *Burnout*. Num estudo realizado em 151 Agentes Comunitários de Saúde Mental no Norte da Califórnia, *Webster e Hackett* (1999) descobriram que 54% apresentam uma elevada exaustão emocional, e 38% altas taxas de despersonalização, contudo com elevados níveis de realização pessoal (36).

Profissionais da área da saúde mental, que trabalham como parte integrante de equipas comunitárias, são alvo de maiores níveis de *Stress* e *Burnout*, como resultado de pesadas cargas de trabalho, aumento dos encargos administrativos, e uma falta de recursos generalizada. Outros stressores específicos são, problemas com a gestão do tempo, questões de segurança, o papel do conflito e ambiguidade, a falta de supervisão, e condições gerais de trabalho inadequadas. Uma revisão sistemática do *Stress*, particularmente no campo da psiquiatria, foi conduzida por *Fothergill et al.* A frequente e contínua queixa, diz respeito às características negativas dos pacientes e dos seus familiares. Outras fontes de *Stress* são, a falta de feedback positivo, os baixos salários, e um ambiente pouco agradável de trabalho. O suicídio do paciente é outro importante factor para muitos trabalhadores da área (37).

De acordo com *Maslach et al.* (2001), os dois conceitos mais pronunciados são a depressão e satisfação no trabalho. O *Burnout* pode ser diferenciado da depressão por ser um

problema que está mais directamente relacionado com o contexto de trabalho. A depressão, por outro lado, tende a englobar todos os domínios da vida de uma pessoa. Quanto à satisfação no trabalho, a questão diz respeito à correlação negativa comumente encontrada entre os conceitos. *Maslach et al.* (2001) afirmam que as correlações entre *Burnout* e satisfação no trabalho não são fortes o suficiente para concluir que são idênticos, mas estão claramente ligados. Agentes stressores relacionados ao trabalho, como a carga de trabalho e a pressão do tempo, relacionam-se altamente com o *Burnout* (35).

Leiter coloca a exaustão emocional numa posição central, pois está associada a níveis elevados de despersonalização e a baixos níveis de realização pessoal. A despersonalização aparece como uma tentativa ineficaz para lidar com sentimentos de exaustão, surgidos no relacionamento interpessoal. Este modelo postula que a exaustão emocional desenvolve-se em primeiro lugar porque é mais sensível às causas e ao *Stress* no trabalho. O modelo define exaustão emocional como uma reacção ao *Stress* ocupacional, sendo o seu impacto mediado por diferentes aspectos: por exemplo, comprometimento organizacional e comprometimento profissional (38).

Tal como o *Burnout*, a pesquisa sobre o *Stress* traumático secundário (STS) surgiu a partir de observações de problemas psicológicos entre os cuidadores. *Jenkins e Baird* (2002) afirmam que o *Burnout* e o STS "são semelhantes, na medida em que resultam da exposição emocional em postos de trabalho exigentes e representam uma debilitação que pode limitar os serviços dos cuidadores. Ao contrário do *Burnout*, o STS continua a ser visto, principalmente, como uma resposta ao contacto com os utentes, especificamente, com as pessoas que sofreram algum tipo de trauma. *Figley* (1995) relacionou o termo "fadiga por compaixão" ao STS entre profissionais de saúde mental, descrevendo o STS como "uma consequência dos comportamentos e emoções naturais, resultantes de um evento traumatizante vivido por outro" (39).

Cherniss considera o *Burnout* como um processo de adaptação psicológica, sendo constituído por diferentes estados que ocorrem ao longo do tempo e que representam uma forma de adaptação ou *Coping* para com as fontes específicas de *Stress*. *Chernis* descreve três fases na evolução do *Burnout*: o desequilíbrio entre a procura e os recursos, com o *Stress* psicossocial; o estado de tensão psicológica, e as mudanças comportamentais, do tipo defensivo e evasivo, com tendência para um tratamento rotineiro e mecânico dos pacientes (38).

Neste modelo, *Cherniss* (1980) apresenta uma visão transaccional do *Burnout*, considerando-o o produto de um processo de influência mútua e permanente entre os indivíduos

e o meio de trabalho em que se inserem. De acordo com o autor, quer no indivíduo, quer no seu meio laboral, figuram fontes de *Stress*, embora as fontes individuais sejam perspectivadas em menor extensão, uma vez que nos contextos de trabalho ligados aos serviços humanos existem oito factores críticos que produzem stress e poderão ser desencadeadores de *Burnout*: fraca orientação, carga de trabalho elevada, rotina, possibilidades reduzidas de contacto com os clientes, falta de autonomia, objectivos institucionais incongruentes com os valores pessoais, práticas de liderança e supervisão desadequadas e isolamento social (40).

O *Stress* ocupacional surge como resultado da interacção entre o trabalhador e as condições de trabalho, especificamente quando as exigências desta relação ultrapassam a capacidade do indivíduo para lidar com elas. *Stress* ocupacional e *Burnout* são conceitos muito próximos e de difícil diferenciação. O *Stress* ocupacional refere-se a um processo temporário de adaptação que é acompanhado de sintomas mentais e físicos, enquanto o *Burnout* pode ser considerado como a fase final do fracasso nessa adaptação, que é resultante de um desequilíbrio prolongado entre exigências e recursos (28).

Thomas e Wilson (2004) descrevem o STS como parte de um grupo de *Stress* ocupacional, incluindo os síndromes de trauma vicario e fadiga por compaixão. Estes são compostos por cinco componentes básicos: (1) encontros intensos frequentes com os clientes; (2) estados de fadiga física e mental; (3) contestação de valores, crenças e visão do Mundo; (4) a exposição ao trauma de clientes; e (5) as respostas expectáveis ao *Stress*. Alguns destes componentes são elementos do *Burnout*, juntamente com sentimentos de desilusão, isolamento e distanciamento emocional. Considerando que o *Burnout* parece resultar, em parte, da confluência de fontes interpessoais e institucionais de *Stress* ocupacional, o STS é visto como um risco ocupacional único, entre aqueles que trabalham com vítimas de trauma (39).

O modelo de *Burnout* de *Golembieski* preconiza que as diferentes dimensões emergem simultaneamente, embora de forma não independente, dando origem a oito padrões ou fases diferentes de *Burnout*, o designado "*Phase-Model*". Este propõe uma progressão sequencial na emergência destas dimensões, sendo que o aparecimento de uma precipitaria o desenvolvimento de outra. Nesta proposta, a despersonalização corresponderia à primeira fase, seguida da reduzida realização pessoal e finalmente da exaustão emocional, ao contrário do que propõe *Maslach* onde a exaustão emocional seria a primeira dimensão a surgir, conduzindo à despersonalização e conseqüentemente à diminuição da realização pessoal (28).

Nas oito fases evolutivas deste modelo, os indivíduos, que vêem os seus locais de trabalho como menos atractivos, demonstram maior insatisfação e apresentam uma maior

intenção de abandono, menor envolvimento e participação na tomada de decisões, maior incidência de sintomas físicos e estados emocionais negativos. Os indivíduos nas fases mais avançadas de *Burnout* relatam, quase sempre, mais experiências negativas de trabalho e mais resultados negativos, do que os indivíduos nas fases menos avançadas. Ao nível organizacional, a produtividade da unidade de trabalho tende a diminuir (40).

3.3. Instrumentos de medida do *Burnout*

Guyatt, Feeny e Patrick (1993) definiram, de uma forma muito clara, uma taxinomia para as medidas de qualidade de vida relacionadas com a saúde. Segundo estes autores, podemos, de um modo geral, caracterizar estas medidas em dois principais tipos: instrumentos genéricos que nos permitem obter indicadores que representam uma súmula da qualidade de vida e instrumentos específicos orientados para determinadas doenças, grupos de doentes ou áreas funcionais. Entre estes instrumentos genéricos incluem-se normalmente os perfis de saúde que medem aspectos importantes ou dimensões de qualidade de vida relacionadas com a saúde. O outro tipo de instrumentos genéricos são as medidas de utilidade de qualidade de vida provenientes das teorias económicas e de decisão e que pretendem reflectir as preferências dos indivíduos por eventuais intervenções de saúde ou por vários resultados em saúde (41).

O instrumento mais utilizado para avaliar o *Burnout*, independentemente das características ocupacionais da amostra e da sua origem, segundo *Gil-Monte e Peiró* (1999), é o MBI – *Maslach Burnout Inventory*, elaborado por *Christina Maslach e Susan Jackson*, em 1978. O MBI é um instrumento utilizado exclusivamente para a avaliação da síndrome, não tendo em consideração os elementos antecedentes e as consequências do seu processo (42).

Uma forma preliminar do MBI, que consistia em 47 itens, foi aplicado a uma amostra de 605 pessoas (56 por cento do sexo masculino, 44 por cento do sexo feminino), a partir de uma variedade de serviços de saúde e ocupações incluindo: polícias, professores, enfermeiros, assistentes sociais, psiquiatras, psicólogos, advogados, médicos e administradores (43).

A necessidade de avaliar o *Burnout* em outras ocupações nas quais não ocorre ou ocorre atendimento eventual de pessoas, fez com que fosse desenvolvida a versão MBI-GS-*Maslach Burnout Inventory - General Survey*. Este movimento de ampliação do conceito de *Burnout* fez com que os investigadores desenvolvessem o MBI - SS (*Maslach Burnout Inventory - Student Survey*) para avaliar o síndrome em estudantes, ou seja, como este experimenta o seu

estudo, de acordo com três dimensões conceptuais do MBI-GS, exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. Inicialmente o instrumento continha 16 questões. Após processo de validação em amostra de 1.661 estudantes de universidades da Espanha, Portugal e Holanda, foi excluída uma das questões, passando o instrumento a constituir-se por 15 itens (27).

O (MBI- HSS) é composto por 22 itens, categorizados por estes três factores: exaustão emocional (nove itens), despersonalização (cinco itens), e realização pessoal (oito itens). Os itens são avaliados utilizando uma escala de resposta de 7 pontos, variando entre *nunca experimentei tal sentimento* (0) a *experimentei esses sentimentos todos os dias* (6). As pontuações para cada factor podem ser codificadas com uma pontuação baixa, média ou alta. A classificação do *Burnout* é discriminada da seguinte forma: exaustão emocional (baixo ≤ 16 ; médio 17-26; alto ≥ 27); despersonalização (baixo ≤ 6 ; médio 7-12; elevado ≥ 13); e realização profissional (baixo ≥ 39 ; médio 38-32; alto ≤ 31). O *Burnout* está associado com a maior pontuação nas subescalas EE e DP e a uma pontuação mais baixa na subescala PA (34).

O MBI-SS é um instrumento utilizado exclusivamente para a avaliação do síndrome, não tendo em consideração os elementos antecedentes e as consequências resultantes do seu processo. Avalia índices de *Burnout* de acordo com os valores de cada dimensão, sendo que altas pontuações na exaustão emocional e despersonalização e baixas na eficácia profissional (esta subescala é inversa) indicam um alto nível de *Burnout* (27).

O sucesso do MBI é visto a nível da sua maior confiabilidade e validade. O MBI contrasta com vários outros tipos de instrumentos para medir o *Burnout*, a partir da década de 1980. As "medidas alternativas do *Burnout*" mencionadas são de uma entrevista estruturada para avaliar o nível de esgotamento. Essas medidas eram na maioria das vezes abandonadas, porque lhes faltava uma base empírica, de acordo com os principais pesquisadores do *Burnout*, como *Schaufeli, Enzmann e Girault* (30).

Alguns investigadores detectaram falhas na concepção do modelo de *Maslach*, tanto teóricas (na elaboração do conceito), quanto metodológicas (na elaboração do MBI), pondo em risco a validade dos achados epidemiológicos. Baseados em modelos teóricos e em dados empíricos, eles propõem novas definições de *Burnout* com o objectivo de aprimorar o conceito(44):

- *Pines e Aronson*: definiram *Burnout* como "um estado de exaustão física, emocional e mental causado por um envolvimento a longo prazo em situações

de elevada exigência”. Não restringem o conceito ao campo ocupacional. O instrumento desenvolvido por *Pines e Aronson*, chamado *Burnout Measure* (BM), é apontado como o segundo mais utilizado, até 1998, após o MBI.

- *Shirom e Melamed*: consideram que o *Burnout* é um estado afectivo singular caracterizado pela sensação de perda de energia física, mental e cognitiva, que ocorre como reacção ao *Stress* crónico. O instrumento desenvolvido pelos autores é o *Shirom-Melamed Burnout Measure* – SMBM.
- *Demerouti*: desenvolveu o *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI), que abrange os aspectos físicos e cognitivos da exaustão (em contraposição ao MBI, que apreenderia apenas o aspecto afectivo da exaustão).
- *Kristensen*: considera como aspecto central a fadiga/exaustão e a sua atribuição, pelo indivíduo, a determinada esfera da sua vida. Desta forma, o instrumento desenvolvido pelos autores – o *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) – avalia *Burnout* em três dimensões: pessoal (genérico, isto é, representando o quanto o indivíduo se sente cansado ou exausto, de maneira geral), ligado ao trabalho (o grau de exaustão física ou psicológica que é percebida pelo sujeito como relacionada ao trabalho) e ligado ao cliente (ou seja, o quanto a exaustão da pessoa é atribuída ao seu trabalho com outras pessoas; o termo “cliente” pode ser substituído por “pacientes”, “colegas”, “filhos”, “estudantes” etc., dependendo do contexto).

O questionário de *Copenhagen Burnout Inventory* é um instrumento construído no âmbito do projecto PUMA (sigla dinamarquesa para o Projecto de Burnout, Motivação e Satisfação no Trabalho) iniciado em 1997. O estudo PUMA foi desenhado como um estudo de intervenção longitudinal e desenvolvido ao longo de cinco anos, tendo como objectivos estudar a prevalência e a distribuição do *Burnout*, as causas e conseqüências do *Burnout* e as possíveis intervenções para reduzir o desgaste, se necessário. Assim, este questionário foi desenvolvido para avaliar o *Burnout* em trabalhadores dos serviços humanos (38).

3.4. Causas e conseqüências

O *Síndrome de Burnout* pode ser visto como uma percepção contínua de que os esforços feitos para levar a cabo determinadas tarefas não é eficaz, porque se esperava gratidão, reconhecimento ou sucesso. *Farber* critica o facto da maioria dos investigadores

contemplarem o *Burnout* como um fenómeno único, ou seja, como um síndrome com etiologia e sintomas relativamente consistentes em todos os indivíduos (29).

São descritas três grandes categorias de agentes stressores: os cataclísmicos, intensos, súbitos, universais, traumáticos para a grande maioria das pessoas; os stressores pessoais, também intensos, mais ou menos inesperados, e que se ligam aos acontecimentos da vida; e os stressores de fundo, que são quotidianos, aparentemente de mais fraca intensidade, mais repetitivos ou mantidos, rotineiros e cumulativos (aborrecimentos diários). São estes últimos, os de maior risco psicossocial (4).

Já *Freudenberger* (1974) havia afirmado que os mais propensos ao *Burnout* eram os profissionais dedicados e os que se comprometem e envolvem em demasia, assim como os que têm uma excessiva necessidade de dar (32).

O autor tentou descrever o desenvolvimento cronológico do *Burnout* num modelo com 12 estágios (45):

- Necessidade compulsiva de provar algo a si mesmo (ambição excessiva)
- Trabalhar arduamente
- Negligenciar necessidades próprias
- Desfasamento de conflitos e necessidades
- Falta de tempo para as necessidades não relacionadas com o trabalho
- Aumento da negação da existência de um problema, diminuindo a flexibilidade de pensamento/comportamento
- Falta de orientação, cinismo
- Mudanças de comportamento/reacções psicológicas
- Despersonalização: perda de contacto com o “eu” e com as próprias necessidades
- Vazio interior, ansiedade, comportamentos de dependência
- Aumento da sensação de falta de sentido e falta de interesse
- Exaustão física, que pode ser fatal

Os sucessivos, e às vezes antagónicos, direccionamentos conjecturais político-económicos e sociais, a introdução na liderança do sistema de profissionais de ideologias e culturas distintas de tradição médica, às vezes incompatíveis com esta, sem acautelar uma articulação, tem tradução negativa na organização dos serviços de saúde, no enquadramento do trabalho médico e nos seus resultados. O actual incentivo à produtividade tem um impacto

dúbio, por um lado premeia a dedicação e pode ser um motivador externo, mas em contrapartida è um factor de *Stress* adicional, já que introduz a noção de que tempo é dinheiro, compelindo ao repúdio de outras opções mais saudáveis (4).

Kasl (1991) sistematiza as condições de trabalho potencialmente stressoras da seguinte forma (23):

- Aspectos relativos ao **tempo de trabalho** (trabalho por turnos, horas extraordinárias, dois empregos, etc.);
- **Conteúdo do trabalho** (fragmentado, monótono, repetitivo, grau de autonomia, solicitações pouco precisas, recursos insuficientes para a realização das tarefas);
- **Relações interpessoais no grupo** (suporte social, interacção entre trabalhadores);
- **Relações interpessoais com a supervisão** (participação no processo de decisão, reconhecimento pelo trabalho, suporte social);
- **Condições organizacionais** (dimensão da empresa; estrutura organizacional).

A Medicina permanece, a despeito da crise que se atravessa, uma profissão que oferece várias possibilidades de realização material, intelectual e emocional. É uma área fascinante, de capital importância para a sociedade e, como tal, uma carreira desejada e idealizada pelos jovens. O grau de idealização pode gerar altas expectativas que, não correspondidas, tendem a produzir decepções e frustrações significativas, com repercussões importantes na saúde dos profissionais (46).

Os profissionais estão sujeitos a riscos infecciosos, biológicos e físicos, ao potencial de serem agredidos e, contrariamente aos outros trabalhadores, o empregador não garante a sua efectiva protecção. Embora estejam em primeira linha para contrair a doença e transmiti-la a terceiros, frequentemente negam ou desvalorizam estes riscos. Os hospitais e centros de saúde são estruturas adaptadas, frequentemente não construídas de raiz, sem condições ergonómicas, nem salvaguarda das necessidades estruturais para a realização do acto médico. Os recursos materiais e humanos escasseiam, sendo frequentes opções de recurso *in extremis* e o colmatar imaginativo e dedicado das insuficiências (28).

O género é um factor determinante na saúde mental e podem observar-se diferenças importantes nas taxas de depressão e transtornos de ansiedade. Na verdade, a depressão unipolar, apontada como segunda causa principal de carga global de invalidez em 2020, é duas

vezes mais comum em mulheres (47).

As disparidades de género são ainda maiores nos países em desenvolvimento, onde as mulheres têm um envolvimento recente no mercado de trabalho. Nestas regiões, as mulheres podem ser particularmente afectadas por um equilíbrio pobre na interface casa-emprego, com consequências maiores, quando a pobreza, o desemprego e as más condições de vida convergem entre si. Várias causas de *Burnout* e *Stress* no trabalho podem ser mais frequentes em mulheres (47):

- O duplo papel que têm de desempenhar em casa e no trabalho;
- Os papéis do género na sociedade;
- O risco de assédio sexual no trabalho e a violência doméstica;
- Discriminação baseada no género é reflectida em salários mais baixos e em maiores requisitos de trabalho.

Os Médicos Dentistas mais velhos são menos stressados do que os seus colegas mais jovens. Algumas questões, como as financeiras e as de gestão do paciente, parecem afectar ambos os grupos etários, mais ou menos da mesma forma, o que sugere que estas questões são de interesse global, ao invés de específico. A partir de um ponto de vista teórico, os resultados tendem a contradizer a crença geral, que considera que o envelhecimento é automaticamente acompanhado por uma degeneração e problemas de adaptação a mudanças de vida (48).

A evolução na carreira médica depende de inúmeras etapas altamente exigentes que requerem sacrifícios emocionais e pessoais para alcançar a recompensa intelectual, prolongando o período de formação e a dependência muito além de qualquer outra profissão, colocando no futuro as expectativas e realização de projectos pessoais vitais para sua auto-realização (28).

Pior e mais grave, dentro da profissão reproduz-se a fantasia de excelência com os corolários de sucesso e de condutas impossíveis de praticar no mundo real, um claro *handicap* para a sabedoria do viver (4).

O médico é frequentemente colocado em posições extremas: “sacralizado e demonificado”, confrontado com o mito ancestral de detentor do poder sobre a morte, sendo visto como aquele capaz de preservar a vida. Esta idealização da medicina antagoniza com muitas das suas actuais respostas sociais. A sociedade sofreu mudanças que levaram à diminuição do estatuto dos médicos e ao aumento da probabilidade de denúncias por má prática.

Além disso, estes profissionais defrontam-se frequentemente com doentes cujas exigências são impossíveis de satisfazer, que não cumprem as suas prescrições e que os intimidam e ameaçam pelos resultados não satisfatórios obtidos. Os efeitos nefastos do *Stress* e do *Burnout* podem ser observados ao nível da saúde física e mental, bem como na satisfação e na produtividade dos profissionais, pelo que se justifica o interesse em conhecer cada vez melhor não só a sua prevalência e efeitos, mas também a forma como se pode actuar para resolver e, se possível, prevenir estes problemas (16).

O *Burnout* é crescentemente alvo de preocupação das organizações, pois afecta a qualidade da performance do trabalhador. O indivíduo reduz o seu desempenho ao mínimo, tende a cometer mais erros, ser menos cuidadoso e menos criativo na resolução de problemas. Existem indicadores para as organizações que permitem distinguir se os indivíduos estão em *Burnout*. Estes manifestam-se pela diminuição da qualidade assistencial, reduzida satisfação laboral, elevado absentismo, tendência ao abandono do posto de trabalho ou da própria organização, redução do esforço e interesse na realização de tarefas, aumento de conflitos interpessoais com colegas, utentes e supervisores, provocando uma diminuição da qualidade da vida profissional dos trabalhadores (28).

O custo do *Stress* é expresso em termos dos seus efeitos na saúde e no bem-estar. As perturbações que mais atraíram a atenção relativamente a este aspecto são as infecções, as doenças coronárias, os problemas alimentares, como a dispepsia e as úlceras, e os problemas psicopatológicos, como, por exemplo, a depressão. As infecções são obviamente causadas por um agente infeccioso. Mas a exposição a esses agentes nem sempre causa uma infecção. Existem inúmeros factores que afectam a susceptibilidade dos indivíduos à doença (exposição prévia a microrganismos e o desenvolvimento de imunidade, o estado nutricional do sujeito, um vasto leque de factores genéticos). A exposição ao *Stress* tem sido incluída entre os determinantes da susceptibilidade individual. Existem dois grandes tipos de doenças coronárias, nomeadamente a angina de peito e o enfarte do miocárdio. Existem diversos mecanismos por meio dos quais o *Stress* pode contribuir para a doença coronária. É provável que ele acelere o desenvolvimento de arteriosclerose devido ao facto de aumentar a secreção de catecolaminas e do cortisol (ambos estão envolvidos na mobilização de depósitos de gordura), aumentando assim o nível de lípidos no soro. Por último o *Stress* está associado a um conjunto de práticas de saúde pouco saudáveis que aumentam o risco da doença coronária (consumo de cigarros, álcool, piores hábitos alimentares, pouco exercício físico) (24).

Assim, na decorrência do *Distress* o Síndrome de *Burnout* tem consequências nocivas

físicas, emocionais e comportamentais, tanto no campo das relações interpessoais como no campo profissional e apresenta-se hoje como um dos grandes problemas psicossociais e económicos (5).

A nível económico, o *Burnout* pode acarretar custos directos e indirectos elevados. Os custos directos incluem perda de produtividade, custos de recrutamento e administração, bem como custos para a formação de novos estagiários. Os custos indirectos incluem instabilidade na equipa de trabalho, redução da produtividade, aumento do *Stress* e risco de *Burnout* entre os restantes funcionários (47).

O indivíduo acometido pelo *Burnout* passa a ter vários aspectos de sua vida comprometidos, desde a sua saúde física (fadiga crónica, exaustão, desmaios ou perdas de consciência momentânea, cefaleias frequentes, dor muscular, hipertensão arterial, imunodeficiência, distúrbios cardiovasculares, gastrointestinais, respiratórios, sexuais e do sono), cognitiva e emocional (falta de concentração e de atenção, alterações da memória, perda do senso de humor, sentimentos de alienação e solidão, impaciência, baixa autoestima, ansiedade, depressão, vulnerabilidade, medo) e comportamental (conflitos familiares e conjugais, frustração, irritação, hostilidade, intolerância, rigidez, inflexibilidade, perda de iniciativa, trabalho prolongado com pouco rendimento) (11).

Durante o período de formação é dada ênfase às competências cognitivas (informação, conhecimentos específicos focalizados na doença) e algo sobre as práticas – o saber fazer. Aquilo que diz respeito ao saber ser é deixado ao livre arbítrio e o auto-conhecimento/desenvolvimento é desprezado (4).

3.5. Sinais

Descrever a sintomatologia do *Burnout* é extremamente complexo. Uma sinopse por *Burisch* refere-se a 202 publicações. Destas, o autor condensa uma lista de sintomas divididos em sete grupos (45):

a. Sinais de alerta numa fase inicial

- Maior compromisso com os objectivos traçados
- Exaustão

b. Compromisso reduzido

- Para com os pacientes

- Para com os outros em geral
 - Para com o trabalho
 - Aumento das exigências
- c. Reacções emocionais; culpa**
- Depressão
 - Agressão
- d. Redução**
- Motivação
 - Criatividade
 - Julgamento
 - *Performance Cognitiva*
- e. Limitações**
- Vida emocional
 - Vida social
 - Vida intelectual
- f. Reacções psicossomáticas**
- g. Desespero**

Freudenberger dividiu os sinais de *Burnout* em três categorias: sinais físicos, comportamentais e psicológicos. A categoria primeiramente mencionada inclui perda de peso, insónia, degradação física, depressão, cabeça fria e problemas de estômago, experimentando falta de ar. O segundo grupo inclui raiva, irritação e frustração. O terceiro grupo inclui sentimentos de cansaço, tédio, mágoa, desencanto, desânimo e confusão (30).

Uma definição actualizada de *Burnout*, usando a versão mais recente do MBI, é proposta por *Maslach et al.* Segundo o autor, o *Burnout* é "uma resposta prolongada ao *Stress* emocional, crónico e interpessoal, no ambiente de trabalho, e é definido por três dimensões: exaustão, cinismo e ineficiência". A exaustão é a sensação de não ser capaz de oferecer mais nada de si, a nível emocional; o cinismo é contemplado como uma atitude distante em relação ao trabalho, às pessoas alvo e entre colegas; ineficácia é o sentimento incapacidade de realização de tarefas de forma adequada e de ser incompetente no trabalho (29).

Do ponto de vista individual, a amplitude da sintomatologia pode variar do simples desconforto à morte, da dor de cabeça aos problemas coronários, da indicação de úlceras gástricas, da fadiga à hipertensão arterial. Apesar da diferenciação individual estar concentrada

no nível geral de ajustamentos de personalidade, maturidade e capacidades da pessoa, já se tem conhecimento que as estruturas físicas, psíquicas e bioquímicas do indivíduo, bem como o seu conjunto de valores, hábitos e ambiente social, desempenham um papel importante na exploração de tais diferenças (49).

Muitas das características psicodinâmicas que conduzem as pessoas para a carreira médica também as predis põem para desordens emocionais, alcoolismo, abuso de drogas e doença mental. Estas características incluem compulsividade, rigidez, controlo sobre as emoções, retardo de gratificações e formação de fantasias irrealistas sobre o futuro. Os Médicos emocionalmente desajustados revelam adaptações ineficientes que se expressam através de algumas características comportamentais, das quais se destacam as seguintes (46):

- Construção de uma personalidade impermeável às emoções e sentimentos, que se expressa por um embotamento emocional traduzido por uma aparente “frieza” no contacto com os pacientes e com as pessoas de um modo geral. Este embotamento manifesta-se também através de um progressivo afastamento emocional da vida familiar;
- O isolamento social é uma outra característica de uma inadequada adaptação profissional. À forte expectativa social de que o médico coloque as necessidades e a vida dos pacientes em primeiro lugar, acrescenta-se o desejo e a necessidade do médico de sentir-se necessário e insubstituível;
- A negação ou minimização dos problemas inerentes à profissão, ou seja, das dificuldades, incertezas, limitações e complexidades da tarefa médica é outro mecanismo que se destaca. O comportamento de negação das limitações torna-se cada vez mais rígido e estereotipado, com o desenvolvimento de atitudes arrogantes e aparentemente insensíveis;
- Uma outra característica que revela a desadaptação pode ser observada na atitude do profissional frente aos cuidados com a própria saúde. A procura de ajuda profissional de outro colega, na condição de paciente, representa um caminho muito difícil.

4. *Burnout* na Medicina Dentária e outras profissões de saúde

Será razoável aceitarmos que os profissionais de saúde que são formados para a compreensão do funcionamento humano e treinados nas mais variadas técnicas

psicoterapêuticas, com vista a promoverem o crescimento e desenvolvimento dos seus pacientes, constituam, eles próprios, potenciais alvos dos problemas que de forma semelhante afectam os seus pacientes (16).

Os factores de risco geralmente podem ser divididos em duas categorias (50):

Factores de risco profissionais - Riscos associados com o trabalho em si.

a. Clínicos

As consequências emocionais de trabalhar com os pacientes podem ser um forte agente stressor. As elevadas expectativas sobre o poder da medicina colocam pressão sobre os médicos.

b. Estruturais

A elevada carga de trabalho, associada à privação do sono, também pode ser um factor de risco. O ambiente psicossocial do trabalho pode interferir. Muitos desses factores de risco ocupacionais são intrínsecos ao trabalho. Mesmo aqueles que poderiam ser modificados (como a carga e as horas de trabalho) podem levar a uma maior tensão colegas de trabalho.

Factores de risco individuais - Traços de personalidade e vulnerabilidades psicológicas que podem interagir com factores de risco ocupacionais. Os traços de personalidade típicos de muitos médicos, como o perfeccionismo, podem levar os indivíduos a tornarem-se cada vez mais auto-críticos. Outras vulnerabilidades psicológicas comuns em médicos foram identificadas, incluindo um sentimento excessivo de responsabilidade, o desejo de agradar a todos, a culpa por coisas fora do próprio controlo e traços obsessivos compulsivos.

O desenvolvimento de novos recursos diagnósticos e terapêuticos, a influência da indústria farmacêutica e de equipamentos e a crescente presença das empresas compradoras de serviços médicos são factores que têm produzido profundas transformações na profissão médica, modificando o cenário do exercício profissional. As repercussões dessas mudanças ocorrem em vários campos, como por exemplo, na perda de autonomia, na remuneração, no estilo de vida, na saúde do médico, no comportamento ético do médico e nas relações entre médicos e pacientes (46).

A saúde, sendo um capital almejado, nunca é atingida na plenitude, é apenas um constructo. Na *praxis* o médico enfrenta limitações no serviço prestado que dificultam o sucesso das medidas terapêuticas que pretende implementar. Estas respeitam a vicissitudes sociais,

financeiras, políticas, culturais e psicológicas que determinam a saúde-doença e que transvazam o sistema de saúde. Contudo, a responsabilidade facial focaliza-se no médico quando o insucesso tem lugar. E este, não raramente, interioriza essa culpa, com sentimentos destruidores de inadequação e falta de autoconfiança. O médico deveria focalizar-se no tratar-cuidar, cada vez melhor, ciente das limitações impostas pela realidade de que o sofrimento e a morte fazem parte da vida (28).

Apesar do *Burnout* ter uma grande divulgação no âmbito da Psicologia, é curioso notar que não existem muitos estudos que testem os seus pressupostos no âmbito da Medicina Dentária (26).

A diferença nos níveis de *Stress* entre as várias especialidades da Medicina Dentária não foi encontrada. Odontopediatras relatam os maiores níveis médios de *Stress*, embora esta tendência não seja significativa. Um grande número de factores está implicado: situação de *Stress*, incluindo baixa autonomia, sobrecarga de trabalho e falta de congruência entre o poder e a responsabilidade. Médicos e Dentistas que assumem um papel no ensino, além de seu papel clínico podem ver aumentados os seus níveis de *Stress* (48).

O médico é uma pessoa e só depois um profissional. Tem, como qualquer outro trabalhador, limites e necessidades (5).

Os médicos partilham com profissionais de emergência, enfermeiros, polícias, investidores na bolsa, controladores de tráfego aéreo, professores, o topo na lista de profissões stressantes (5).

À natureza stressante do exercício profissional e da formação médica aliam-se questões de teor psicossocial e características psicodinâmicas que conduzem os indivíduos para a carreira médica, bem como outras vulnerabilidades que fazem do *Distress* médico uma epidemia silenciosa actual (5).

Ao contrário de outros trabalhadores, os médicos, perante o seu sofrimento físico e emocional, não procuram ajuda, automedicam-se e, além disso, negligenciam as suas necessidades quanto à saúde — 70% dos médicos não fazem *check-ups* regulares, 60% dos médicos de família não vão ao médico (5).

A falta de reciprocidade nas profissões de saúde é um conceito básico para compreender o *Burnout* pois é um sinal do desequilíbrio entre o investimento e os resultados,

sendo mais importante do que o excesso de horas de trabalho. A exaustão emocional é a principal causa de *Burnout* médico e exprime-se como a perda de energia e recursos que a situação sócio-profissional da medicina actual pode provocar aos seus profissionais. Deste modo, o nível de carência emocional dos pacientes e as características organizacionais do próprio trabalho apresentam-se como factores cruciais para o *Burnout* nos médicos – perfil e enquadramento destes doentes no desenvolvimento de *Burnout*. Quanto mais altas forem as exigências dos doentes e o seu nível de dependência do trabalho médico, maior é a probabilidade de aparecimento de *Burnout* (28).

A base conceptual do *Burnout* parece implicar que o ambiente físico é provavelmente de menor importância neste processo. Contudo, seria prudente tornar o local de trabalho, o mais agradável possível, pois, além de reduzir directamente o *Stress* sobre o Médico Dentista, pode reduzir o nível de ansiedade dos pacientes, e, assim, a carga emocional do médico. As expectativas poucas vezes se traduzem na realidade. No caso dos médicos, só as mais elevadas expectativas constituem motivadores para tão pesadas exigências da profissão (5).

Quando a pessoa experimenta altos níveis de ansiedade, durante um tempo prolongado, o seu bem-estar psicológico pode ser seriamente prejudicado, os seus sistemas fisiológicos podem ser alterados por excesso de solicitação, o sistema imunológico pode ser incapaz de defender o organismo, os processos cognitivos podem ser prejudicados, provocando uma diminuição do rendimento e, finalmente, o evitamento das situações que provocam essas reacções ansiosas pode comprometer a vida profissional e levar a uma diminuição da qualidade de vida (15).

Caracteriza-os uma vida e gratificações permanentemente adiadas, com frustração denegada, depressividade, com limitados interesses extraprofissionais e isolamento na profissão. Muitos, rendidos à dependência do trabalho, precisam que precisem deles. Em suma, o descuido quanto à autoproteção resume-se numa frase: “Eu trato, eu não preciso de ser tratado” (5).

Neste último caso, podem ser apontados como exemplos, a menor qualidade dos serviços prestados, a redução dos níveis de produção, o absentismo e a diminuição progressiva dos lucros, e tudo isto num ambiente laboral em que cada vez mais se valorizam os valores económicos face aos humanos (13).

Cientes de que o *Stress* na saúde é um facto sério, que com médicos em *Burnout* não há oferta de qualidade na saúde e que o colega médico é um caso difícil, trabalhoso e com

especificidades de intervenção, implementaram-se em muitos países programas de saúde próprios para médicos (5).

Para vários autores, variáveis como a duração do curso, a sobrecarga de trabalho, a carga horária, o grande investimento pessoal, com sacrifício de tempo com familiares, amigos, lazer ou quaisquer outras actividades e a necessidade de complementar a formação podem ser desencadeantes do desgaste. Questões como o desenvolvimento do autoconceito pessoal e profissional, a progressiva reformulação cognitiva face às exigências do trabalho, a literacia emocional e as competências mais específicas de lidar com os problemas, com a pressão, a sobrecarga, com a dor, a responsabilidade, a limitação e a incerteza inerentes à prática médica são melhor desenvolvidas em contextos grupais de intervenção longitudinal. Porém, o maior ganho surge naquelas condições em que existe um programa bem definido, com objectivos detalhados, regularidade no encontro, uma metodologia explícita, e está presente um dinamizador habilitado, psiquiatra ou outro, com formação apropriada ao modelo implementado (5).

Em síntese, o *Stress Ocupacional* e o *Burnout* nos profissionais que prestam serviços e cuidados humanos, constitui um tema extremamente relevante do ponto de vista social e individual, pois a sua acção negativa faz-se sentir não só no profissional em causa, mas também em todos aqueles que constituem os seus “alvos de intervenção” (16).

5. Estratégias de Coping

De acordo com *Lazarus e Folkman*, o *Coping* corresponde a "esforços cognitivos e comportamentais, de forma a gerir demandas internas/externas que excedem os recursos do individuo". A palavra *Coping* advém do verbo inglês *to cope*, que significa lutar, competir enfrentar. Uma pessoa será psicologicamente vulnerável a uma determinada situação, se não possuir recursos suficientes para lidar com os problemas, e se, ao mesmo tempo, atribuir uma importância considerável à ameaça implícita (29). Os autores agrupam os mecanismos de *Coping* em estratégias centradas na emoção e no problema. Estratégias focadas na emoção são esforços cognitivos centrados na fuga, redução, distanciamento, comparações positivas e esforços para perceber algo de positivo numa situação negativa. O indivíduo alterna a importância dada ao agente stressor com a procura de actividades que promovam o afastamento do ambiente. Estratégias focadas no problema tentam identificar o problema e procurar soluções adequadas, num processo objectivo e analítico, focado primariamente no ambiente e

posteriormente em si mesmo. São consideradas estratégias mais adaptativas, pois são capazes de modificar as pressões geradas pelo ambiente, reduzindo ou eliminando a fonte de *Stress* (11).

Dewe (1992) caracteriza as estratégias de combate ao *Stress*, como tentativas activas ou passivas, por parte do indivíduo, que procuram responder a uma situação ameaçadora ou ao desconforto por ela gerado. Quanto ao método, as estratégias podem ocorrer tanto no plano cognitivo como comportamental. Podem caracterizar-se com uma natureza proactiva ou meramente de escape, em que ocorre a fuga de uma situação em particular. Podem ainda assumir uma identidade solitária ou social, dependendo ou não da recorrência a um suporte social, aos amigos, familiares (49).

Uma valiosa medida profiláctica é, sem dúvida, o debate aberto e franco sobre as nossas vulnerabilidades, limitações e patologias, com o mesmo empenho e dedicação com que fazemos em relação às susceptibilidades e patologias dos nossos pacientes. Convém salientar, que toda e qualquer medida profiláctica envolve um processo de consciencialização, na tentativa de modificar comportamentos (46).

Medidas, tendo em vista o tratamento do *Burnout*, devem adequar-se à severidade do *Síndrome*, bem como à etiologia e sintomas apresentados. Se o *Burnout* requer já intervenções psicoterapêuticas graves, recomendam-se antidepressivos combinados com psicoterapia. De acordo com *Hillert* e *Marwitz*, estas devem ser concentradas em três aspectos (45):

- Alívio do *Stress*
- Recuperação através do relaxamento e prática de exercício físico
- "Voltar à realidade" abandonando o ideal extremo de perfeição

O número de aspectos e/ou fatores que se associam à ocorrência do *Burnout* são tantos que *Gil-Monte* e *Peiró* (1997) classificaram as variáveis antecedentes em desencadeantes e facilitadores. Por desencadeantes, os autores identificam aqueles agentes com um carácter crónico que ocorrem no ambiente de trabalho. Por facilitadores, os autores designam características pessoais dos indivíduos que ampliam a susceptibilidade do indivíduo a apresentar sintomas. *Maslach* e *Leiter* (1999) atentam para a importância de optar por estratégias preventivas centradas nos aspectos organizacionais. Por isso, desenvolvem um modelo de intervenção, focando três tipos de antecedentes ambientais/organizacionais: (1) processos e estruturas de administração (supervisão, avaliação de desempenho, saúde e segurança); (2) seis áreas da vida organizacional (carga de trabalho, controlo, remuneração, união, equidade e valores); e, (3) o compromisso com o trabalho (energia, envolvimento e eficiência) (51).

Kobasca (1979) propôs a ideia de resistência definindo-a como uma constelação de características de personalidade que protegem o indivíduo de danos que o *Stress* poderá causar à saúde. Existem três componentes na personalidade resistente (24):

1. Controlo que se refere à crença da pessoa de que pode influenciar os acontecimentos da sua vida;
2. Dedicação que se refere ao sentimento, por parte da pessoa, de um propósito e ao seu envolvimento nos acontecimentos, actividades e outros aspectos da sua vida;
3. Desafio que se refere à expectativa de que o que é normal na vida é a mudança mais do que a estabilidade, e de que a mudança nos acontecimentos da vida pode ser muito mais um fenómeno positivo em que existem oportunidades de crescimento, do que uma ameaça à segurança.

A disposição optimista é a segunda variável de personalidade que se supôs ter um papel moderador na relação *Stress*-saúde. As pessoas que consideram ser possível atingir os seus objectivos continuam a esforçar-se a fim de atingirem esses resultados, mesmo quando isso é difícil. Por outro lado, quando os resultados parecem ser relativamente impossíveis de atingir, as pessoas reduzem os seus esforços e acabam, eventualmente, por abandonar o seu esforço para atingirem uma determinada meta (24).

Para *Thomas*, restringir o horário de trabalho, por si só, não está associado a uma redução no desgaste. Num estudo feito em anestesiológicos australianos, melhorar a organização do trabalho (presença de assistência qualificada), foi o factor mais importante na redução do esgotamento (31).

Conflitos com os colegas foram também associados a um maior nível de *Burnout*. Maneiras de promover boas relações interprofissionais (tais como reuniões de equipa interdisciplinar, discussões de casos e supervisões) e de investigar como uma equipa com responsabilidades claras poderia contribuir para um ambiente de trabalho saudável, são essenciais para lidar com este síndrome (31).

Entre as medidas preventivas que podem ser aplicadas tanto no âmbito da formação como do exercício profissional, destaca-se a actividade desenvolvida por *Michael Balint*. O psicanalista de origem húngara desenvolveu os seus trabalhos sobre a capacitação psicológica dos médicos na Clínica *Tavistock* em Londres a partir de 1945. A técnica dos grupos *Balint* desenvolveu-se em diversos países, tendo sido criadas em todo o Mundo várias associações de

profissionais interessados no estudo e divulgação desta técnica. *Balint* é também muito conhecido pela criação de uma máxima a respeito da prática médica (46): “ *O remédio mais usado em Medicina é o próprio médico, o qual, como os demais medicamentos, precisa ser reconhecido na sua posologia, reacções colaterais e toxicidade*”.

O objectivo dos Grupos *Balint* é que os médicos, com o auxílio de um coordenador da área da Saúde Mental, possam ter uma compreensão nova a respeito dos seus pacientes e ampliar as suas possibilidades terapêuticas. O trabalho realiza-se em grupo, a partir de casos clínicos relatados pelos médicos, proporcionando discussões entre colegas e o desenvolvimento profissional. As experiências emocionais ligadas ao exercício profissional compartilhadas num ambiente afectivo e acolhedor permitem assegurar uma identidade profissional através da identificação e enfrentamento dos conflitos.

Os dois maiores recursos de *Coping* extrapessoais são os recursos materiais e o apoio social. Parece plausível que a função de *Coping* dos recursos económicos contribua para a associação negativa entre estatuto socioeconómico e morbidade ou mortalidade. Afinal de contas, as pessoas com dinheiro, especialmente se têm a habilidade para o utilizar de forma eficiente, devem ter mais opções de *Coping* nas situações de *Stress* do que as pessoas sem dinheiro. Os acontecimentos da vida causadores de *Stress* estão excessivamente representados nas classes mais baixas. Existem também evidências de que a exposição a acontecimentos indesejáveis tem maior probabilidade de evocar problemas de saúde mental nos indivíduos de estatuto socioeconómico mais baixo. O apoio social tem sido definido como a informação vinda dos outros, de que se é amado e de que os outros se importam, de que somos estimados e valorizados, e de que fazemos parte de uma rede de comunicação e de obrigações mútuas. A integração social pode ter um impacto positivo ou negativo que estará dependente das pressões de outros, os quais poderão promover padrões de comportamento saudáveis ou não saudáveis. Portanto, o envolvimento em grandes redes interpessoais e sociais contribui de forma positiva para a identidade social e para a auto-estima (24).

Sendo o *Burnout* multicausal, os sintomas devem ser tratados em vários níveis, incluindo a auto-confiança, auto-gestão, e auto-cuidado. A auto-confiança é considerada um antecedente do *Burnout*. Corresponde à crença na capacidade de ser bem sucedido. A auto-gestão corresponde às capacidades através das quais indivíduos com *Burnout* podem efectivamente cuidar de si e aprender a fazê-lo. Estratégias de auto-cuidado também devem ser promovidas, e incluem todas as decisões de saúde que os indivíduos fazem para si e para a sua família (47).

Seguindo um modelo de melhoria da qualidade (QI), é possível produzir um ambiente de

trabalho sustentável para os médicos, com alta qualidade e um atendimento acessível para os pacientes. São, para o efeito, enumerados diversos passos integrados em categorias como medidas institucionais, condições de trabalho, desenvolvimento da carreira e auto-cuidado (52):

1. Garantir que as medidas para o sucesso institucional incluem satisfação do médico e bem-estar. Qualquer sistema que não mede, monitoriza e otimiza o bem-estar clínico, coloca em risco a sustentabilidade. Devem ser avaliados os seguintes parâmetros: controlo do trabalho, ritmo de trabalho, a satisfação do médico, o *Stress*, o cansaço, a alimentação, a prática de exercício físico;
2. Incorporar o trabalho em equipa é fundamental para a prevenção do *Burnout* através do apoio e partilha de carga de trabalho médico. Deve assegurar-se tempo para reflexão, planeamento e relacionamento inter-pessoal;
3. Melhoria das condições de trabalho e uniformização dos cuidados de saúde prestados de forma a evitar disparidades;
4. Encarar o auto-cuidado como um acto de profissionalismo, estendendo este conceito não só ao altruísmo e compaixão no tratamento do outro, como também do próprio profissional de saúde;
5. Promover políticas de carreira flexíveis, bem como momentos para a partilha de práticas médicas e de troca de experiências profissionais. Opções de *Part-time* permitem uma abordagem de ciclo de vida mais flexível;
6. Criar oportunidades para permitir algum tempo livre, de forma a conseguir realizar actividades extralaborais do agrado do médico, de forma a evitar o cansaço;

Há uma forte necessidade de se reconhecer a existência dos problemas dentro da profissão de Médico Dentista de forma a definir medidas preventivas e aliviar o *Stress*, bem como outros distúrbios psicológicos. Discutir o problema poderia ocorrer em locais adequados no programa de formação profissional e em toda a carreira profissional. Isto pode, por si só, ser útil, permitindo que os indivíduos percebam que os seus sentimentos não são únicos, nem representam um defeito de personalidade (48).

CAPÍTULO III - MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia utilizada no processo de investigação serve para descrever a forma como o trabalho foi perspectivado e como poderá desenvolver-se. Feita a descrição do enquadramento teórico-conceitual, que sustenta esta dissertação, vamos, agora, desenvolver as opções metodológicas que seguimos neste estudo.

1.1. Problemática e Questão de partida

A sociedade atual faz parte de um mundo em constantes mudanças, nas suas diversas áreas, política, social, económica entre outras. Estas alterações afetam cada pessoa, na sua singular qualidade de vida, relações interpessoais e nos seus diferentes papéis desempenhados.

O *Síndrome de Burnout* é um estado de exaustão física, emocional e mental, causado por um grande período de envolvimento em situações emocionalmente exigentes. Desta forma, o profissional de medicina dentária está em contacto permanente com o sofrimento, a dor, o desespero, a irritabilidade e demais reacções que podem surgir nos pacientes em razão da situação em que se encontram. É fundamental perceber em que sentido estes profissionais de saúde são afectados pelo *Stress* e *Burnout*, tentando desenvolver neste sentido estratégias de Coping fundamentais. É neste pressuposto que este estudo se enquadra.

1.2. Objectivos do estudo

Para a execução de um estudo científico, é necessário primeiro que tudo, seleccionar a amostra, de forma a colocar em prática as nossas intenções e conseqüentemente atingir os objetivos definidos para o estudo.

O estudo das repercursões negativas que as situações de trabalho têm na saúde do indivíduo não é recente. Com este trabalho propõe-se o estudo da relação entre a capacidade para o trabalho e a exposição a fatores de risco psicossociais nos Médicos Dentistas.

Para o efeito será efectuada (1) caracterização da capacidade para o trabalho global, (2) caracterização da exposição aos fatores de risco psicossociais, (3) descrição da variação da capacidade para o trabalho, (4) identificação dos fatores de risco psicossociais em função das variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, habilitações literárias, tipo de especialização ou prática clinica mais frequente, e a função desempenhada) e (5) descrição da

variação da capacidade para o trabalho em função dos factores psicossociais.

1.3. Tipo de investigação

O presente estudo é quantitativo, pois procedeu-se á descrição das variáveis, identificação da relação entre as mesmas e análise da relação causa/efeito. Assim conseguiu-se obter precisão nos resultados evitando distorções de análise e interpretação dos dados.

É um estudo descritivo, analítico e correlacional, onde são descritas as características da amostra num estudo e verificadas as relações entre as variáveis.

É de cariz transversal, devido á colheita de dados e posterior processamento da informação terem sido realizadas num espaço de tempo bem definido.

1.4. Variáveis

De acordo com Fortin (1999), quando falamos de variáveis referimo-nos às características e qualidades dos objectos, pessoas ou situações como alvos do estudo. Assim, e tendo em conta a natureza do nosso trabalho, a variável dependente são os riscos psicossociais ligados ao trabalho do Médico Dentista.

Foram, ainda, definidas como variáveis independentes: género, estado civil, idade, tempo de serviço, horas de trabalho semanal, tipo de trabalho, colaboração ou não de uma assistente, local onde exerce funções e as variáveis psicológicas.

Os dados obtidos foram tratados através do *Software IBM SPSS versão 22.0 (IBM Corporation, New York, USA)*. As variáveis numéricas foram resumidas através da média e desvio padrão (DP) e são apresentadas como média \pm DP. As variáveis qualitativas são resumidas recorrendo às frequências absolutas e relativas. Somente foram determinadas as frequências para as categorias válidas (não foram para os dados em falta).

Para a associação das variáveis que caracterizam os inquiridos e as subescalas do instrumento COPSOQIII, SF-36v2 e CBI – PT utilizaram-se o teste t para a diferença entre médias de duas amostras independentes e o teste à significância da correlação de Pearson para medir a intensidade da associação entre as variáveis intervalo/rácio em estudo, em que a proximidade a (\pm) 1 indica uma associação muito forte, (\pm) 0.70 indica uma forte correlação, entre (\pm) 0.30 a 0.7 indica correlação moderada e de 0 a (\pm) 0.30 indica fraca correlação.

O nível de significância utilizado para os testes de hipóteses foi de $p < 0.05$.

1.5. População e Amostra

Fortin define população como um “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”. A mesma autora refere ainda que uma amostra é o “conjunto de sujeitos retirados de uma população” (54).

A população engloba todos os elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos e para os quais o investigador pretende fazer generalizações (Universo de Médicos Dentistas inscritos na Ordem dos Médicos Dentistas a 31 de Dezembro de 2012; $n = 7779$). Sendo impossível para um investigador analisar todos estes elementos, é seleccionado uma parte desta população, a qual é denominada de amostra, que servirá para obter informação acerca do todo.

Fortin defende ainda que uma população particular submetida a um estudo é chamada população alvo. Esta autora refere ainda que “a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (54).

Assim sendo, foi constituída uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 370 Médicos Dentistas:

- Ser Médico dentista;
- Querer participar no estudo de forma voluntária.

De acordo com Ribeiro “o número óptimo de participantes depende das características da investigação e do contexto onde a amostra é recolhida. É suposto que, quanto maior o número de participantes na amostra menor é o erro de amostragem. Tal é verdadeiro em parte, mas o aumento do número de participantes não constitui o elemento mais crítico para tornar a amostra representativa” (55).

No que respeita às características sociodemográficas dos inquiridos, constata-se que 60% eram do género feminino (Figura 1), com uma média etária de $34,6 \pm 9,1$ anos de idade, e no que respeita ao estado civil 39,5% dos inquiridos eram solteiros e 56.8% eram casados (Figura 2).

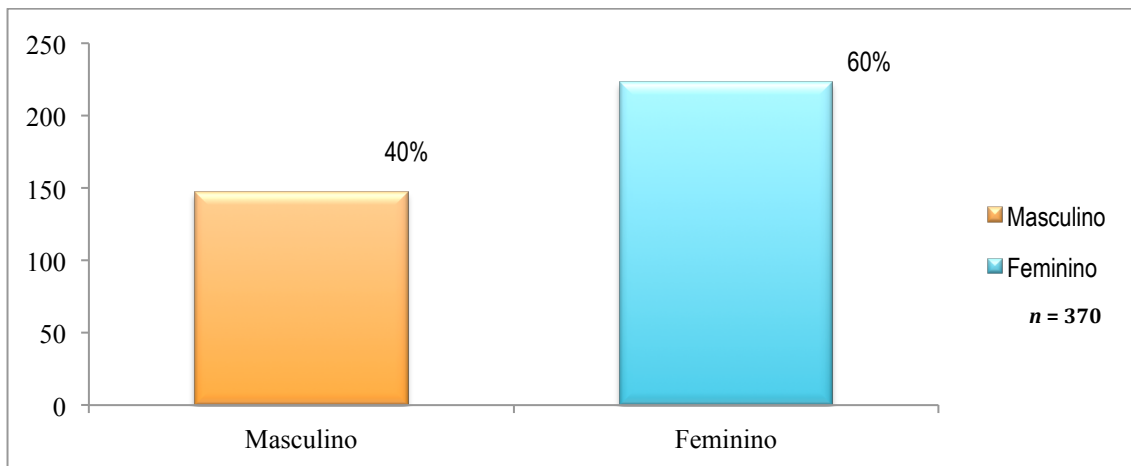


Figura 2- Género

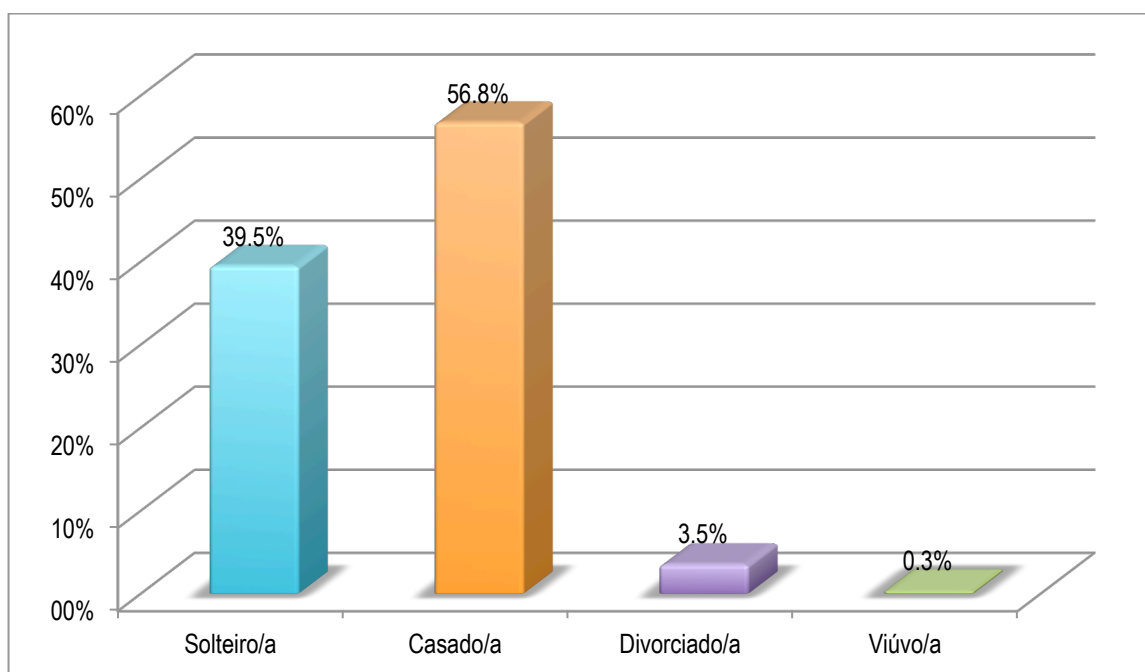


Figura 3 – Estado civil

Relativamente à caracterização profissional dos indivíduos inquiridos, 55% trabalhavam por conta própria e 45% por conta de outrem (Figura 3), em média trabalhavam há $5,2 \pm 0,7$ anos na actividade, 67% trabalham sempre com uma colaboradora/assistente (Figura 4), 93,2% exerciam em consultório privado, 12,7% em hospitais do SNS, 1,9% em hospitais do setor privado (Figura 5) e em média trabalhavam $5,2 \pm 0,7$ dias por semana.

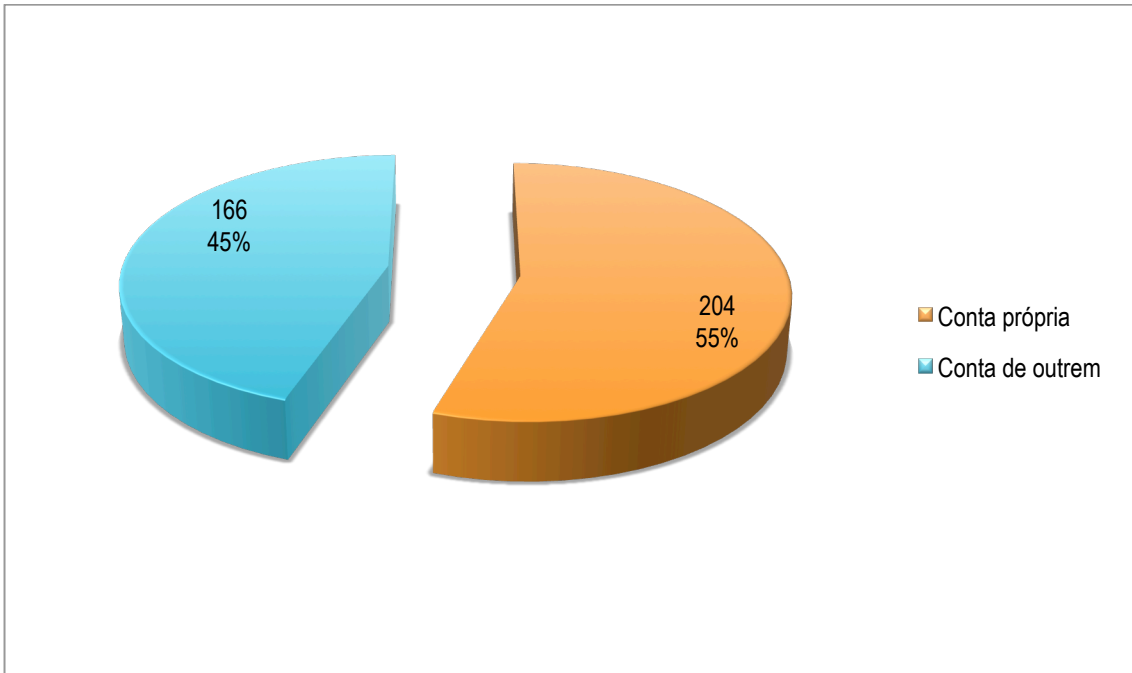


Figura 4 - Trabalha por conta de própria ou de outrem

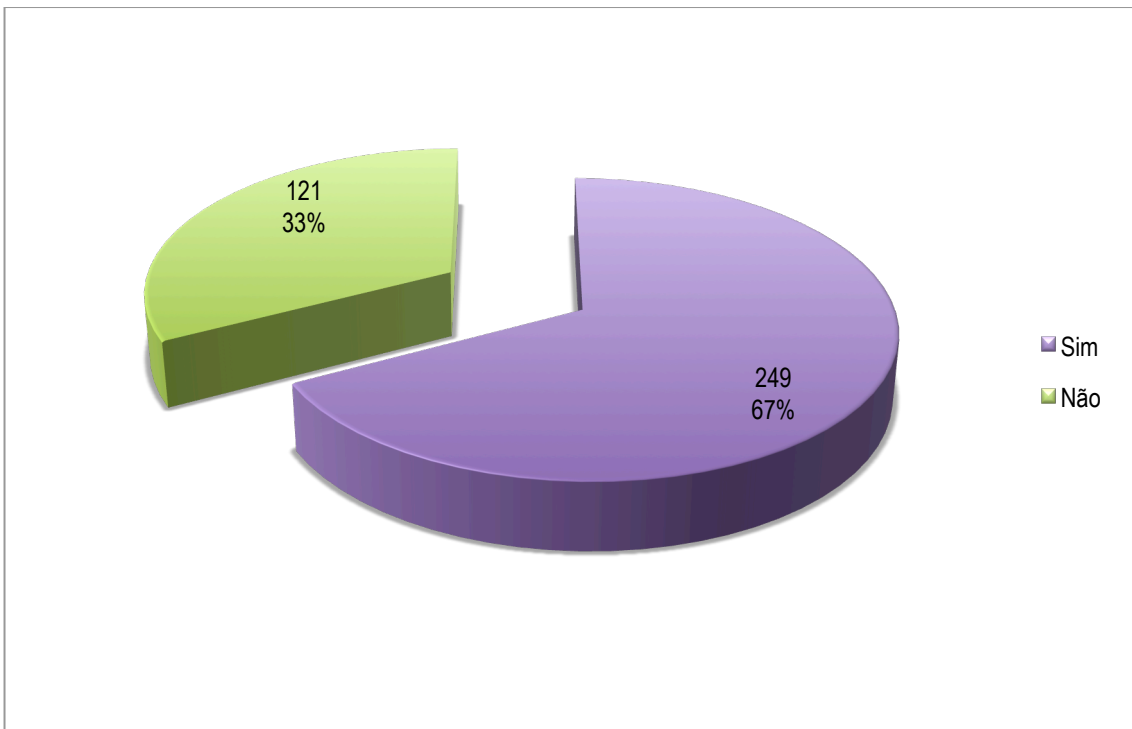


Figura 5 - Trabalha sempre com uma colaboradora/assistente

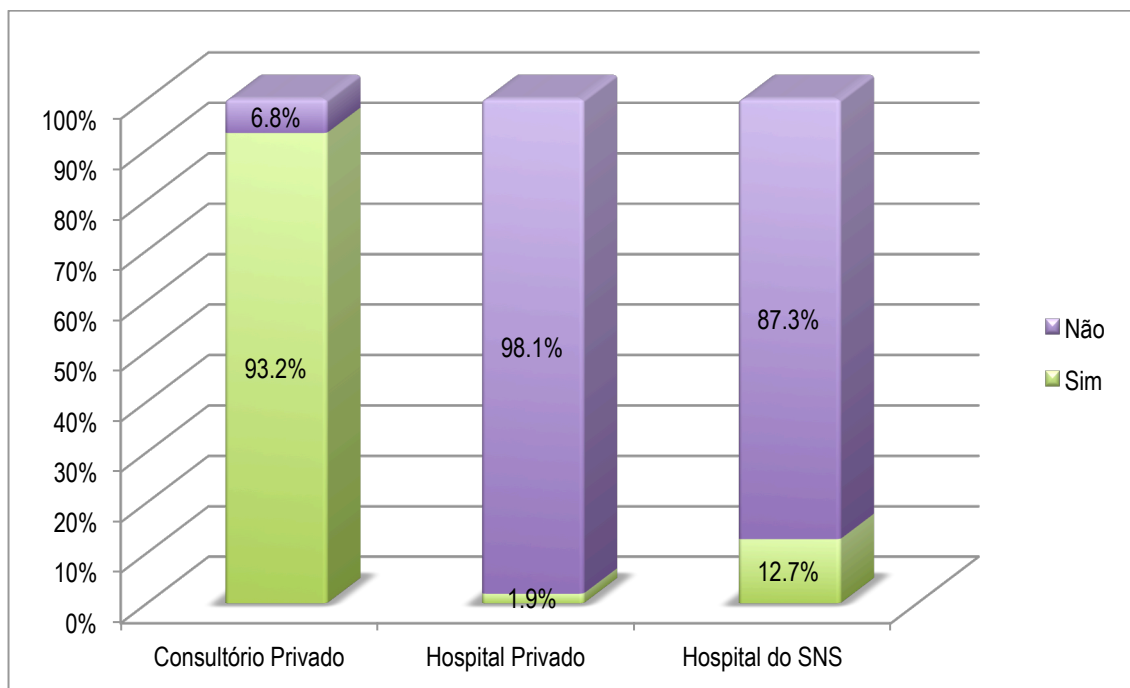


Figura 6 – Locais de trabalho

1.6. Instrumentos e recolha de dados:

Tendo em conta que, a população de Médicos dentistas, na sua grande maioria tem acesso a computador com ligação á internet e sabe utilizar corretamente os meios informáticos, e no sentido de abranger o maior número de pessoas possível, foi criado um questionário eletrónico e foi disponibilizado através da Internet. O questionário ficou disponível para preenchimento, numa página da Internet, sendo os Médicos Dentistas, informados sobre o endereço da página do questionário, através de um e-mail.

Neste sentido, foi explicado a todos os participantes antes de iniciarem o preenchimento do questionário os objetivos do nosso trabalho e garantida a confidencialidade dos dados. Entendemos este requisito como um preceito legal mas sobretudo como um direito moral de todas as Pessoas. Os questionários foram aplicados durante os meses de Fevereiro, Março e Abril de 2014. Esteve sempre presente, a garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados obtidos.

Assim, o nosso protocolo de investigação norteou-se pelos procedimentos seguintes:

- a) Revisão bibliográfica actualizada da epidemiologia do *Stress* e do *Síndrome de Burnout*;
- b) Caracterização sociodemográfica e económica da amostra, através de um

questionário devidamente estruturado;

- c) Aferir a Qualidade de Vida através de instrumentos de medida específicos de *Stress* (Copenhagen Psychosocial Questionnaire - COPSOQII) e *Síndrome de Burnout* (Copenhagen Burnout Inventory - CBI) e de saúde em geral (Short Form-36 versão 2 – SF-36v2);
- d) Definir orientações na implementação de programas, para o efeito é necessário mais do que indicadores, expressar metas e consequências de saúde e de doença nos Médicos Dentistas Portugueses.

O COPSOQII apresenta-se como um instrumento multidimensional, numa metodologia tripartida. Trata-se de um poderoso instrumento que reúne consenso internacional quanto à sua validade, modernidade e compreensibilidade na avaliação de muitas das mais relevantes dimensões psicossociais inerentes ao contexto laboral. Este questionário, num formato recente reformulado em 2007 (COPSOQII II), compreende três versões distintas: (i) uma versão curta (23 dimensões e 40 perguntas), visando a autoavaliação dos trabalhadores ou a aplicação em locais de trabalho com menos de 30 trabalhadores; (ii) uma versão média (28 dimensões e 87 perguntas), destinada ao uso por profissionais de saúde ocupacional, nomeadamente na avaliação de riscos, planificação e inspecção, e (iii) uma versão longa (41 dimensões e 128 perguntas) para fins de investigação.

O COPSOQII não deve ser usado se não se pretende agir face aos resultados encontrados. À semelhança da escala original, a versão portuguesa do COPSOQII está disponível em três versões: curta, média e longa. Após autorização e cedência de materiais por parte dos autores da versão original para a adaptação do *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* para a população portuguesa, realizou-se a tradução independente da versão longa original, em inglês, pelo Instituto de Letras e Ciências Humanas da Universidade do Minho.

A análise dos resultados pressupõe a interpretação factor a factor. Ou seja, o COPSOQII não mede um único construto, mas sim diversos riscos psicossociais e variáveis de saúde, *Stress* e satisfação. Desta forma, deverão ser calculadas as médias dos itens de cada factor, assumindo a interpretação desse valor sentidos distintos conforme o factor/ subescala em causa. Isto é, uma média de 4 (Frequentemente ou Muito) na subescala Possibilidades de desenvolvimento é interpretada como uma exposição favorável para saúde. Por outro lado, a mesma média de 4 pontos (Frequentemente ou Muito) na subescala Insegurança laboral será interpretada como uma situação de risco para a saúde. Esta média deve ser confrontada com os valores normativos para a população activa portuguesa.

Adicionalmente, o utilizador pode situar a média obtida em determinado factor em tercios, ou seja, a divisão da amplitude da cotação dos itens (1 a 5), de cada subescala, em três partes iguais, com os respetivos pontos de corte 2,33 e 3,66. Esta divisão tripartida assume uma interpretação “semáforo”, mediante o impacto para a saúde que a exposição a determinada dimensão representa, nomeadamente: verde (situação favorável para a saúde), amarelo (situação intermédia) e vermelho (risco para a saúde).

O *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) – avalia *Burnout* em três dimensões: pessoal (genérico, isto é, representando o quanto o indivíduo se sente cansado ou exausto, de maneira geral), ligado ao trabalho (o grau de exaustão física ou psicológica que é percebida pelo sujeito como relacionada ao trabalho) e ligado ao cliente (ou seja, o quanto a exaustão da pessoa é atribuída ao seu trabalho com outras pessoas; o termo “cliente” pode ser substituído por “pacientes”, “colegas”, “filhos”, “estudantes” etc., dependendo do contexto).

O questionário de *Copenhagen Burnout Inventory* é um instrumento construído no âmbito do projecto PUMA (sigla dinamarquesa para o Projecto de Burnout, Motivação e Satisfação no Trabalho) iniciado em 1997. O estudo PUMA foi desenhado como um estudo de intervenção longitudinal e desenvolvido ao longo de cinco anos, tendo como objectivos estudar a prevalência e a distribuição do *Burnout*, as causas e consequências do *Burnout* e as possíveis intervenções para reduzir o desgaste, se necessário. Assim, este questionário foi desenvolvido para avaliar o *Burnout* em trabalhadores dos serviços humanos.

O Short Form Health Survey – 36 Item (version 2) tem como objectivo medir e avaliar o estado de saúde de populações e indivíduos com ou sem doença; monitorizar doentes com múltiplas condições, comparar doentes com condições diversas e comparar o estado de saúde de doentes com o da população em geral. Destina-se a adolescentes, adultos e idosos saudáveis ou com outra consição de saúde qualquer. *Jonh Ware Jr, Cathy Sherbourne* são os autores da versão original. Pedro Lopes Ferreira é o responsável pela versão portuguesa do questionário, denominado Questionário de estado de saúde (SF-36v2). É formado por 36 itens e pelas dimensões: função física (P3, a-j; pontuação de 1 a 3), desempenho físico (P4, a-d; pontuação de 1 a 5), dor (P7 e P8; pontuação de 1 a 5), saúde geral (P1 e P11, a-d; pontuação de 1 a 5), vitalidade (P9; a, e, g, i; pontuação de 1 a 5), função social (P6 e P10; pontuação de 1 a 5), desempenho emocional (P5, a-c; pontuação de 1 a 5) e saúde mental (P9; b, c, d, f, h; pontuação de 1 a 5). As pontuações por dimensão são apresentadas numa escala de orientação positiva de 0 (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde). As oito dimensões podem ser agrupadas em duas componentes: Saúde física e Saúde mental.

O SF-36 contempla ainda uma escala de transição em saúde (P2) que pretende medir a quantidade de mudança em geral na saúde, pontuada de 1 (muito melhor) a 5 (muito pior).

1.7. Procedimentos éticos

Assumindo este estudo o objectivo de compreender questões ligadas directamente à vida das pessoas, foi relevante repensar os aspectos éticos, uma vez que a pesquisa visa a compreensão e a melhoria da Qualidade de Vida global dos Médicos Dentistas.

Neste sentido, elaborámos um protocolo (Anexo), no qual era solicitado aos participantes a concordância em participar de forma livre e esclarecida na investigação após serem informados sobre o objectivo do estudo, garantindo-lhes o anonimato e confidencialidade.

CAPÍTULO IV - RESULTADOS

Nesta secção são apresentados os resultados alusivos aos 370 indivíduos inquiridos para o estudo. Na primeira parte é caracterizada a amostra e na segunda parte é efetuada a associação entre as variáveis que caracterizam a amostra e as 26 subescalas do instrumento COPSOQII.

1.1. Associação entre as variáveis e as subescalas do instrumento COPSOQII

A Tabela 1 apresenta os resultados alusivos à associação entre o género e as subescalas do instrumento COPSOQII. Constatase que os inquiridos do género feminino têm significativamente ($p \leq 0.05$) uma maior perceção de exigências quantitativas (Masculino: $2,23 \pm 0,87$; Feminino: $2,42 \pm 0,63$), ritmo de trabalho (Masculino: $2,68 \pm 0,98$; Feminino: $2,92 \pm 1,01$), exigências emocionais (Masculino: $3,31 \pm 0,82$; Feminino: $3,63 \pm 0,79$), influência no trabalho (Masculino: $4,44 \pm 0,80$; Feminino: $3,95 \pm 0,61$) comparativamente ao género masculino, enquanto nas subescalas alusivas às possibilidades de desenvolvimento (Masculino: $4,30 \pm 0,48$; Feminino: $4,05 \pm 0,58$) e autoeficácia os elementos do género masculino possuem scores significativamente mais elevados.

	Género				p
	Masculino		Feminino		
	Média	DP	Média	DP	
Exigências quantitativas	2.23	0.87	2.42	0.63	0.015*
Ritmo de trabalho	2.68	0.98	2.92	1.01	0.022*
Exigências cognitivas	4.29	0.47	4.18	0.58	0.061
Exigências emocionais	3.31	0.82	3.63	0.79	0.000*
Influência no trabalho	4.44	0.80	3.95	0.61	0.000*
Possibilidades de desenvolvimento	4.30	0.48	4.05	0.58	0.000*
Significado do trabalho	4.48	0.71	4.58	0.53	0.131
Compromisso face ao local de trabalho	3.96	1.06	3.89	0.81	0.495
Previsibilidade	3.72	0.89	3.75	0.75	0.738
Recompensas (Reconhecimento)	4.16	0.69	4.14	0.70	0.752
Transparência do papel laboral desempenhado	3.73	0.82	3.73	0.92	0.930
Qualidade da liderança	2.90	1.15	2.74	0.97	0.155
Apoio social de superiores	3.68	1.05	3.67	1.03	0.912
Insegurança Laboral	2.80	0.60	3.00	1.23	0.066
Satisfação laboral	3.99	0.65	3.90	0.83	0.259
Conflito Trabalho/Família	2.97	0.91	2.86	0.93	0.274
Confiança vertical	3.91	0.78	3.96	0.65	0.076
Justiça e respeito	3.71	0.91	3.66	0.71	0.549
Comunidade social no trabalho	4.21	0.63	4.06	0.81	0.062
Auto-eficácia	4.20	0.57	3.91	0.61	0.000*
Saúde Geral	2.36	0.97	2.49	0.65	0.129
Stress	2.10	0.10	2.32	0.18	0.099
Burnout	2.22	0.11	2.35	0.16	0.147
Problemas em dormir	1.11	0.25	1.15	0.34	0.207
Sintomas Depressivos	1.11	0.25	1.16	0.37	0.158
Comportamentos ofensivos	1.06	0.12	1.08	0.19	0.115

* $p \leq 0.05$

Tabela 1 – Scores das subescalas do instrumento COPSOQII segundo o género

Na Tabela 2 são apresentados os resultados referentes à associação entre o estado civil e as subescalas do instrumento COPSOQII. Constata-se que os inquiridos casados têm níveis significativamente superiores ($p \leq 0.05$) de significado do trabalho (Casado: $4,63 \pm 0,81$; Outros: $4,43 \pm 0,61$), previsibilidade (Casado: $3,63 \pm 0,81$; Outros: $4,43 \pm 0,61$), confiança vertical (Casado: $4,16 \pm 0,72$; Outros: $3,88 \pm 0,67$) e comunidade social no trabalho (Casado: $4,29 \pm 0,63$; Outros: $3,91 \pm 0,83$), enquanto nas subescalas influência no trabalho (Casado: $4,07 \pm 0,66$; Outros: $4,24 \pm 0,81$), insegurança Laboral (Casado: $2,68 \pm 0,96$; Outros: $3,11 \pm 1,07$) e

autoeficácia (casado: $3,91 \pm 0,83$; outros: $4,29 \pm 0,63$) os indivíduos casados possuem níveis significativamente inferiores ($p \leq 0.05$).

	Estado Civil				p
	Solteiro, divorciado ou viúvo		Casado		
	Média	DP	Média	DP	
Exigências quantitativas	2.35	0.78	2.34	0.71	0.823
Ritmo de trabalho	2.88	1.16	2.79	0.86	0.423
Exigências cognitivas	4.17	0.55	4.26	0.53	0.103
Exigências emocionais	3.55	0.91	3.47	0.74	0.332
Influência no trabalho	4.24	0.81	4.07	0.66	0.021*
Possibilidades de desenvolvimento	4.18	0.54	4.12	0.57	0.302
Significado do trabalho	4.43	0.61	4.63	0.60	0.002*
Compromisso face ao local de trabalho	3.90	0.86	3.93	0.97	0.730
Previsibilidade	3.63	0.71	3.83	0.80	0.018*
Recompensas (Reconhecimento)	3.98	0.76	4.09	0.62	0.089
Transparência do papel laboral desempenhado	3.66	0.88	3.78	0.87	0.199
Qualidade da liderança	2.89	0.99	2.73	1.08	0.144
Apoio social de superiores	3.51	0.95	3.80	1.08	0.007*
Insegurança Laboral	3.11	1.07	2.68	0.96	0.000*
Satisfação laboral	3.99	0.85	3.90	0.69	0.276
Conflito Trabalho/Família	2.85	0.97	2.94	0.88	0.316
Confiança vertical	3.88	0.67	4.16	0.72	0.000*
Justiça e respeito	3.58	0.70	3.75	0.85	0.042
Comunidade social no trabalho	3.91	0.83	4.29	0.63	0.000*
Auto-eficácia	4.12	0.59	3.95	0.62	0.007*
Saúde Geral	2.54	0.82	2.36	0.76	0.025*
Stress	2.12	0.12	2.22	0.16	0.707
Burnout	2.18	0.11	2.25	0.18	0.043
Problemas em dormir	1.15	0.32	1.13	0.30	0.556
Sintomas Depressivos	1.15	0.32	1.14	0.33	0.726
Comportamentos ofensivos	1.08	0.17	1.07	0.16	0.535

* $p \leq 0.05$

Tabela 2 – Scores das subescalas do instrumento COPSOQII segundo o estado civil

Relativamente à associação entre os scores das subescalas do instrumento COPSOQII e a idade (Tabela 3), constata-se a existência de uma correlação significativa negativa ($p \leq 0.05$) entre a idade e as subescalas ritmo de trabalho e *Stress*, em que quanto mais elevada é a idade menores são os scores dessas dimensões. Observou-se uma correlação significativa positiva (p

≤ 0.05) entre a idade e os scores das subescalas exigências cognitivas, influência no trabalho, possibilidades de desenvolvimento, significado do trabalho, recompensas (reconhecimento), transparência do papel laboral desempenhado, qualidade da liderança, apoio social de superiores, insegurança laboral, satisfação laboral e autoeficácia, observando-se que quanto maior é a idade mais elevados são os níveis dessas subescalas.

		Idade (anos)
Exigências quantitativas	r	0.089
	p	0.089
Ritmo de trabalho	r	-,388**
	p	0.000
Exigências cognitivas	r	,119*
	p	0.023
Exigências emocionais	r	0.080
	p	0.125
Influência no trabalho	r	,267**
	p	0.000
Possibilidades de desenvolvimento	r	,272**
	p	0.000
Significado do trabalho	r	,232**
	p	0.000
Compromisso face ao local de trabalho	r	,244**
	p	0.000
Previsibilidade	r	0.062
	p	0.237
Recompensas (Reconhecimento)	r	,231**
	p	0.000
Transparência do papel laboral desempenhado	r	,118*
	p	0.023
Qualidade da liderança	r	,246**
	p	0.000
Apoio social de superiores	r	,147**
	p	0.005
Insegurança Laboral	p	,267**
	r	0.000
Satisfação laboral	p	,316**
	r	0.000
Conflito Trabalho/Família	p	-0.017
	r	0.743
Confiança vertical	p	-0.096
	r	0.065
Justiça e respeito	p	-0.018
	r	0.727
Comunidade social no trabalho	p	-0.074
	r	0.156
Auto-eficácia	p	,270**
	r	0.000
Saúde Geral	p	0,108
	r	0.098
Stress	p	-,114*

Stress	p	-,114*
	r	0.031
Burnout	p	-0.095
	r	0.073
Problemas em dormir	p	-0.026
	r	0.620
Sintomas Depressivos	p	-0.034
	r	0.518
Comportamentos ofensivos	p	-0.047
	r	0.379

* $p \leq 0.05$

Tabela 3 – Correlações entre scores das subescalas do instrumento COPSOQII e a idade

A Tabela 4 apresenta as correlações entre os *scores* das subescalas do instrumento COPSOQII e o tempo de serviço, constatando-se a existência de uma correlação negativa estatisticamente significativa ($p \leq 0.05$) entre o tempo de serviço e as subescala ritmo de trabalho, em que quanto mais elevada é a idade menores são os scores do ritmo de trabalho. Observou-se uma correlação significativa positiva ($p \leq 0.05$) entre a idade e os scores das subescalas influência no trabalho, possibilidades de desenvolvimento, significado do trabalho, compromisso face ao local de trabalho, recompensas (reconhecimento), transparência do papel laboral desempenhado, qualidade da liderança, insegurança laboral, satisfação laboral e autoeficácia, observando-se que quanto maior é a idade mais elevados são os níveis dessas subescalas.

		Tempo de serviço
Exigências quantitativas	r	0.020
	p	0.707
Ritmo de trabalho	r	-,386**
	p	0.000
Exigências cognitivas	r	0.101
	p	0.053
Exigências emocionais	r	0.086
	p	0.098
Influência no trabalho	r	,274**
	p	0.000
Possibilidades de desenvolvimento	r	,208**
	p	0.000
Significado do trabalho	r	,105*
	p	0.044
Compromisso face ao local de trabalho	r	,204**
	p	0.000
Previsibilidade	r	0.002
	p	0.962
Recompensas (Reconhecimento)	r	,123*
	p	0.017
Transparência do papel laboral desempenhado	r	,181**
	p	0.000
Qualidade da liderança	r	,201**
	p	0.000
Apoio social de superiores	r	0.046
	p	0.380
Insegurança Laboral	p	,223**
	r	0.000
Satisfação laboral	p	,312**
	r	0.000
Conflito Trabalho/Família	p	-0.061
	r	0.247
Confiança vertical	p	-0.002
	r	0.970
Justiça e respeito	p	0.046
	r	0.376
Comunidade social no trabalho	p	-0.037
	r	0.477
Auto-eficácia	p	,152**
	r	0.003

Saúde Geral	p	0,089
	r	0.112
Stress	p	-0.101
	r	0.056
Burnout	p	-0.090
	r	0.088
Problemas em dormir	p	-0.038
	r	0.476
Sintomas Depressivos	p	-0.043
	r	0.413
Comportamentos ofensivos	p	-0.055
	r	0.300

* $p \leq 0.05$

Tabela 4 – Correlações entre scores das subescalas do instrumento COPSOQII e o tempo de serviço

No que respeita à associação entre os scores das subescalas do instrumento COPSOQII e o tempo de trabalho semanal (Tabela 5), constata-se a existência de uma correlação positiva com significância estatística significativa p ($p \leq 0.05$) entre a idade e as subescalas exigências quantitativas, influência no trabalho, possibilidades de desenvolvimento, significado do trabalho, compromisso face ao local de trabalho, transparência do papel laboral desempenhado, apoio social de superiores, satisfação laboral, conflito trabalho/família, confiança vertical, autoeficácia, *Stress*, *Burnout*, observando-se que quanto maior é a idade mais elevados são os níveis dessas subescalas.

		Tempo de trabalho semanal
Exigências quantitativas	r	,139**
	p	0.008
Ritmo de trabalho	r	0.026
	p	0.614
Exigências cognitivas	r	0.020
	p	0.705
Exigências emocionais	r	0.084
	p	0.106
Influência no trabalho	r	,284**
	p	0.000
Possibilidades de desenvolvimento	r	,171**
	p	0.001
Significado do trabalho	r	,149**
	p	0.004
Compromisso face ao local de trabalho	r	,264**
	p	0.000
Previsibilidade	r	0.074
	p	0.156
Recompensas (Reconhecimento)	r	0.038
	p	0.463
Transparência do papel laboral desempenhado	r	,102*
	p	0.049
Qualidade da liderança	r	-,288**
	p	0.000
Apoio social de superiores	r	,140**
	p	0.007
Insegurança Laboral	p	-0.040
	r	0.448
Satisfação laboral	p	,202**
	r	0.000

Conflito Trabalho/Família	p	,217**
	r	0.000
Confiança vertical	p	,153**
	r	0.003
Justiça e respeito	p	,179**
	r	0.001
Comunidade social no trabalho	p	0.016
	r	0.761
Auto-eficácia	p	,377**
	r	0.000
Saúde Geral	p	-,049
	r	0.374
Stress	p	,237**
	r	0.000
Burnout	p	,299**
	r	0.000
Problemas em dormir	p	0.076
	r	0.154
Sintomas Depressivos	p	0.067
	r	0.205
Comportamentos ofensivos	p	0.024
	r	0.647

* $p \leq 0.05$

Tabela 5 – Correlações entre scores das subescalas do instrumento COPSOQII e o tempo de trabalho semanal

A Tabela 6 apresenta os resultados alusivos à associação entre o tipo de trabalho e as subescalas do instrumento COPSOQII. Constata-se que os inquiridos que trabalham por conta própria têm níveis significativamente ($p \leq 0.05$) mais elevados nas subescalas exigências emocionais, influência no trabalho, possibilidades de desenvolvimento, significado do trabalho, compromisso face ao local de trabalho, previsibilidade, recompensas (reconhecimento), transparência do papel laboral, qualidade da liderança, apoio social de superiores, insegurança laboral, satisfação laboral, comunidade social no trabalho e autoeficácia, enquanto nas subescalas alusivas às exigências quantitativas e ao ritmo de trabalho os elementos que trabalham por conta de outrem possuem scores significativamente ($p \leq 0.05$) mais elevados.

	Trabalha por conta de própria ou de outrem				p
	Conta própria		Conta de outrem		
	Média	DP	Média	DP	
Exigências quantitativas	2.21	0.788	2.51	0.64	0.000*
Ritmo de trabalho	2.72	1.160	2.96	0.75	0.023*
Exigências cognitivas	4.27	0.436	4.21	0.64	0.147
Exigências emocionais	3.66	0.749	3.31	0.86	0.000*
Influência no trabalho	4.47	0.500	3.74	0.78	0.000*
Possibilidades de desenvolvimento	4.35	0.479	3.90	0.55	0.000*
Significado do trabalho	4.74	0.439	4.30	0.70	0.000*
Compromisso face ao local de trabalho	4.15	0.831	3.63	0.94	0.000*
Previsibilidade	3.87	0.751	3.59	0.86	0.001*
Recompensas (Reconhecimento)	4.30	0.601	3.96	0.76	0.000*
Transparência do papel laboral desempenhado	3.85	0.689	3.58	1.05	0.004*
Qualidade da liderança	3.00	1.092	2.56	0.93	0.000*
Apoio social de superiores	3.79	1.064	3.53	0.98	0.016*
Insegurança Laboral	3.21	0.886	2.58	1.10	0.000*
Satisfação laboral	4.16	0.694	3.66	0.76	0.000*
Conflito Trabalho/Família	2.88	0.802	2.93	1.06	0.680
Confiança vertical	4.08	0.689	3.98	0.74	0.210
Justiça e respeito	3.63	0.790	3.73	0.80	0.257
Comunidade social no trabalho	4.21	0.593	4.02	0.89	0.016*
Auto-eficácia	4.13	0.738	3.89	0.37	0.000*
Saúde Geral	2.64	0.828	2.59	0.68	0.563
Stress	2.01	0.160	2,14	0.14	0.728
Burnout	2.01	0.260	2.09	0.14	0.131
Problemas em dormir	1.13	0.292	1.15	0.33	0.622
Sintomas Depressivos	1.13	0.292	1.16	0.36	0.452
Comportamentos ofensivos	1.07	0.154	1.08	0.18	0.599

* $p \leq 0.05$

Tabela 6 – Scores das subescalas do instrumento COPSOQII segundo o tipo de trabalho

A Tabela 7 apresenta os resultados alusivos à associação o facto de trabalhar sempre com uma colaboradora/assistente e as subescalas do instrumento COPSOQII. Constata-se que os inquiridos que trabalham sempre com uma colaboradora/assistente têm níveis significativamente ($p \leq 0.05$) superiores nas subescalas exigências cognitivas, influência no trabalho, possibilidades de desenvolvimento, previsibilidade, transparência do papel laboral desempenhado, satisfação laboral, confiança vertical e justiça e respeito, enquanto nas subescalas alusivas às exigências quantitativas e ao ritmo de trabalho os indivíduos que não trabalham sempre com uma colaboradora/assistente possuem scores significativamente ($p \leq$

0.05) mais elevados nas subescalas exigências quantitativas, ritmo de trabalho e conflito trabalho/família.

	Trabalha sempre com uma colaboradora/assistente?				P
	Sim		Não		
	Média	DP	Média	DP	
Exigências quantitativas	2.18	0.78	2.68	0.51	0.000*
Ritmo de trabalho	2.63	1.12	3.24	0.48	0.000*
Exigências cognitivas	4.29	0.43	4.10	0.69	0.001*
Exigências emocionais	3.54	0.84	3.43	0.77	0.232
Influência no trabalho	4.33	0.65	3.75	0.76	0.000*
Possibilidades de desenvolvimento	4.33	0.53	3.77	0.40	0.000*
Significado do trabalho	4.58	0.61	4.45	0.59	0.055
Compromisso face ao local de trabalho	3.95	1.00	3.86	0.72	0.387
Previsibilidade	3.93	0.79	3.35	0.69	0.000*
Recompensas (Reconhecimento)	4.19	0.62	4.06	0.82	0.078
Transparência do papel laboral desempenhado	3.90	0.72	3.37	1.06	0.000*
Qualidade da liderança	2.76	1.13	2.90	0.85	0.208
Apoio social de superiores	3.67	1.08	3.69	0.93	0.866
Insegurança Laboral	2.99	1.02	2.79	1.06	0.089
Satisfação laboral	4.13	0.66	3.54	0.81	0.000*
Conflito Trabalho/Família	2.79	0.94	3.16	0.82	0.000*
Confiança vertical	4.14	0.60	3.82	0.86	0.000*
Justiça e respeito	3.76	0.80	3.51	0.75	0.005*
Comunidade social no trabalho	4.10	0.57	4.17	1.02	0.433
Auto-eficácia	4.06	0.65	3.94	0.52	0.081
Saúde Geral	2.42	0.79	2.48	0.80	0.485
Stress	2,13	0.08	2,17	0.13	0.103
Burnout	1.01	0.05	1.00	0.00	0.251
Problemas em dormir	1.09	0.25	1.23	0.39	0.158
Sintomas Depressivos	1.10	0.28	1.23	0.39	0.160
Comportamentos ofensivos	1.05	0.15	1.12	0.20	0.365

* $p \leq 0.05$

Tabela 7 – Scores das subescalas do instrumento COPSOQII segundo o facto de trabalhar sempre com uma colaboradora/assistente

Na Tabela 8 é apresentada uma análise descritiva das médias das dimensões do questionário COPSOQII. Tendo em conta os pontos quebra de 2.33 e 3.66 as exigências quantitativas, o ritmo de trabalho, a qualidade de liderança, a insegurança laboral, a saúde geral,

o conflito trabalho/família, os problemas em dormir, o *Burnout*, o *Stress* e os sintomas depressivos encontram-se numa situação de risco intermédio. A influência no trabalho, as possibilidades de desenvolvimento, a previsibilidade, a transparência do papel laboral desempenhado, as recompensas, o reconhecimento, o apoio social de superiores, a comunidade social no trabalho, a confiança vertical, justiça e respeito, o significado do trabalho, o compromisso face ao local de trabalho, a satisfação no trabalho e os comportamentos ofensivos encontram-se numa situação favorável. Apenas as exigências emocionais e cognitivas apresentam um risco de saúde.

	Média	DP
Exigências quantitativas	2,37	,74672
Ritmo de trabalho	3,00	,94972
Exigências cognitivas	4,27	,54605
Exigências emocionais	3,75	,90478
Influência no trabalho	4,17	,80977
Possibilidades de desenvolvimento	4,13	,59504
Previsibilidade	3,74	,83131
Transparência do papel laboral desempenhado	4,46	,69906
Recompensas	3,94	1,03684
Reconhecimento	4,17	,87942
Apoio social de superiores	3,71	1,12610
Comunidade social no trabalho	4,17	,83363
Qualidade de liderança	3,31	,69331
Confiança vertical	4,09	,70737
Justiça e respeito	3,70	,81805
Significado do trabalho	4,52	,68179
Compromisso	3,98	,98000
Satisfação no trabalho	3,94	,84976
Insegurança laboral	3,03	1,18754
Saúde geral	2,42	,80064
Conflito trabalho/família	3,05	1,02297
Problemas em dormir	3,15	1,08393
<i>Burnout</i>	3,15	1,08393
<i>Stress</i>	3,15	1,08393
Sintomas depressivos	3,15	1,08393
Comportamentos ofensivos	1,09	,19340

Tabela 8 – Análise descritiva das médias das dimensões do questionário COPSOQII

1.2. Associação entre as variáveis e as subescalas do instrumento SF-36v2

A Tabela 9 apresenta os resultados alusivos à associação entre o gênero e as subescalas do instrumento SF-36v2. Constata-se que os inquiridos do gênero feminino têm scores médios significativamente superiores ($p \leq 0.05$) na dimensão Saúde Geral (Masculino: $43,16 \pm 9,16$; Feminino: $47,73 \pm 6,74$).

	Sexo				p
	Masculino		Feminino		
	Média	DP	Média	DP	
Função Física	95.00	10.00	94.09	7.01	0.702
Papel Físico	91.12	14.18	86.17	21.75	0.380
Dor Corporal	18.71	17.78	24.58	21.47	0.319
Saúde Geral	43.16	9.16	47.73	6.74	0.045*
Vitalidade	46.38	11.66	47.54	11.69	0.732
Funcionamento Social	49.34	9.75	50.76	8.81	0.594
Papel Emocional	93.42	10.24	86.36	22.99	0.212
Saúde Mental	57.37	9.48	56.82	9.91	0.846
Qualidade de Vida - Global	64.00	5.40	63.90	4.87	0.947

* $p \leq 0.05$

Tabela 9- Scores das subescalas do instrumento SF- 36 v2 segundo o gênero

Na Tabela 10 são apresentados os resultados referentes à associação entre o estado civil e as subescalas da escala SF-36v2. Não se observam quaisquer diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.05$) entre os indivíduos casados e os demais em qualquer das dimensões em análise.

	Estado Civil				p
	Solteiro, divorciado ou viúvo		Casado		
	Média	DP	Média	DP	
Função Física	91.47	11.287	95.86	5.75	0.068
Papel Físico	85.66	16.648	89.11	20.64	0.552
Dor Corporal	20.92	20.368	23.17	20.41	0.709
Saúde Geral	47.06	5.879	45.57	8.81	0.532
Vitalidade	50.37	10.705	45.54	11.80	0.160
Funcionamento Social	52.21	11.036	49.29	7.99	0.282
Papel Emocional	85.29	19.439	90.71	19.57	0.352
Saúde Mental	57.94	8.849	56.57	10.13	0.636
Qualidade de vida - Geral	63.58	6.172	64.11	4.44	0.721

* $p \leq 0.05$

Tabela 10- Scores das subescalas do instrumento SF-36 v2 segundo o estado civil

Relativamente à entre associação entre os scores das subescalas da escala SF-36v2 e a idade (Tabela 11), constata-se a existência de uma correlação negativa estatisticamente significativa ($p \leq 0.05$) entre a idade e função física, em que quanto mais elevada é a idade menores são os scores dessa dimensão.

	Idade	
Função Física	r	-,289*
	p	0.038
Papel Físico	r	0.108
	p	0.448
Dor Corporal	r	0.013
	p	0.929
Saúde Geral	r	0.085
	p	0.547
Vitalidade	r	-0.114
	p	0.421
Funcionamento Social	r	-0.135
	p	0.340
Papel Emocional	r	0.069
	p	0.628
Saúde Mental	r	-0.082
	p	0.565
Qualidade de vida - Geral	r	-0.044
	p	0.757

* $p \leq 0.05$

Tabela 11– Correlações entre scores das subescalas do instrumento SF-36v2 e a idade

Na Tabela 12 observam-se as correlações entre os scores das subescalas da escala SF-36v2 e o tempo de serviço. Constata-se a existência de uma correlação negativa estatisticamente significativa ($p \leq 0.05$) entre o tempo de serviço e função física, em que quanto maior é o tempo de serviço menores são os scores da função física.

		Tempo de serviço
Função Física	r	-,365*
	p	0.008
Papel Físico	r	0.107
	p	0.449
Dor Corporal	r	-0.082
	p	0.561
Saúde Geral	r	0.090
	p	0.526
Vitalidade	r	-0.070
	p	0.621
Funcionamento Social	r	-0.020
	p	0.889
Papel Emocional	r	0.080
	p	0.573
Saúde Mental	r	0.035
	p	0.804
Qualidade de vida - Geral	r	-0.036
	p	0.799

* $p \leq 0.05$

Tabela 12– Correlações entre scores das subescalas do instrumento SF-36v2 e o tempo de serviço

Quanto à correlação entre os scores das subescalas da escala SF-36v2 e o tempo de trabalho semanal (Tabela 13), observa-se a existência de uma correlação estatisticamente significativa ($p \leq 0.05$) entre o tempo de trabalho semanal e o papel físico, em que quanto maior é o tempo de trabalho semanal mais elevados são os scores do papel físico.

		Tempo de trabalho semanal
Função Física	r	0.057
	p	0.691
Papel Físico	r	,329*
	p	0.017
Dor Corporal	r	-0.256
	p	0.067
Saúde Geral	r	-0.256
	p	0.067
Vitalidade	r	0.171
	p	0.224
Funcionamento Social	r	0.026
	p	0.857
Papel Emocional	r	,165
	p	0.228
Saúde Mental	r	-0.272
	p	0.051
Qualidade de vida - Geral	r	0.130
	p	0.357

* $p \leq 0.05$

Tabela 13 – Correlações entre scores das subescalas do instrumento SF-36v2 e o tempo de trabalho semanal

Na Tabela 14 apresentam-se os *scores* das subescalas do instrumento SF-36v2 segundo o tipo de trabalho. Não se observam quaisquer diferenças com significância estatística ($p > 0.05$) entre os indivíduos que trabalham por conta própria ou por conta de outrem.

	Trabalha por conta de própria ou de outrem				p
	Conta própria		Conta de outrem		
	Média	DP	Média	DP	
Função Física	92.22	9.337	96.80	5.93	0.042
Papel Físico	87.04	22.729	89.00	15.23	0.718
Dor Corporal	27.16	20.749	17.33	18.72	0.080
Saúde Geral	46.30	9.961	45.80	5.14	0.824
Vitalidade	45.83	11.757	48.50	11.45	0.412
Funcionamento Social	50.46	10.097	50.00	8.07	0.857
Papel Emocional	87.04	24.167	91.00	12.94	0.470
Saúde Mental	55.74	10.442	58.40	8.75	0.326
Qualidade de vida - Geral	63.26	6.212	64.67	3.25	0.323

* $p \leq 0.05$

Tabela 14– Scores das subescalas do instrumento SF-36v2 segundo o tipo de trabalho

Na Tabela 15 observam-se e os scores das subescalas do instrumento SF-36v2 segundo o facto de trabalhar sempre com uma colaboradora/assistente. Não se constatam quaisquer diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.05$) entre os indivíduos que trabalham com e sem assistente.

	Trabalha sempre com uma colaboradora/assistente				p
	Sim		Não		
	Média	DP	Média	DP	
Função Física	93.75	8.73	95.94	6.64	0.377
Papel Físico	88.37	21.24	87.11	14.70	0.831
Dor Corporal	25.00	21.64	16.67	15.71	0.173
Saúde Geral	46.11	8.46	45.94	6.88	0.943
Vitalidade	46.35	10.81	48.83	13.35	0.482
Funcionamento Social	50.69	7.87	49.22	11.61	0.594
Papel Emocional	88.43	21.76	90.10	13.68	0.778
Saúde Mental	56.81	10.22	57.50	8.56	0.814
Qualidade de Vida - Global	63.80	5.58	64.25	3.57	0.768

* $p \leq 0.05$

Tabela 15– Scores das subescalas do instrumento SF-36v2 segundo o facto de trabalhar sempre com uma colaboradora/assistente

1.3. Associação entre as variáveis e as subescalas do instrumento CBI - PT

A Tabela 16 apresenta os resultados alusivos à associação entre o género e as subescalas do instrumento CBI – PT. Constatam-se diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.05$) entre os inquiridos do género feminino e os do género masculino.

	Sexo				p
	Masculino		Feminino		
	Média	DP	Média	DP	
Burnout pessoal	57.67	11.55	80.80	5.30	.000
Burnout relacionado com o trabalho	57.70	13.21	80.84	7.13	.000
Burnout relacionado com o Cliente	58.99	14.97	82.07	8.10	.000

* $p \leq 0.05$

Tabela 16– Scores das subescalas do instrumento CBI - PT segundo o género

Na Tabela 17 visualizam-se os resultados referentes à associação entre o estado civil e as dimensões da escala CBI - PT. Observam-se diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.05$) entre os indivíduos casados e os restantes, em todas as dimensões da escala CBI - PT.

	Estado Civil				p
	Solteiro, divorciado ou viúvo		Casado		
	Média	DP	Média	DP	
Burnout pessoal	19.85	5.21	71.54	16.89	.000
Burnout relacionado com o trabalho	2.31	6.79	69.18	18.27	.000
Burnout relacionado com o Cliente	16.17	4.63	72.02	18.12	.000

* $p \leq 0.05$

Tabela 17– Scores das subescalas do instrumento CBI - PT segundo o estado civil

A Tabela 18 apresenta a associação entre os scores das subescalas da escala CBI - PT

e a idade. Observa-se uma correlação estatisticamente significativa ($p \leq 0.05$) entre a idade e as subescalas do instrumento CBI - PT.

	Média	DP	1	2	3	4
1. Idade			1			
2. Burnout_pessoal	46.15	28.34	-0.825*	1		
3. Burnout_trabalho	36.74	35.72	-0.803*		1	
4. Burnout_cliente	32.65	30.50	-0.825*			1

* $p \leq 0.05$

Tabela 18– Correlações entre scores das subescalas do instrumento CBI - PT e a idade

Na Tabela 19 observam-se as correlações entre os scores das subescalas da escala CBI - PT e o tempo de serviço. Não se observa qualquer correlação estatisticamente significativa ($p > 0.05$) entre o tempo de serviço e as subescalas do instrumento CBI - PT.

	Média	DP	1	2	3	4
1. Tempo de serviço			1			
2. Burnout_pessoal	75.96	21.07	0.246	1		
3. Burnout_trabalho	68.81	20.72	0.030		1	
4. Burnout_cliente	71.39	20.39	0.098			1

* $p \leq 0.05$

Tabela 19– Correlações entre scores das subescalas do instrumento CBI - PT e o tempo de serviço

Em relação à associação entre os scores das subescalas da escala CBI - PT e o tempo de trabalho semanal (Tabela 20), não se observa qualquer correlação estatisticamente significativa ($p > 0.05$) entre o tempo de trabalho semanal e as subescalas do instrumento CBI - PT.

	Média	DP	1	2	3	4
1. Tempo de trabalho semanal			1			
2. Burnout_pessoal	80.12	14.37	0.146	1		
3. Burnout_trabalho	73.83	13.01	0.123		1	
4. Burnout_cliente	75.16	13.60	0.113			1

* $p \leq 0.05$

Tabela 20– Correlações entre scores das subescalas do instrumento CBI - PT e o tempo de trabalho semanal

Na Tabela 21 visualizam-se os scores das subescalas da escala CBI - PT segundo o tipo de trabalho. Constata-se diferenças com significância estatística ($p \leq 0.05$) entre os indivíduos que trabalham por conta própria ou por conta de outrem.

	Trabalho				p
	Conta própria		Outrem		
	Média	DP	Média	DP	
Burnout pessoal	84.72	4.16	31.50	11.66	.000
Burnout relacionado com o trabalho	80.42	3.03	16.71	12.14	.000
Burnout relacionado com o Cliente	76.54	3.49	19.16	12.50	.000

* $p \leq 0.05$

Tabela 21– Scores das subescalas do instrumento CBI - PT segundo o tipo de trabalho

Na Tabela 22 observam-se e os scores das subescalas da escala CBI - PT segundo o facto de trabalhar sempre com uma colaboradora/assistente. Contactam-se diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.05$) entre os indivíduos que trabalham com e sem assistente.

	Trabalhar sempre com uma colaboradora/assistente				p
	Sim		Não		
	Média	DP	Média	DP	
Burnout pessoal	28.93	0.96	84.37	1.86	.000
Burnout relacionado com o trabalho	13.88	1.65	81.69	1.21	.000
Burnout relacionado com o Cliente	17.36	2.90	76.04	1.86	.000

* $p \leq 0.05$

Tabela 22– Scores das subescalas do instrumento CBI - PT segundo o facto de trabalhar sempre com uma colaboradora/assistente

Na tabela 23 observa-se a média das três dimensões do instrumento de medida CBI – PT. Foram encontrados valores superiores a 50 pontos percentuais.

	Média	DP
1. Burnout pessoal	72.35	13.83
2. Burnout_trabalho	72.39	14.83
3. Burnout_cliente	73.63	15.69

Tabela 23– Análise descritiva das médias das dimensões do CBI - PT

CAPÍTULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados é uma etapa basilar em qualquer processo de investigação, pois permite destacar os dados mais significativos que foram encontrados e confrontá-los com teorias e modelos que dão suporte ao estudo em causa. Neste capítulo, analisamos a percepção dos Médicos Dentistas em relação á exposição aos riscos psicossociais.

A questão subjacente a este trabalho e que motivou o seu desenvolvimento incrementa a preocupação de compreender se os Médicos Dentistas apresentam níveis de *Burnout* e quais os quadros presentes desta síndrome e a sua gravidade. Perante isto, germinaram objectivos específicos do estudo que consistem, generalizadamente, em avaliar a saúde mental e a satisfação profissional dos Médicos Dentistas, identificar factores geradores de *Stress* e *Burnout* e, conseqüentemente, identificar estratégias individuais ou institucionais de promoção e prevenção deste fenómeno.

Estímulos que exigem adaptações humanas são inerentes à própria vida. Sempre que uma pessoa interage com o ambiente físico ou social está sujeita a pressões deste tipo. O *Stress* é uma das muitas formas de adaptação que permitiu ao Homem resistir e adaptar-se no mundo (28).

O *Stress* ocupacional, é atualmente um problema de saúde pública, responsável por custos tanto nas organizações como na vida pessoal dos seus colaboradores. Este é determinado pela percepção que o trabalhador tem das exigências presentes no ambiente de trabalho e pela sua competência em enfrentá-las (55).

A integração do indivíduo na organização, neste caso específico, no consultório medicodentário, acarreta não só as tarefas que tem que realizar, como também o relacionamento com os pares, com as chefias, com os utentes e com a família dos mesmos. Todos estes factores, geram grande *Stress* nos profissionais de saúde e nem sempre as estratégias de *Coping* utilizadas são as mais adequadas.

O estudo das repercursões negativas que as situações de trabalho têm na saúde do indivíduo não é recente. Com este trabalho propõe-se o estudo da relação entre a capacidade para o trabalho e a exposição a factores de risco psicossociais nos Médicos Dentistas.

O *Síndrome de Burnout* é mais frequente em determinadas categorias profissionais específicas, que exigem interação com as pessoas ou com receptores humanos de serviços, tais como professores, profissionais de saúde, polícias, juizes. Além do trabalho com o público, pessoas que trabalham em qualquer outro ambiente que envolve responsabilidade extrema ou precisão no cumprimento do dever, trabalho por turnos, ou tarefas e responsabilidades, correm

um risco distinto para o desenvolvimento do *Burnout* (56).

É fundamental perceber em que sentido estes profissionais de saúde são afectados pelo *Stress* e *Burnout*, tentando desenvolver estratégias de *Coping* fundamentais e adaptadas. Tendo em conta este ponto de partida e aquilo que já foi relatado noutras profissões é possível concluir que o Médico Dentista é alvo de elevados níveis de *Burnout*, pois as médias das três dimensões do questionário CBI – PT dão valores superiores a 50 pontos percentuais.

Neste meio, são os enfermeiros a população mais afetada, devido às exigências da profissão, a nível da convivência com os utentes, rapidez de planeamento, execução e avaliação de cuidados, preparação inadequada, incerteza nos tratamentos, tomada de decisões, confronto com situações de morte e sofrimento, conflito com colegas e superiores e falta de apoio. Com toda esta azáfama diária é natural que o profissional vivencie uma grande pressão (57).

Tendo em conta as variáveis individuais e situacionais, verifica-se o seguinte:

a) Género

Em relação à percepção dos riscos psicossociais, existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.05$) entre os inquiridos do sexo feminino e os do sexo masculino. As mulheres sofrem de níveis mais elevados de *Burnout* em todas as dimensões. Tendo em conta o instrumento COPSQIII, constata-se que os inquiridos do género feminino têm significativamente ($p \leq 0.05$) uma maior percepção de exigências quantitativas (Masculino: $2,23 \pm 0,87$; Feminino: $2,42 \pm 0,63$), ritmo de trabalho (Masculino: $2,68 \pm 0,98$; Feminino: $2,92 \pm 1,01$), exigências emocionais (Masculino: $3,31 \pm 0,82$; Feminino: $3,63 \pm 0,79$), influência no trabalho (Masculino: $4,44 \pm 0,80$; Feminino: $3,95 \pm 0,61$) comparativamente ao género masculino, enquanto nas subescalas alusivas às possibilidades de desenvolvimento (Masculino: $4,30 \pm 0,48$; Feminino: $4,05 \pm 0,58$) e autoeficácia os elementos do género masculino possuem scores significativamente mais elevados. No instrumento SF-36v2, constata-se que os inquiridos do género feminino têm scores médios significativamente superiores ($p \leq 0.05$) na dimensão Saúde Geral (Masculino: $43,16 \pm 9,16$; Feminino: $47,73 \pm 6,74$).

No que concerne a diferenças de género, é de realçar que as mulheres, que exercem algum tipo de actividade profissional, apresentam melhores níveis de bem-estar físico e psicológico. Este facto acentua-se ainda mais, nas mulheres que manifestam uma atitude positiva relativamente ao tipo de actividades desempenhadas e também quando sentem uma

maior satisfação profissional (16).

b) Estado civil

Em relação à percepção dos riscos psicossociais, existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.05$) entre os inquiridos casados e os solteiros, viúvos e divorciados, sendo que os primeiros apresentam níveis mais elevados de *Burnout*. No instrumento COPSOQII, constata-se que os inquiridos casados têm níveis significativamente superiores ($p \leq 0.05$) de significado do trabalho (Casado: $4,63 \pm 0,81$; Outros: $4,43 \pm 0,61$), previsibilidade (Casado: $3,63 \pm 0,81$; Outros: $4,43 \pm 0,61$), confiança vertical (Casado: $4,16 \pm 0,72$; Outros: $3,88 \pm 0,67$) e comunidade social no trabalho (Casado: $4,29 \pm 0,63$; Outros: $3,91 \pm 0,83$), enquanto nas subescalas influência no trabalho (Casado: $4,07 \pm 0,66$; Outros: $4,24 \pm 0,81$), insegurança Laboral (Casado: $2,68 \pm 0,96$; Outros: $3,11 \pm 1,07$) e autoeficácia (casado: $3,91 \pm 0,83$; outros: $4,29 \pm 0,63$) os indivíduos casados possuem níveis significativamente inferiores ($p \leq 0.05$).

Um estudo realizado em Unidades de Cuidados Intensivos Portuguesas, publicado no ano de 2013, conclui que profissionais do sexo feminino relatam níveis mais elevados de *Burnout* do que os homens, ainda em análise univariada, estatisticamente foram encontradas diferenças significativas. Profissionais mais velhas, que tinham mais anos de experiência profissional apresentam um maior nível de *Burnout*. Os entrevistados que relatam maior nível de esgotamento são menos propensos a serem casados e muitas vezes não tinham filhos. Ter um trabalho temporário, sem contratos a longo prazo e não trabalhar para outro serviço da mesma instituição, foram também associados com um maior grau de esgotamento (31).

c) Idade

Em relação à percepção dos riscos psicossociais, existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.05$) entre os inquiridos mais novos e aqueles com uma idade mais avançada, sendo que os primeiros apresentam níveis mais elevados de *Burnout*. Numa relação entre o COPSOQIII e a idade (Tabela 3), constata-se a existência de uma correlação significativa negativa ($p \leq 0.05$) entre a idade e as subescalas ritmo de trabalho e *Stress*, em que quanto mais elevada é a idade menores são os scores dessas dimensões. Observou-se uma correlação significativa positiva ($p \leq 0.05$) entre a idade e os scores das subescalas exigências cognitivas, influência no trabalho, possibilidades de desenvolvimento, significado do trabalho, recompensas (reconhecimento), transparência do papel laboral desempenhado, qualidade da liderança, apoio social de superiores, insegurança laboral, satisfação laboral e autoeficácia, observando-se que

quanto maior é a idade mais elevados são os níveis dessas subescalas. Relativamente à entre associação entre os *scores* das subescalas da escala SF-36v2 e a idade (Tabela 11), constata-se a existência de uma correlação negativa estatisticamente significativa ($p \leq 0.05$) entre a idade e função física, em que quanto mais elevada é a idade menores são os *scores* dessa dimensão.

O médico recém-formado vai-se dando conta de um hiato fundamental na sua aprendizagem: a vida só é bem-sucedida se existir a elaboração de auto-modelos compreensíveis (a nível cognitivo e emocional) para o próprio, que sejam acedidos e praticados espontaneamente e que sejam adaptáveis a novas situações (4).

A nível da Medicina Dentária, existe uma relação entre a carga emocional e volume de pacientes tratados. Os níveis de despersonalização diminuem com a idade, o que pode ser devido a uma série de factores: capacidades de socialização crescentes, uma desaceleração do ritmo de trabalho que permite um maior contacto pessoal, ou o estabelecimento de relações pessoais com os pacientes ao longo do tempo (48).

d) Tempo de serviço e tempo de trabalho semanal

Em relação à percepção dos riscos psicossociais, não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.05$) no que diz respeito ao tempo de serviço e de trabalho semanal.

No entanto, tanto o trabalho sob pressão como os ambientes sociais no trabalho são importantes fontes de *Stress* e este está intrinsecamente associado à insatisfação capaz de afectar a motivação para o trabalho e a opção por “desistir” emocionalmente ou, em último caso, abandonar objectivamente o trabalho (dedicar menos horas ou demitir-se) (5).

A desmotivação instala-se quando se constata que o trabalho não cumpre as necessidades básicas humanas (sobrevivência, segurança, de pertença, de reconhecimento, de realização pessoal) (4).

COPSOQII e o tempo de serviço, constatando-se a existência de uma correlação negativa estatisticamente significativa ($p \leq 0.05$) entre o tempo de serviço e as subescala ritmo de trabalho, em que quanto mais elevada é a idade menores são os *scores* do ritmo de trabalho. Observou-se uma correlação significativa positiva ($p \leq 0.05$) entre a idade e os *scores* das subescalas influência no trabalho, possibilidades de desenvolvimento, significado do trabalho, compromisso face ao local de trabalho, recompensas (reconhecimento), transparência do papel

laboral desempenhado, qualidade da liderança, insegurança laboral, satisfação laboral e autoeficácia, observando-se que quanto maior é a idade mais elevados são os níveis dessas subescalas.

No que respeita à associação entre os *scores* das subescalas do instrumento COPSOQIII e o tempo de trabalho semanal (Tabela 5), constata-se a existência de uma correlação positiva com significância estatística significativa p ($p \leq 0.05$) entre a idade e as subescalas exigências quantitativas, influência no trabalho, possibilidades de desenvolvimento, significado do trabalho, compromisso face ao local de trabalho, transparência do papel laboral desempenhado, apoio social de superiores, satisfação laboral, conflito trabalho/família, confiança vertical, autoeficácia, *Stress*, *Burnout*, observando-se que quanto maior é a idade mais elevados são os níveis dessas subescalas.

Segundo o SF-36v2, quanto maior é o tempo de serviço menores são os *scores* da função física e quanto maior é o tempo de trabalho semanal mais elevados são os *scores* do papel físico.

Freudenberg verificou serem justamente os profissionais mais dedicados e comprometidos com o trabalho, os mais propensos a desenvolver *Burnout*. *Maslach* refere que quanto maior o desfasamento entre a pessoa e o trabalho, maior é o risco de *Burnout*. Enumera seis fontes de *Burnout*: sobrecarga de trabalho, falta de controlo, sentimento de não recompensa, ausência de comunidade, falta de justiça e conflito de valores. Estas seis áreas de desajustamento não são totalmente independentes e podem relacionar-se entre si. A sobrecarga de trabalho ocorre quando as exigências do trabalho excedem as limitações humanas e é talvez a indicação mais óbvia da dicotomia indivíduo-trabalho (28).

e) Consultório particular ou trabalho por conta de outrém

Em relação á percepção dos riscos psicossociais, existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.05$) entre os inquiridos com um consultório particular e que trabalham por conta de outrém, sendo que os primeiros apresentam níveis mais elevados de *Burnout*. No COPSOQII os inquiridos que trabalham por conta própria têm níveis significativamente ($p \leq 0.05$) mais elevados nas subescalas exigências emocionais, influência no trabalho, possibilidades de desenvolvimento, significado do trabalho, compromisso face ao local de trabalho, previsibilidade, recompensas (reconhecimento), transparência do papel laboral, qualidade da liderança, apoio social de superiores, insegurança laboral, satisfação laboral, comunidade social no trabalho e

autoeficácia, enquanto nas subescalas alusivas às exigências quantitativas e ao ritmo de trabalho os elementos que trabalham por conta de outrem possuem scores significativamente ($p \leq 0.05$) mais elevados.

A Medicina Dentária é uma interação social permanente entre o médico e o paciente, num ambiente de trabalho limitado e com características pessoais. Um Médico Dentista saudável é uma das mais importantes componentes num consultório dentário de sucesso. Apesar de 88% dos Médicos Dentistas relatarem ter uma boa ou excelente saúde, alguns estudos mostram que um em cada dez profissionais da área tem alguma alteração no seu estado de saúde geral (problemas músculo-esqueléticos, dermatoses, alergias e possível infecção cruzada). A dor lombar é a desordem músculo-esquelética mais prevalente. Mais de 25% de todos os indivíduos com dor nas costas, relatou grave dor crónica nas costas (48).

f) Trabalhar sempre com assistente/colaboradora

Em relação á percepção dos riscos psicossociais, existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.05$) entre os inquiridos que trabalham com o auxílio de uma assistente/colaboradora e os que não trabalham desta forma, sendo que os primeiros apresentam níveis menos elevados de *Burnout*. Tendo em conta o COPSOQII, constata-se que os inquiridos que trabalham sempre com uma colaboradora/assistente têm níveis significativamente ($p \leq 0.05$) superiores nas subescalas exigências cognitivas, influência no trabalho, possibilidades de desenvolvimento, previsibilidade, transparência do papel laboral desempenhado, satisfação laboral, confiança vertical e justiça e respeito, enquanto nas subescalas alusivas às exigências quantitativas e ao ritmo de trabalho os indivíduos que não trabalham sempre com uma colaboradora/assistente possuem scores significativamente ($p \leq 0.05$) mais elevados nas subescalas exigências quantitativas, ritmo de trabalho e conflito trabalho/família.

Os estereótipos de onnipotência, onisciência e onnipresença, ao que se acrescenta a crença de que uma vida dura e de sacrifício é inevitável, são uma cultura de fantasia. Mas o que é inquietante é que se estimulam os jovens médicos a perseguir essas idealizações, nomeadamente a partir de figuras raras de excelente sucesso profissional, mas de bizarria pessoal, garantindo-se a frustração e no pior dos casos a exaustão emocional (4, 18).

A violência (agressão verbal e física) sobre os médicos e entre médicos está em crescendo e é outro importante factor de *Stress*, embora ainda muito poucas vítimas apresentem

denúncia (28). Contudo no questionário COPSOQII esta é uma dimensão favorável, não colocando em risco a saúde.

Apesar da relevância de se compreender estas condições de exercício laboral, nomeadamente os factores geradores de *Stress* nos profissionais, também é importante analisar os aspectos que contribuem para sua adaptação aos respetivos contextos laborais, uma vez que isto poderá ajudar a perceber a razão pela qual alguns indivíduos reagem mais positivamente às condições de trabalho, enquanto outros não se conseguem ajustar satisfatoriamente a essas mesmas condições (26).

Assim, este problema tem sido entendido como uma resposta emocional ao *Stress* crónico, com efeitos do ponto de vista físico (ex: fadiga, problemas de sono e de alimentação, etc.) e comportamental (ex: afastamento face à situação, incapacidade de trabalhar, *turnover*, etc.) (26). A saída voluntária do empregado (*turnover*) traz consequências negativas para a organização, pois aumenta os custos com o recrutamento, selecção, treinamento de novos empregados, além da perda de profissionais experientes e que já conheciam as rotinas administrativas, assim como a queda na qualidade do atendimento aos clientes, gerando insatisfação e intensificação de conflitos (11).

As diferenças encontradas nas respostas individuais ao *Stress* podem ser atribuídas a factores relacionados com a personalidade, o que apoia a hipótese de que o *Stress* é único, perceptual e um fenómeno experimental (48).

CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES

Este estudo é de carácter transversal, por isso circunscreve-se a um único momento no tempo. Desta forma, os resultados encontrados são unicamente correlacionais, não permitindo tirar elações nas relações de causalidade.

A investigação tem o papel fulcral de reforçar as bases científicas e contribuir para o desenvolvimento contínuo das profissões, sendo o resultado fornecer serviços de qualidade às pessoas e comunidade e aos profissionais.

A nível de investigação neste domínio, as investigações futuras devem ultrapassar a natureza descritiva e correlacional através da compreensão dos padrões temporais (e.g estudos longitudinais), com o intuito de testar novos pressupostos baseados em modelos conceptuais neste âmbito.

Por outro lado, verifica-se a necessidade de desenvolver mais estudos com incremento de estratégias de intervenção, com o intuito de implementar medidas ao nível individual e institucional de forma a prevenir e reduzir a taxa de *Burnout* nos Médicos Dentistas Portugueses (e.g. promoção de estilos de vida activos).

Por fim, enfatiza-se a necessidade de uma maior produção científica qualitativa nesta área, de modo a que possa proporcionar conhecimento mais aprofundado e compreensivo acerca desta matéria. Deste modo, torna-se aliciante prosseguir esta linha de investigação em estudos futuros, pelo facto de a mesma ainda ser escassa em Portugal.

Sublinhamos algumas das mais importantes limitações encontradas no presente estudo.

A primeira limitação com que nos podemos deparar relaciona-se com o instrumento de colheita de dados, mais precisamente em relação às variáveis escolhidas para serem estudadas. Outras variáveis podiam ser incluídas no nosso estudo, como a remuneração, o grau de autonomia, os recursos disponíveis para a realização das tarefas, a dimensão da empresa, a participação no processo de tomada de decisão e o tipo de vincula contractual, para assim obter outros conhecimentos sobre a percepção dos riscos psicossociais.

Uma outra grande limitação identificada foi na utilização da escala COPSOQII, tendo em conta que esta escala ainda está a ser estudada e validada para a população portuguesa, e a informação de como utiliza-la é pouca, tentamos adapta-la da melhor forma, para assim retirar o maior contributo desta, para uma melhor compreensão desta temática.

Salientamos ainda que o inconveniente dos estudos que utilizam questionários auto-aplicáveis, dificultam o controlo das perdas de informação.

Finalmente espera-se que esta investigação seja vista como uma exploração inicial da problemática, e dar o contributo para o estudo de indicadores de mal-estar nos Médicos Dentistas portugueses. No contexto de todo este projecto de investigação é imprescindível a necessidade de se evocar a primeira Conferência Internacional sobre a promoção da Saúde, realizada em *Ottawa*, em 1986, que serve de inspiração a todo esta investigação, que nas suas constatações tenta seguir o paralelismo do movimento de Saúde Pública, participando neste compromisso que é a Promoção da Saúde e a Protecção da Doença.

PERSPECTIVAS FUTURAS

Muitas questões permanecem em aberto quando abordamos a temática, *STRESS E BURNOUT EM MÉDICOS DENTISTAS*, algumas das quais discriminamos seguidamente:

- Será essencial desenhar estudos de carácter longitudinal, que permitam inferir relações de casualidade de *Stress* e *Burnout*.
- Um novo conceito de Saúde Pública emerge, distinguindo-se pela sua essência na compreensão abrangente de que os estilos de vida e as condições de vida de cada um, inclusive o trabalho, determinam o estado de saúde de cada indivíduo. Há reconhecimento da necessidade de mobilizar recursos e fazer investimentos sólidos em políticas, programas e serviços, e criar um suporte social e ambiental estável, o que poderá manter e proteger a saúde de todos.
- Para que esta temática seja cada vez mais emergente e, minuciosamente, mais explorada em benefício de todos os Médicos Dentistas, urge perceber a sua dimensão e implicação numa sociedade com *empowerment* e com um comportamento salutar.

Estas questões constituem o ponto de partida para projetos futuros de investigação médica, nos quais esperamos dar o nosso contributo.

CAPÍTULO VII - BIBLIOGRAFIA

1. Saúde e qualidade de vida em análise. Escola Superior de Enfermagem do Porto - Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida. 2009.
2. Relatório sobre a Saúde no Mundo. Organização Mundial de Saúde. 2001.
3. Santos D. Burnout, estratégias de coping e qualidade de vida nos profissionais de saúde. Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga. 2011.
4. Frasquilho M. Medicina, médicos e pessoas. Compreender o Stress para prevenir o Burnout. Acta Médica Portuguesa. 2005. 18:433-44.
5. Frasquilho M. Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: prevenção e tratamento. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2005. 23(2):89-98.
6. Ribeiro M. Riscos Psicossociais no Trabalho dos Enfermeiros. Instituto Politécnico de Viseu. 2012.
7. Feliciano K, Kovacs M, Sarinho S. Burnout among Family Healthcare physicians: the challenge of transformation in the workplace. Ciências & Saúde Coletiva. 2011. 16(8):3373-82.
8. Areias M, Comodule A. Qualidade de Vida, Estresse no Trabalho e Síndrome de Burnout. Universidade Estadual de Casmpinas. 2006.
9. Leal M. Stress e Burnout. Edição Bial. Porto. 1998.
10. Rada R, Leong C. Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. JADA. 2004;135:788-94.
11. Grazziano S e Bianchi F. Impacto del Estrés Ocupacional y Burnout en enfermeros. Efermería Global. 2010;18:1-20.
12. Glina D, Batista M, Mendonça M. Mental health and work: a discussion of the connection between work and diagnosis based on daily practice. Cadernos de Saúde Pública. 2001. 17(3):607-16.
13. Silva A. Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. Estudos de psicologia. 2009. 14(3):239-48.
14. Guimarães M. Controlo no trabalho: Uma reflexão sobre antigas e novas formas de controlo e suas conseqüências sobre os trabalhadores. Revista de Gestão USP. 2006. 13(1):1-10.
15. Martins M, Melo J. Emoção...Emoções... Que implicações para a saúde e

qualidade de vida? Instituto Politécnico de Viseu. 2008. ISSN: 1647-662X

16. Gomes J. A experiência de stress e "Burnout" em psicólogos portugueses: um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 2004. 2:193-212.

17. Filho D. O Stress ocupacional em cirurgiões-dentistas: o desafio da administração do trabalho. *Saúde em Revista*. 2012. 12(32):7-20.

18. Lourenção L, Soler Z. Saúde e qualidade de vida de Médicos Residentes. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2010. 53(1):81-91.

19. Oliveira E, et all. Qualidade de Vida no Trabalho do Profissional de Enfermagem. *Cadernos de Estudos e Pesquisas*. 2011.15(33).

20. Schmidt D, Dantas R. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco operatório, sob a ótica da satisfação. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2006. 14(1):54-60.

21. Souza D. Análise da qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem: estudo nos prontos socorros dos hospitais no Espírito Santo. Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em contabilidade, economia e finanças. 2011.

22. Santos J. Stress. *Análise Psicológica*. 1998. 4:675-90.

23. Uva A, Leite E. Stress relacionado com o trabalho. *Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho*. 3:25-42.

24. Stroebe W, Stroebe M. *Psicologia Social e Saúde*. 1995. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 9789727710645.

25. Castel D. O Estresse na Pesquisa Epidemiológica: o Desgaste dos Modelos de Explicação Coletiva do Processo Saúde-Doença. *Revista de Saúde Coletiva*. 2005.15:103-20.

26. Puriene A, Janulyte V, Musteikyte M, Bendinskaite R. General health of dentists. Literature review. *Stomatologija/issued by public institution "Odontologijos studija"*. 2007. 9(1):10-20.

27. Gomes O, et all. Stress, avaliação cognitiva e burnout: um estudo com professores do ensino superior. *Revista Sul Americana de Psicologia*. 2013.1(1).

28. Carlotto S. Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory - Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros. *Psico-USF*. 2006.11(2):167-

73.

29. Costa M. Burnout nos médicos. Perfil e enquadramento destes doentes. Universidade do Porto. 2009.

30. Marin J, Mera D, Hoyo Y. A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2009. 4(31):1-17.

31. Friberg T. Burnout: From Popular Culture to Psychiatric Diagnosis in Sweden. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 2009. 33:538-58.

32. Teixeira C, Fonseca A, Carvalho A. Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiology*. 2013;13(38):1-15. doi: [10.1186/1471-2253-13-38](https://doi.org/10.1186/1471-2253-13-38).

33. Pereira A. Burnout e o Conflito Trabalho-Família/Família-Trabalho em Profissionais de Enfermagem. Universidade do Porto; 2009.

34. Millan L. A Síndrome de Burnout: realidade ou ficção? *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2007. 53(1):1-12.

35. Polikandrioti M. Burnout syndrome. *Health Science Journal*. 2009. 3(4):195-6.

36. Paris M, Hoge A. Burnout in the mental health workforce: a review. *Journal of Behavioral Health Services Research*. 2010. 37:519–528

37. Federici E. Principal self-efficacy: relations with burnout, job satisfaction and motivation to quit. *Social Psychology of Education*. 2012. 15:295-320.

38. Morse M, Rollins A. Burnout in Mental Health Services: A Review of the Problem and Its Remediation. *Administration and Policy in Mental Health*. 2012. 39:341-52.

39. Rossler W. Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2012. 2:65-9.

40. Fonte C. Adaptação e validação para português do questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra; 2011.

41. Galek K, Greene P. Burnout, Secondary Traumatic Stress, and Social Support. *Pastoral Psychol*. 2011. 60:633-49. doi: [10.1007/s11089-011-0346-7](https://doi.org/10.1007/s11089-011-0346-7)

42. Silva R. Burnout, Coping e Resiliência em auxiliares de acção educativa: Universidade do Porto. 2009.

43. Ferreira P, Ferreira L. A medição de preferências em saúde na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2006;24(2).
44. Carlotto M, Câmara S. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em Estudo*. 2004. 9(3):499-505.
45. Jackson C. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 1981. 2:99-113.
46. Vieira I. Conceito(s) de burnout: questões atuais da pesquisa e a contribuição da clínica. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2010. 35(122):269-76.
47. Kaschka P, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *Deutsches Arzteblatt International*. 2011.108(46):781-7.
48. Martins L. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina no Trabalho*. 2003.1(1):56-68.
49. Vázquez F. Burnout Syndrome in an International Setting. *Springer Science and Business Media* 2013:1-22.
50. Ladeira M. O processo do Stress ocupacional e a psicopatologia do trabalho. *Revista de administração*. 1996. 31(1):64-74.
51. Brooks C, Chalder T. Review of literature on the mental health of doctors: Are specialist services needed? *Journal of Mental Health*. 2011:1-11.
52. Borges J, Barker M. Os Valores Organizacionais e a Síndrome de Burnout: Dois Momentos em uma Maternidade Pública. *Psicologia: Reflexão & Crítica*. 2006.19(1):34-43.
53. Linzer R et al. 10 Bold Steps to Prevent Burnout in General Internal Medicine. *Journal of General Internal Medicine*. 2013. 29(1):18-20.
54. Fortin F. O Processo de investigação: da concepção à realização. 3ª Ed. Loures: Lusociência, 2003. Pt. ISBN: 972-8383-10-X
55. Ribeiro P. Metodologia de investigação em psicologia e saúde. 3ª Ed. Legis Editora, 2010. ISBN: 9789898148469

CAPÍTULO VIII - ANEXOS

1. Consentimento informado e variáveis sociodemográficas

CONSENTIMENTO INFORMADO

“Quando tudo o resto falhar, tente o diagnóstico”...

Fui informado, pelo investigador responsável e/ou clínico responsável, de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a avaliar quais os impactos do meu estado de saúde na minha qualidade de vida. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos da minha vida: pessoal, saúde física, sistémica, oral e vida emocional, relação com amigos e familiares e do meu meio-ambiente.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Sim Não

Autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato

Sim Não

Sexo

Masculino Feminino

Idade (anos)

Há quantos anos trabalha?

Quantos dias da semana trabalha?

Trabalha por conta de própria ou de outrem?

Conta própria Conta de outrem

Trabalha sempre com uma colaboradora/assistente?

Sim Não

Quais os locais onde trabalha?

Consultório Privado

Hospital Privado

Hospital do SNS

Número de cédula profissional:

2. Saúde em geral (Short Form-36 versão 2 – SF-36v2)

A Sua Saúde e Bem-Estar

As perguntas que se seguem pedem-lhe sua opinião sobre a sua saúde. Esta informação nos ajudará a saber como se sente, e como é capaz de desempenhar as actividades habituais. *Obrigado por responder a este questionário!*

Para cada uma das seguintes perguntas, por favor marque uma na caixa que melhor descreve sua resposta.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Comparando com há um ano atrás, como classificaria o seu estado geral de saúde actual?

Muito melhor agora que há um ano atrás	Um pouco melhor que há um ano atrás	Aproximadamente igual há um ano atrás	Um pouco pior que há um ano atrás	Muito pior que há um ano atrás
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SF-36v2™ Health Survey © 1993, 2004 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.
SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
(IQOLA SF-36v2 Standard, Portugal (Portuguese))

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que pode executar no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde actual o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
1. <u>Actividades vigorosas</u> , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos árduos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <u>Actividades moderadas</u> , tais como deslocar uma mesa, aspirar a casa, andar de bicicleta, ou nadar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Levantar ou carregar as compras de mercearia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Subir <u>vários</u> lanços de escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Subir <u>um</u> lanço de escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Incliná-lo, ajoelhar-lo ou baixar-lo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Andar <u>mais de 1 km</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Andar <u>algumas centenas de metros</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Andar <u>cem metros</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tomar banho ou vestir-lo sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SF-36v2™ Health Survey © 1993, 2004 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.
 SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
 (IQOLA SF-36v2 Standard, Portugal (Portuguese))

4. Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a. Diminuiu o <u>tempo</u> gasto a trabalhar, ou noutras actividades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. <u>Realizou menos</u> do que queria.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Sentiu-se <u>limitado/a</u> no <u>tipo</u> de trabalho ou outras actividades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Teve <u>dificuldade</u> em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo teve algum dos problemas apresentados a seguir com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a. Diminuiu o <u>tempo</u> gasto a trabalhar, ou noutras actividades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. <u>Realizou menos</u> do que queria.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Realizou o trabalho ou outras actividades de forma <u>menos cuidadosa</u> que o habitual.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SF-36v2™ Health Survey © 1993, 2004 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.
 SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
 (IQOLA SF-36v2 Standard, Portugal (Portuguese))

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a sua família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Durante as últimas 4 semanas, quanta dor no corpo teve?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas durante as últimas 4 semanas. Para cada pergunta, por favor dê a resposta que melhor descreva a forma como se sentiu. Quanto tempo, durante as últimas 4 semanas...

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
1. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Se sentiu muito nervoso/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Teve muita energia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Sentiu-se triste e deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Se sentiu estafado/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Se sentiu feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Se sentiu cansado/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SF-36v2™ Health Survey © 1993, 2004 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.
 SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
 (IQOLA SF-36v2 Standard, Portugal (Portuguese))

11. Por favor, diga em que medida são VERDADEIRAS ou FALSAS cada uma das seguintes afirmações para si.

	Absoluta- mente verdade	Bastante verdade	Não sei	Bastante falso	Absoluta- mente falso
	▼	▼	▼	▼	▼
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
b. Sou tão saudável quanto qualquer outra pessoa.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
d. A minha saúde é excelente.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

3. Síndrome de Burnout (Copenhagen Burnout Inventory – CBI)

Questionário de Copenhagen Burnout Inventory – PT (CBI - PT)

As perguntas do questionário de Copenhagen Burnout Inventory - PT (CBI - PT) não devem ser impressas no questionário pela mesma ordem como a apresentada neste documento. As questões podem ser misturadas com os restantes temas, para evitar padrões de respostas estereotipadas.

Burnout pessoal

Avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pela pessoa.

Burnout pessoal	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
1. Com que frequência se sente cansado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Com que frequência se sente fatigado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Com que frequência se sente frágil e susceptível a ficar doente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pontuação: Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Considera-se como um elevado nível de *burnout* aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

Burnout relacionado com o trabalho

Analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho;

Burnout relacionado com o trabalho	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
4. Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca/quase nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre
7. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nas primeiras três questões:

Pontuação: Muito – 100; Bastante – 75; Assim, assim – 50; Pouco – 25; Muito pouco – 0.

Nas últimas quatro questões:

Pontuação: Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

Na última questão os scores são invertidos.

Pontuação: Nunca/quase nunca – 100; Raramente – 75; Às vezes – 50; Frequentemente – 25; Sempre – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Considera-se como um elevado nível de burnout aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

Burnout relacionado com o Cliente

Avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes.

Burnout relacionado com os clientes	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. Acha difícil trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acha frustrante trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trabalhar com clientes deixa-o/a sem energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
5. Está cansado de trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nas primeiras quatro questões:

Pontuação: Muito – 100; Bastante – 75; Assim, assim – 50; Pouco – 25; Muito pouco – 0.

Nas últimas duas questões:

Pontuação: Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Nota: o termo cliente pode ser adaptado ao contexto do estudo. Por exemplo, num questionário destinado a enfermeiros o termo "cliente" o termo mais apropriado será utente ou doente; num questionário destinado a professores o termo a empregar será alunos ou estudantes.

Considera-se como um elevado nível de burnout aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

4. Stress (Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSOQII)

COPSOQ II – Versão Curta

(Kristensen, T., 2001)
(Tradução e adaptação de Silva, C. et al., 2011)

Das seguintes afirmações indique (X) a que mais se adequa à sua resposta de acordo com as

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

	1	2	3	4	5
1. A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída?					
2. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho?					
3. Precisa trabalhar muito rapidamente?					
4. O seu trabalho exige a sua atenção constante?					
5. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?					
6. O seu trabalho exige emocionalmente de si?					
7. Tem um elevado grau de influência no seu trabalho?					
8. O seu trabalho exige que tenha iniciativa?					
9. O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas?					
10. No seu local de trabalho, é informado com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro?					
11. Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?					
12. Sabe exactamente quais as suas responsabilidades?					
13. O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gerência?					
14. É tratado de forma justa no seu local de trabalho?					
15. Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior imediato?					
16. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas?					

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

Em relação à sua chefia directa até que ponto considera que...

	1	2	3	4	5
17. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento?					
18. É bom no planeamento do trabalho?					
19. A gerência confia nos seus funcionários para fazerem o seu trabalho bem?					
20. Confia na informação que lhe é transmitida pela gerência?					
21. Os conflitos são resolvidos de uma forma justa?					
22. O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários?					
23. Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente.					

1- Nada/ quase nada 2- Um pouco 3- Moderadamente 4- Muito 5- Extremamente

	1	2	3	4	5
24. O seu trabalho tem algum significado para si?					
25. Sente que o seu trabalho é importante?					
26. Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também?					
27. Quão satisfeito está com o seu trabalho de uma forma global?					
28. Sente-se preocupado em ficar desempregado?					

	Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Deficitária
29. Em geral, sente que a sua saúde é:					

As próximas três questões referem-se ao modo como o seu trabalho afecta a sua vida privada:

1- Nada/ quase nada 2- Um pouco 3- Moderadamente 4- Muito 5- Extremamente

	1	2	3	4	5
30. Sente que o seu trabalho lhe exige muita <u>energia</u> que acaba por afectar a sua vida privada negativamente?					
31. Sente que o seu trabalho lhe exige muito <u>tempo</u> que acaba por afectar a sua vida privada negativamente?					

Com que frequência durante as últimas 4 semanas sentiu...

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

	1	2	3	4	5
32. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguia adormecer novamente?					
33. Fisicamente exausto?					
34. Emocionalmente exausto?					
35. Irritado?					
36. Ansioso?					
37. Triste?					

Nos últimos 12 meses, no seu local de trabalho:

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

	1	2	3	4	5
38. Tem sido alvo de insultos ou provocações verbais?					
39. Tem sido exposto a assédio sexual indesejado?					
40. Tem sido exposto a ameaças de violência?					
41. Tem sido exposto a violência física?					

Obrigado pela sua colaboração.