

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

MESTRADO EM SOCIOLOGIA

Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável

O SINDROMA DE *BURNOUT*

NOS CENTROS DE SAÚDE DA SUB-REGIÃO DE ÉVORA

Dissertação do Mestrado apresentado por:

JOSÉ ALBERTO NORONHA MARQUES ROBALO

O PROFESSOR ORIENTADOR: *DOCTOR EDUARDO ÁLVARO DO CARMO FIGUEIRA*

ÉVORA, AGOSTO DE 2003

“Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri”

À ISABEL

Ao MIGUEL

À MARTA e à MATILDE

“ Oh, meu Deus, (...) que trabalho tão cansativo eu escolhi! (...) conhecer novas pessoas sem cessar e que nunca se tornam amistosas.

Para o diabo com tudo isto! (...)” Franz Kafka, *A Metamorfose*

AGRADECIMENTOS

A todos os funcionários que pertencem à Sub-Região de Saúde de Évora, que de uma forma activa, participaram neste estudo, particularmente às Direcções dos Centros de Saúde, que sem a sua colaboração e empenho não seria possível desenvolver esta investigação, pretende-se prestar um agradecimento, agradecimento que, também, é extensível ao Conselho de Administração, da Administração Regional de Saúde do Alentejo, na pessoa do seu Presidente, Dr. António Luís Pinheiro Ribeiro, pela autorização concedida para a efectivação da mesma (anexo I).

Não se poderia ter realizado o trabalho, sem o apoio incondicional do grupo de tradutores e peritos, que de uma forma graciosa colaboraram para que uma das peças fundamentais do trabalho fosse elaborada, por isso, bem hajam.

Um agradecimento a todos os amigos que leram e releeram o trabalho e com as suas sugestões contribuíram para a sua elaboração, e em particular ao Senhor Professor Doutor Francisco Martins Ramos, que sempre incentivou à conclusão do mesmo.

Por fim, um agradecimento muito particular ao Senhor Professor Doutor Eduardo Álvaro do Carmo Figueira, pela sua disponibilidade, empenhamento, compreensão e pelos ensinamentos que proporcionou.

ÍNDICE GERAL

RESUMO	PAG: 1
SUMMARY	PAG: 2
1- INTRODUÇÃO	PAG: 3
1.1- A SAÚDE , O TRABALHO E O ABSENTISMO	PAG: 3
1.2- APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	PAG: 4
1.3- LIMITAÇÕES DO ESTUDO	PAG: 5
2- OBJECTIVOS E HIPÓTESES DO ESTUDO	PAG: 7
2.1- INTRODUÇÃO	PAG: 7
2.2- OS OBJECTIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS DO ESTUDO	PAG: 9
2.3- AS HIPÓTESES DO ESTUDO	PAG: 10
3- O TRABALHO, O STRESSE E O <i>BURNOUT</i>:	
Fundamentação teórica	PAG: 13
3.1- O TRABALHO, AS ESTRUTURAS E OS SISTEMAS: REVISÃO HISTÓRICA	PAG: 13
3.1.1- O TRABALHO	PAG: 13
3.1.2- AS ORGANIZAÇÕES: ESTRUTURAS E SISTEMAS	PAG: 18
3.2- CONCEITO DE STRESSE	PAG: 23
3.3- AS PATOLOGIAS DOS SISTEMAS: O STRESSE OCUPACIONAL	PAG: 29
3.3.1- PREMISSAS DO STRESSE OCUPACIONAL: <i>SENSUS COMMUNE</i>	PAG: 29

3.3.2- CONCEITO DE STRESSE OCUPACIONAL	PAG: 34
3.4- O <i>BURNOUT</i>	PAG: 44

4- A METODOLOGIA **PAG: 49**

4.1- DESENHO GERAL E PROCEDIMENTOS DO ESTUDO	PAG: 49
4.2- OBJECTO DO ESTUDO	PAG: 49
4.3- POPULAÇÃO, AMOSTRA E AMOSTRAGEM	PAG: 50
4.4- CONCEPTUALIZAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	PAG: 52
4.5- ANÁLISE DE DADOS	PAG: 65

5- TRATAMENTO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS **PAG: 68**

5.1- ANÁLISE GLOBAL DOS RESULTADOS	PAG: 68
5.2- ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DAS DIMENSÕES QUE CARACTERIZAM O <i>BURNOUT</i> E A SUA MAGNITUDE EM FUNÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS FUNCIONARIOS	PAG: 93
5.3- AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE O ABSENTISMO E A MAGNITUDE DAS DIMENSÕES QUE CARACTERIZAM O <i>BURNOUT</i>	PAG: 97

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS **PAG: 98**

6.1- CONCLUSÕES	PAG: 98
6.2- RECOMENDAÇÕES	PAG: 101

7- BIBLIOGRAFIA **PAG: 103**

ANEXOS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N.º1	
<i>DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS NA AVALIAÇÃO DOS PERITOS</i>	PAG.: 59
GRÁFICO N.º 2	
<i>DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DOS PARTICIPANTES</i>	PAG.: 69
GRÁFICO N.º 3	
<i>DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS NA DESPERSONALIZAÇÃO</i>	PAG.: 81
GRÁFICO N.º 4	
<i>DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS NA REALIZAÇÃO PESSOAL</i>	PAG.: 82
GRÁFICO N.º 5	
<i>DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS NA EXAUSTÃO EMOCIONAL</i>	PAG.: 83

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1	
VARIÁVEIS SÓCIO-PROFISSIONAIS E DEMOGRÁFICAS	PAG.:53
QUADRO 2	
VARIÁVEIS SÓCIO-PROFISSIONAIS E DEMOGRÁFICAS	PAG.:54
QUADRO 3	
VARIÁVEIS SÓCIO-PROFISSIONAIS E DEMOGRÁFICAS	PAG.:55
QUADRO 4	
VARIÁVEIS SÓCIO-PROFISSIONAIS E DEMOGRÁFICAS	PAG.:56
QUADRO 5	
VARIÁVEIS DA EXAUSTÃO EMOCIONAL	PAG.:60
QUADRO 6	
VARIÁVEIS DA DESPERSONALIZAÇÃO	PAG.:61
QUADRO 7	
VARIÁVEIS DA REALIZAÇÃO PESSOAL	PAG.:62
QUADRO 8	
FIABILIDADE DO MBI NO ESTUDO PRELIMINAR	PAG.:63
QUADRO 9	
FIABILIDADE DO MBI NO ESTUDO DEFINITIVO	PAG.:65
QUADRO 10	
DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR PROFISSÕES	PAG.: 68

QUADRO 11

CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA POR GÊNERO PAG.:70|71|72|73

QUADRO 12

CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA POR PROFISSÃO PAG.:75|76|77|78

QUADRO 13

MÉDIAS E DESVIOS-PADRÕES NO MBI

POR GÊNERO E PROFISSÕES PAG.:80

QUADRO 14

CORRELAÇÃO ENTRE AS TRÊS DIMENSÕES DO *BURNOUT* PAG.:84

QUADRO 15

ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS PAG.: 85

QUADRO 16

CORRELAÇÃO ESTRE VARIÁVEIS PAG.:87

QUADRO 17

MÉDIAS E DESVIOS-PADRÕES DAS TRÊS DIMENSÕES

VERIFICADOS NAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES PAG.:89|90

QUADRO 18

TESTES DE ASSOCIAÇÃO E CORRELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS

DEPENDENTES E INDEPENDENTES PAG.:91

A SÍNDROME DE *BURNOUT* NOS CENTROS DE SAÚDE DA SUB-REGIÃO DE ÉVORA

RESUMO

Verificou-se que na Sub-Região de Saúde de Évora o absentismo dos funcionários atingia valores consideráveis. Uma das razões evocadas pela literatura, para tal fenómeno, era o síndrome de *burnout* (efeito incapacitante de uma exposição prolongada a condições de stresse no trabalho). Com este estudo pretendeu-se investigar se existia uma relação entre o absentismo e uma maior prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*, através de um questionário, que incluía uma versão traduzida e adaptada do *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*, instrumento amplamente utilizado em estudos sobre a avaliação do *burnout*, aplicado a médicos, enfermeiros, administrativos e auxiliares, durante o mês de Outubro de 2001, que pertenciam aos quadros dos Centros de Saúde, da Sub-Região de Saúde de Évora, e que tinham contacto directo com os utentes dos serviços.

Da análise global constatou-se uma baixa prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout* e uma relação entre o absentismo e uma maior prevalência dessas dimensões.

BURNOUT SINDROME AT THE CENTROS DE SAÚDE OF THE SUB-REGIÃO DE ÉVORA

SUMMARY

It was verified at the *Sub-Região de Saúde de Évora* that the employees' absenteeism reached considerable values. One of the reasons evoked by the literature for such phenomenon was the burnout syndrome (unableing effect of a lingering exhibition to stress conditions at work). This study intended to investigate if a relationship between the absenteeism and a larger prevalence of the dimensions that characterize the burnout existed. A questionnaire that included a translated and adapted version of Maslach Burnout Inventory–Human Services Survey, instrument thoroughly used in studies about the evaluation of burnout, was applied, during October 2001, to medical doctors, nurses, administrative and auxiliary employees, that belonged to the staff of the *Centros de Saúde*, of the *Sub-Região de Saúde*, and had direct contact with the customers of the services.

On a global analysis a low prevalence of the dimensions that characterize the burnout and a relationship between the abseteeism and a larger prevalence of those dimensions was verified.

1 – INTRODUÇÃO

1.1 – A SAÚDE, O TRABALHO E O ABSENTISMO

Definir saúde sempre foi considerada uma tarefa difícil. Essa dificuldade verifica-se por parte da própria Medicina, sendo-lhe mais fácil definir o conceito de doença. Leriche, em 1936, definiu saúde como a vida no silêncio dos órgãos. Mas, como sabemos, a saúde não pode ser definida apenas por uma referência biológica exclusiva, deve integrar também uma vertente psíquica e social. Assim, a Organização Mundial de Saúde definiu-a, em 1946, como "(...) um estado de completo bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença (...)". Esta definição foi muito criticada por ser utópica, idealista, não ser possível de medir e por não se ter explicado como poderá ser atingido esse bem-estar. Numa revisão desta definição, um grupo de trabalho da Organização Mundial de Saúde, em 1984, redefiniu-a como a condição em que o indivíduo ou grupo pode, por um lado, realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro, adaptar-se ou mudar o seu meio envolvente. Neste contexto, a saúde é vista como um recurso de todos os dias e não como um objectivo da vida: é um conceito positivo que enfatiza os recursos social e pessoal, assim como as capacidades físicas (Wilkinson, 2001). Seedhouse, ao focalizar-se na qualidade de vida, define a saúde como o conjunto de condições que capacitam a pessoa a trabalhar para conseguir obter o máximo do seu potencial biológico e das suas escolhas realistas (Wilkinson, 2001).

A saúde, não sendo um estado passivo, está dependente de múltiplos factores: higiénicos, comportamentais, médicos, físicos, sociais, individuais, colectivos e ambientais. É, pois, nesta problemática que o trabalho surge, também, como um factor condicionante do estado de saúde.

Quando pensamos no aforismo "O trabalho dá saúde", verificamos que a lógica que conduz à génese das formas de trabalho é, em primeira instância, estranha à lógica contida nas definições de saúde. Isto porque o trabalho pode ser uma fonte de poluição ambiental, poluição física, química e biológica que atenta contra a saúde.

O absentismo no trabalho - qualquer falta, de um trabalhador, em se apresentar ou em se manter no seu posto de trabalho conforme estava escalado, seja qual for o motivo - tem implicações negativas quer na produtividade e gestão dos recursos humanos, quer nos custos de uma organização. Embora se possam identificar diversas causas para o absentismo (faltas voluntárias por motivos pessoais, doença comprovada, doença não comprovada, baixa motivação para o trabalho, políticas inadequadas da organização, razões diversas de carácter familiar), na maioria das vezes, elas são justificadas pelo estado de saúde do trabalhador.

1.2 – APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Verificou-se que na Sub-Região de Saúde de Évora, composta por uma sede e catorze Centros de Saúde, o absentismo dos funcionários atingia valores consideráveis e que uma das razões evocadas pela literatura, para tal fenómeno, era o síndrome de *burnout* (efeito incapacitante de uma exposição prolongada a condições de stresse no trabalho). O *burnout*, embora possa ser expressado de diversas formas, é conceptualizado por Maslach e Leiter (1997) como um construto multidimensional, sendo definido como uma síndrome caracterizada por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal, que afecta sobretudo indivíduos que trabalham com pessoas.

Neste contexto, pretendeu-se investigar, nos referidos funcionários, se existia uma relação entre o absentismo e uma maior prevalência das

dimensões que caracterizam o *burnout*. Se tal facto fosse constatado, poderiam ser introduzidas medidas correctoras na organização do trabalho, que conduzissem a uma diminuição da taxa de absentismo.

Com este estudo efectuou-se uma abordagem essencialmente quantitativa, utilizando-se um inquérito, por questionário, aplicado a médicos, enfermeiros, administrativos e auxiliares, durante o mês de Outubro de 2001, que pertenciam aos quadros dos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Évora, e que tinham contacto directo com os utentes dos serviços.

Com a aplicação deste questionário pretendeu-se, não só, caracterizar sócio-profissional e demográficamente, mas, também, avaliar a magnitude das três dimensões que caracterizam o *burnout*, nos referidos funcionários.

Esta magnitude foi medida através da aplicação de uma versão traduzida e adaptada do *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI), instrumento amplamente utilizado em estudos sobre o *burnout*.

Vão ser desenvolvidos no capítulo 2, os objectivos e as hipóteses de estudo; no capítulo 3, o trabalho, o stresse e o *burnout*: fundamentação teórica; no capítulo 4, a metodologia; no capítulo 5, o tratamento e discussão dos resultados; no capítulo 6, as considerações finais; e, finalmente, no capítulo 7, a bibliografia, para o qual foram utilizadas as normas de Vancouver (Vancouver Group, 2003).

1.3 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As principais limitações do estudo consistiram em a amostra e a distribuição dos questionários não terem sido feitas de uma forma completamente aleatória, não se podendo, por isso, garantir a representatividade. No entanto, conseguiu-se atingir taxas de participação

superiores a 40% em todas as profissões que se pretendiam que participassem no estudo.

Uma outra limitação foi o valor encontrado na avaliação do coeficiente de fiabilidade do MBI, que se apresentou inaceitável em relação a uma das dimensões do *burnout*, a despersonalização. No entanto, o coeficiente de fiabilidade para a globalidade do MBI revelou-se bom, pelo que a dimensão foi considerada.

2 – OBJECTIVOS E HIPÓTESES DO ESTUDO

2.1 -. INTRODUÇÃO

A Constituição da República Portuguesa – Lei Constitucional nº 1/92, de 25 de Novembro – estipula a protecção à saúde como um direito de todos os cidadãos e da comunidade, assegurada pelo Serviço Nacional de Saúde, com um âmbito universal, global e tendencialmente gratuito, abrangendo não só a promoção da saúde e a prevenção da doença, mas também a prestação dos cuidados de saúde (Rodrigues, 2002).

O Serviço Nacional de Saúde é composto pelo conjunto de instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde, que têm por missão garantir a equidade de acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde.

É neste contexto e tentando dar resposta às crescentes exigências das populações em termos de qualidade e de eficiência dos serviços que surgem, a nível regional, as Administrações Regionais de Saúde.

Na dependência destas Administrações Regionais estão, a nível distrital, as Sub-Regiões de Saúde, responsáveis pela gestão dos recursos dos Centros de Saúde que lhe estão adstritos.

Os Centros de Saúde, de carácter concelhio, têm como atribuição a promoção da saúde, através de acções de educação para a saúde e a prestação de cuidados na doença (Rodrigues, 2002). Para cumprir a sua missão, dispõem de médicos, enfermeiros, administrativos e auxiliares.

O decreto-lei nº 73/90, de 6/3, definiu em termos funcionais, para os médicos dos Centros de Saúde, as seguintes áreas de actuação:

“(...) Prestação com independência e autonomia de cuidados de saúde primários a indivíduos, famílias e às populações que lhe estão confiadas, tendo subjacente uma relação de personalização com os assistidos que lhe advém da prestação generalizada e continuada dos cuidados prestados (...)” (Rodrigues, 2002: 182).

O conteúdo funcional de enfermagem, vem descrito no Capítulo II do decreto-lei nº 437/91, de 8/11, o qual pode ser apresentado da seguinte forma: “(...) Identificação, planeamento e administração dos cuidados de enfermagem, promovendo um clima de confiança que suscite a implicação do utente (...) nos cuidados de enfermagem; Avaliação dos cuidados prestados e reavaliação da necessidade da prestação de novos cuidados; Desenvolvimento de processos educativos que promovam o autocuidado. (...)” (Rodrigues, 2002: 186).

Fazendo parte integrante das carreiras do regime geral da função pública, surgem os administrativos nas múltiplas funções, de carácter administrativo, necessárias ao funcionamento dos Centros de Saúde.

Os auxiliares, incluídos nos funcionários dos serviços gerais, desempenham as funções de colaborar nos cuidados de higiene e conforto dos utentes, bem como no acompanhamento dos mesmos dentro e fora das instituições; Assegurar as condições de higiene dos respectivos locais de trabalho, bem como dos utensílios utilizados na prestação de cuidados; controlar entradas e saídas de pessoas, veículos e mercadorias; receber e expedir correspondência e assegurar o serviço de mensageiro; prestar informações aos utentes; zelar pelos bens e haveres e recepcionar, armazenar e distribuir material e equipamento (Rodrigues, 2002).

Em termos teóricos, quando um utente se dirige a um dos Centro de Saúde, da Sub-Região de Saúde de Évora, deve ser, em primeiro lugar, atendido por funcionários administrativos ou auxiliares com funções administrativas, ou seja, estes funcionários devem fazer o primeiro atendimento aos utentes e, posteriormente, gerir o seu acesso quer aos médicos, quer aos enfermeiros, conforme as necessidades. Após ter sido atendido por estes profissionais, o utente, antes de abandonar os serviços, entrará em contacto, uma vez mais, com os funcionários a desenvolverem funções administrativas. São, portanto, estes funcionários os que estão mais expostos aos utentes, muitas vezes com sobrecarga de trabalho, e que nem sempre têm, pelo menos teoricamente, o maior poder de decisão.

Os auxiliares garantem, principalmente, a limpeza das instalações e apoiam os utentes sempre que é necessário.

Os médicos e os enfermeiros, embora com maior autonomia e poder de decisão, no desenvolvimento da sua actividade, são muitas vezes confrontados com excesso de burocracia e sobrecarga de trabalho, um trabalho que é reconhecidamente desgastante.

2.2 – OS OBJECTIVOS GERAL E ESPECÍFICOS DO ESTUDO

Ao verificar-se que, na Sub-Região de Saúde de Évora o absentismo atingia valores consideráveis; que, como exemplo, no ano de 2001, o absentismo global por atestado médico, foi de 16,84 dias por funcionário, sendo de 18,57 dias para o género feminino e de 11,66 dias para o género masculino; que os custos directos, nesse ano, representaram cerca de 651682 Euros; que, segundo Chiavenato (1995), a Higiene do Trabalho envolve também estudo e controlo das condições de trabalho, que são as variáveis da situação que influenciam poderosamente o comportamento humano; e que uma das razões evocadas pela literatura para o absentismo é a síndrome de *burnout* (efeito incapacitante de uma exposição prolongada a condições de stresse no trabalho), representando, esta, elevados custos quer para as organizações, quer para os próprios trabalhadores (Maslach e Leiter, 1997), pretendeu-se avaliar a magnitude das 3 dimensões, desta síndrome, nos trabalhadores dos diversos Centros de Saúde, da referida Sub-Região, que contactavam directamente com o público, e das suas implicações com o absentismo.

Neste contexto, foi formulado como objectivo geral do trabalho, o seguinte:

Saber se existe relação entre o absentismo, por atestado médico, e uma maior prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout* nos funcionários dos Centros de Saúde, da Sub-Região de Saúde de Évora.

Se esta relação fosse verificada, deveriam ser introduzidas medidas correctoras na organização do trabalho, que conduzissem à diminuição da taxa de absentismo.

Foram, ainda, considerados os seguintes objectivos específicos:

A – Analisar, nos funcionários dos Centros de Saúde que contactam directamente com o público, a prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout* e a sua magnitude, em função das características desses funcionários.

B - Avaliar a relação entre o absentismo, por atestado médico, e a magnitude das dimensões que caracterizam o *burnout*.

2.3 – AS HIPÓTESES DO ESTUDO

O atendimento directo ao público, a falta de experiência profissional e de apoio social, a sobrecarga de trabalho, a falta de poder de decisão, a baixa remuneração e a falta de reconhecimento e de promoção constituem, para os trabalhadores, factores de desenvolvimento de uma maior prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout* e, conseqüentemente, da verificação de uma maior taxa de absentismo (Maslach e Leiter, 1997).

Definiram-se, assim, as seguintes hipóteses:

A – Os funcionários dos Centros de Saúde, que de uma forma directa contactam com o público, apresentam uma prevalência elevada das dimensões que caracterizam o *burnout*.

Para Maslach e Jackson (Leal, 1998), e Edelwich e Brosky (Fernandes e Nunes, 1999), o *burnout* ocorre frequentemente nas profissões de serviços humanos, defendendo, estes, que a síndrome pode levar à deterioração da qualidade dos cuidados ou serviços prestados, restringindo, aqueles últimos autores, a utilização do termo *burnout* às profissões de ajuda.

B – Os funcionários com menos habilitações literárias apresentam uma maior prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*.

No grupo dos profissionais que trabalham nos Centros de Saúde, verifica-se, empiricamente, que os funcionários que têm menos formação específica sobre a sua actividade profissional, são os que têm menos habilitações literárias, desenvolvendo actividades de carácter administrativo e auxiliar, sendo, ainda, os que auferem menores salários (Rodrigues, 2002). Estas circunstâncias constituem factores para o desenvolvimento do *burnout* (Maslach e Leiter, 1997).

C – Os funcionários com maior autonomia de decisão, têm menor prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*.

A capacidade de planear o dia de trabalho, escolher a forma como se trabalha e tomar decisões em função dos recursos existentes, parece fundamental para o exercício de qualquer profissão. Para Maslach e Leiter (1997), as políticas que reduzam a autonomia individual originam uma maior probabilidade do trabalhador vir a desenvolver o *burnout*.

D – A existência de filhos ou coabitantes, no domicílio dos funcionários, determina uma maior prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*.

Segundo Maslach e Leiter (1997) é cada vez mais difícil encontrar algum alívio fora do trabalho. Os indivíduos estão cada vez mais ocupadas em todos os domínios das suas vidas como, por exemplo, com os filhos e com os parentes idosos, não tendo espaço para recuperar quando voltam a casa após um dia de trabalho, pois as exigências de trabalho mantêm-se. Nestas circunstâncias, a existência de filhos e coabitantes no domicílio parecem condicionar mais trabalho e, por isso, uma maior propensão ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*.

E – Ser praticante de uma religião diminui a prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*.

Para Cobb (Fernandes e Nunes, 1999) ter suporte social significa que um indivíduo se considera parte integrante de uma rede social, garantindo-lhe, esta, o preenchimento das necessidades sociais e a protecção contra

consequências adversas relacionadas com situações de crise. Numa investigação de Etzion, publicada em 1984 pela *American Psychological Association*, constata-se uma relação negativa entre o suporte social e o *burnout* (Fernandes e Nunes, 1999). Neste contexto, considerou-se que ser praticante de uma religião constituía ter uma forma de suporte social.

F – Quanto maior o número de horas em contacto com os utentes, maior é a prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*.

Para Maslach e colaboradores (Maslach e Leiter, 1997), as manifestações, da síndrome de *burnout*, têm sido verificadas em profissionais em que lhes é exigido uma intensa relação com os utentes, como acontece nos Centros de Saúde, verificando, ainda, Weiskopt e Cherniss (Fernandes e Nunes, 1999), que sempre que existe sobrecarga de trabalho, esta constitui uma das principais causas para o aparecimento do *burnout*.

G - Quanto maior o número de anos de exercício da profissão, menor a prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*.

Maslach e Jackson demonstraram que os trabalhadores com menos tempo de profissão e mais novos tinham uma tendência para apresentar níveis mais altos de *burnout* (Fernandes e Nunes, 1999). Neste contexto, parece que os anos de exercício da profissão, por parte dos funcionários, aumentam as competências para lidar com os problemas emergentes.

H – Quanto maior o absentismo, por atestado médico, verificado nos funcionários dos Centros de Saúde, maior a prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*.

Burke e colaboradores (Mota-Cardoso et al., 2002), Maslach e Jackson (Leal, 1998) e Pierce e Molly (Mota-Cardoso et al., 2002) encontraram uma correlação positiva entre o *burnout* e a taxa de absentismo, o que justificará a formulação desta hipótese.

3 – O TRABALHO, O STRESSE E O BURNOUT: fundamentação teórica

3.1 - O TRABALHO, AS ESTRUTURAS E OS SISTEMAS: REVISÃO HISTÓRICA

3.1.1 – O TRABALHO

A palavra “Trabalho”, deriva do latim, *tripalium*, instrumento composto por três paus ou varas, usado não só para prender animais, mas também como instrumento de tortura.

O conceito que envolve esta palavra não é, de forma nenhuma, unânime. Para Freire (1993: 360), o trabalho é entendido como uma “(...) actividade deliberadamente concebida pelo homem, consistindo na produção de um bem material, na prestação de um serviço ou no exercício de uma função, com vista à obtenção de resultados que possuam simultaneamente utilidade social e valor económico, através de dois tipos de mediações necessárias, uma técnica e outra organizacional (...)”. Para Malicet (1997), ele pode ser uma profissão (para a qual o indivíduo recebeu formação, adquiriu competências e experiência), uma qualificação (conhecimentos e habilitações precisas reconhecidas oficialmente), uma actividade (ocupação permanente da qual o homem tira o seu meio de subsistência), um emprego (conjunto de actividades definidas pela empresa para serem efectuadas por um trabalhador) ou um posto (conjunto de actividades atribuídas a um trabalhador num espaço técnico determinado).

Kahn e Weiss, ao realizarem um estudo que pretendia perceber o que era sentido como trabalho e não trabalho, verificaram que o trabalho era percebido, pelos trabalhadores, como um mal necessário pelo qual eram pagos e que o não trabalho era visto como alguma coisa para ser desfrutada (Wilkinson, 2001). No entanto, e de uma forma mais

simples, podemos definir o trabalho como uma actividade humana com finalidade útil e, por isso, com valor económico.

As sociedades primitivas não eram estruturadas no trabalho; este, se assim for considerado, consistia somente em dispensar pouco tempo e esforço na procura de meios que permitissem a subsistência, nunca tendo por objectivo ultrapassar as necessidades sentidas.

Segundo Méda (1999: 38) “(...) o móbil do lucro pessoal não é natural no homem primitivo e o ganho nunca desempenha o papel de estímulo para o trabalho (...)”. Para o chefe de Tribo de Tiavéa, nos mares do sul, “(...) O Papalagui (o branco) nunca conseguiu provar-nos porque razão será justo e razoável trabalhar mais que o necessário imposto pela vontade de Deus, que vem a ser: ter o suficiente para comer, um tecto que nos abrigue, e prazer em participar nas festas no largo da aldeia (...)” (Scheurmann, 1996: 56).

A ideia de necessidades ilimitadas é inexistente, o que permitiu que se conseguisse manter um equilíbrio estável entre os consumos e a natureza, de uma forma sustentável. Os caçadores recolectores não dedicavam ao trabalho mais de quatro horas por dia, nunca sendo estas actividades exercidas a nível individual ou por motivos de subsistência puramente individual.

As vantagens obtidas com o trabalho individual, quando existia, não eram, exclusivamente, para o próprio indivíduo, nem para troca de natureza económica, mas para serem partilhadas com seus parentes, como descreve B. Malinowski em “Argonautas do Pacífico Ocidental”. A distribuição era imposta pela própria sociedade.

É no Neolítico que o Homem começa a sedentarizar-se, e que surgem como actividades diferenciadas a pastorícia, a agricultura e a pesca. A agricultura, com um peso cada vez mais preponderante, leva a que a família se torne numa instituição permanente, se fixe e surjam agrupamentos sociais. É no final deste período que se encontram as primeiras actividades de carácter industrial, num contexto familiar, e com elas as primeiras trocas comerciais entre tribos.

Na Grécia Clássica, os filósofos gregos, embora dando relevo ao indivíduo quando colocado perante a comunidade, partilhavam globalmente de uma mesma concepção do trabalho manual, associando-o a tarefas degradantes e estando longe de ser objecto de qualquer valorização. O trabalho manual não era glorificado. No entanto, Platão (Méda, 1999) reconhece que as sociedades nasceram porque os homens tinham necessidade uns dos outros.

Segundo Méda (1999: 45), “(...) Toda a filosofia grega se baseia com efeito na ideia de que a verdadeira liberdade, aquilo que permite ao homem agir segundo o que nele há de mais humano, o *logos*, começa para além da necessidade, depois de satisfeitas as necessidades materiais (...)”. É o próprio Aristóteles que assume que a filosofia só surge quando todas as necessidades da vida e as coisas que interessam ao bem estar do homem e ao seu conforto tenham obtido satisfação (Méda, 1999). Estas necessidades eram garantidas por homens livres estrangeiros ou por escravos assemelhados a animais domésticos, tendo aqueles a função de executar as tarefas físicas indispensáveis que permitissem que os cidadãos gregos estivessem disponíveis para exercer as actividades então consideradas de relevo, tais como a ética e a política.

Desde a Grécia Clássica, passando pelo período de dominação do Império Romano, até ao fim da Idade Média, o trabalho não conhece alterações de fundo, embora tenha sido durante este Império, através do pensamento judaico-cristão, que surgiu a ideia de trabalho como utilidade social. No entanto, se consultarmos o *Antigo Testamento* (1:1), “Génesis”, na “Criação do Mundo”, verificamos que “ No princípio, Deus criou os céus e a terra (...) Deus disse: Faça-se luz (...)” (1:2). O acto divino, como se pode verificar, passa pela palavra, embora seja reconhecido que “(...) Concluída, no sétimo dia, toda a obra que havia feito, Deus repousou no sétimo dia, do trabalho por Ele realizado. Abençoou o sétimo dia e santificou-o, visto ter sido nesse dia que Deus repousou de toda a obra da criação. Esta é a origem e a história da criação dos céus e da terra (...)” (2:1-4).

Uma referência mais efectiva ao trabalho surge no Novo Testamento, quando S. Paulo, na 2ª carta aos Tessalonicenses, refere: “(...) Quem não quiser trabalhar não tem direito a comer. Ora, nós temos ouvido dizer que há entre vós, pessoas desregradas, as quais, em lugar de trabalharem, se ocupam de futilidades. A estas ordenamos e exortamos em nome do Senhor Jesus Cristo, a que trabalhem pacificamente, para comerem assim o pão que eles mesmo tiverem ganho (...)” (3:10-12).

Em Moisés Espírito Santo (2002: 139), “(...)Para o Deus bíblico, a riqueza é um bem social e uma fonte de poder e de honra. Qualquer um pode adquiri-la pelo seu próprio esforço intelectual e labor. É um bem apreciável, recompensa do trabalho e do temor a Deus (...)”.

A primeira “lei social”, inspirada pelo Cristianismo, foi a introdução do descanso dominical, por Constantino.

Nos finais da Idade Média surgem as primeiras empresas mercantilistas na indústria mineira, na tecelagem e na impressão, continuando a verificar-se pobreza e estagnação produtiva em países essencialmente agrícolas. Assim acontecia em França e Inglaterra, onde o mercado consumidor era exíguo, as técnicas não tinham evoluído e a produtividade era baixa. A terra continuava a ser um símbolo social da riqueza e do poder, que repousava inteiramente em sociedades rurais, as quais incluíam os pequenos proprietários, caseiros e rendeiros, a par dos grandes senhores feudais e das ordens religiosas, que possuíam com efeito a maior parte dos terrenos agrícolas férteis.

A indústria e o comércio eram ainda incipientes. Os camponeses fabricavam roupa, móveis, instrumentos e loiça para consumo próprio e só raramente vendiam estes produtos no mercado. Os artesãos constituíam, a maior parte das vezes, com a força do trabalho das suas próprias famílias, uma espécie de pequenas unidades de produção industrial.

Pelos finais do século XVIII, início do XIX, o Trabalho, através da Revolução Industrial, surge com a dupla figura do factor de produção e da relação contributiva que permite pôr em relação o indivíduo e a sociedade.

Este grande movimento teve a sua origem em Inglaterra e caracterizou-se por mudanças tecnológicas, tais como a introdução de equipamentos mecânicos nas fábricas e novas fontes de energia, com o conseqüente aumento de produtividade, a custos mais baixos.

Um dos factor que fez aumentar o nível de produção foi o crescimento da população mundial. “(...) A Europa passou de, entre 1750 e 1900, de 140 para 420 milhões de habitantes (...)” (Chambel, 2000: 57). Esta explosão demográfica exigia a produção de maior quantidade de produtos de consumo a baixo preço, acessíveis a todas as pessoas.

Passou-se da manufactura para a maquinofactura, e de uma sociedade eminentemente agrícola para uma sociedade essencialmente industrial. As principais indústrias provocaram o êxodo rural, verificando-se fluxos migratórios dos camponeses para os bairros envolventes dos principais aglomerados industriais.

Os trabalhadores deixaram de ser artesãos, situação que lhes dava consideração social, para passarem a trabalhar apenas para ganhar dinheiro, vendendo deste modo o que se considerou ulteriormente como sendo a força do trabalho, o que acarretou modificações importantes da divisão laboral da própria população, deixando o trabalho de ser predominantemente por conta própria para passar a ser assalariado.

O aumento de produção começou, ele mesmo, a requerer mais capital e mais mão-de-obra, surgindo o trabalho feminino e infantil. As exigências de capital tornaram-se insustentáveis para um único investidor, o que implicou a necessidade da constituição de sociedades.

É na sequência de todo este movimento que surge a divisão racional do trabalho, de forma a aumentar a eficiência das empresas, e vão nascer as primeiras teorias da administração.

No início do século XX, a Organização Científica do Trabalho (O.C.T.), cuja principal figura foi Frederick Taylor (1856-1915), tinha como objectivo o ganho de eficiência no trabalho dos seres humanos nas organizações industriais, cuja consequência foi confinar o trabalhador

apenas ao papel de um auxiliar da máquina na execução de tarefas rotineiras.

Para Chambel (2000), Henri Fayol (1841-1925), principal autor da “Teoria Administrativa das Organizações”, já demonstrou ter consciência de que as pessoas constituíam o recurso mais importante de uma organização, mas também o mais imprevisível e difícil de gerir, necessitando de uma atenção especial, propondo, neste contexto, com os seus princípios gerais de administração, uma maior flexibilidade e adaptabilidade às situações.

O Trabalho, no mundo contemporâneo, constitui uma das dimensões essenciais para as sociedades, já que estas são baseadas nele. O Trabalho transformou-se, com efeito, num valor social unanimemente reconhecido, inserido num processo de troca que produz um bem ou um serviço. A industrialização e o desenvolvimento económico dão-lhe um significado positivo, sendo aceite como factor de crescimento e desenvolvimento económico. Determina a posição social, o grau de independência, o modo de relacionamento do Homem com o seu meio envolvente. Elemento fundamental de socialização, o Trabalho regula a relação de cada um com o colectivo. Permite ao indivíduo satisfazer as suas necessidades de identificação, de individualização, de integração e de valorização.

Se, nos anos de 1960, o trabalho era associado à alienação, ele tornou-se hoje o principal factor de participação social. O Trabalho é um factor estruturante da vida de um indivíduo, sendo fonte de regras, de normas, de contradições e de conflitos, e revelando, sem dúvida, os comportamentos, os hábitos e os sentimentos dos indivíduos.

3.1.2 – AS ORGANIZAÇÕES: ESTRUTURAS E SISTEMAS

A ideia de Organização, tal como a conhecemos hoje, criada para responder a objectivos de produção específicos e fundada em torno de uma estrutura formal, onde existe uma separação entre os trabalhadores e os proprietários, é uma invenção do século XIX.

Um centro de saúde, um hospital, uma escola, um sindicato, uma empresa, são organizações.

Então, o que é que têm de comum que as permita incluir na mesma categoria?

Têm em comum a existência de uma missão específica a cumprir, a divisão do trabalho em tarefas especializadas, a presença de uma hierarquia e regras formais de funcionamento. Desta estrutura surgem comportamentos, que presidem à vida da organização.

A necessidade de compreender estes mecanismos surgiu com o aparecimento de grandes organizações, quer fossem industriais, comerciais ou administrativas, de forma a racionalizar o seu funcionamento.

Três autores lançaram a base da ciência das organizações.

O mais conhecido, F.W.Taylor, engenheiro, põe em funcionamento a O.C.T. com base em investigações levadas a cabo em empresas siderúrgicas de Pittsburgh. Na sua principal obra, “Princípios de Administração Científica”, publicada em 1911, Taylor defende a organização científica das tarefas. Esta deve estar assente numa divisão vertical do trabalho (a direcção coordena e determina as condições de trabalho) e proceder a uma escolha científica dos executantes (homens certos para o lugares certos), definindo exactamente as tarefas de cada um deles. Outra preocupação passava por estabelecer o salário do trabalhador em função do seu lugar e produtividade, porque defendia constituir um factor de motivação fundamental. Para Taylor (1990), a satisfação do trabalhador depende da quantidade de dinheiro que ganha.

Com uma vontade idêntica de racionalizar surge H. Fayol, engenheiro francês, que teoriza a administração das empresas, afirmando que o bom funcionamento do corpo social de uma empresa depende de regras, leis e princípios que devem estar na base da função da administração, cujo papel não é intervir nos trabalhadores mas na organização, segundo determinados princípios (Camara, Guerra e Rodrigues, 1998). Aquele definia o conteúdo da função administrativa (a

direcção) de uma forma simples: planificar (preparar um programa de acção), organizar (formar o sistema técnico de produção), dirigir (pôr o pessoal em acção), coordenar (harmonizar os esforços e os objectivos dos indivíduos da organização) e controlar (garantir que as ordens são cumpridas de acordo com as regras estabelecidas) (Chambel, 2000). Esta formalização como base da gestão tem-se mantido até hoje.

O terceiro fundador, o sociólogo Max Weber (1864-1920), com as suas formas de poder nas organizações, desenvolveu “A Teoria Burocrática ou Burocracia” que, a partir dos anos de 1940, foi adoptada por grande parte das organizações públicas.

A Burocracia, que procura gerir funções e normas e não indivíduos, é definida por Chiavenato (1999) como uma forma de organização humana que se baseia na racionalidade, ou seja, na adequação dos meios aos objectivos pretendidos, a fim de garantir a máxima eficiência possível para alcançar estes objectivos, sustentando-se numa autoridade legal ou racional, aceite pelos subordinados e justificada por um conjunto de preceitos e normas, racionalmente definidos e que se consideram legítimos.

O prévio estabelecimento de normas e regulamentos por escrito, o carácter formal das comunicações e a distribuição racional das atribuições de cada indivíduo são feitos em termos de cargos e funções e não de pessoas envolvidas.

As regras e normas técnicas são impessoais e regulam a conduta de cada indivíduo em cada cargo, cujas actividades devem ser executadas de acordo com padrões claramente definidos, de modo a permitir precisão, rapidez e eficácia.

A Burocracia garante a continuidade do trabalho ao longo do tempo. Quer os indivíduos se ausentem, morram ou sejam aposentados, não há crise de sucessão e a organização não é afectada, mantendo-se a previsibilidade do comportamento de cada um dos indivíduos, que conhecem os seus limites e responsabilidades, que lhes são conferidos pelas regras e normas preestabelecidas.

Esta primeira vaga de reflexões, que representam o pensamento científico nos anos 1900 a 1930, surgem como a vontade de pôr ordem nas organizações, assemelhando-as a máquinas em que o indivíduo é uma peça da engrenagem. Esta concepção, estigmatizada por Charlie Chaplin no filme “Tempos Modernos”, está longe de ter desaparecido.

A partir de 1930, a visão das organizações muda de perspectiva, começando a ser considerada, também, a dimensão humana.

Surgem as teorias das “Relações Humanas”, que se vão preocupar com os aspectos individuais e relacionais no seio das organizações.

É Elton Mayo (1880-1949) quem conduz, a partir de 1927, várias experiências destinadas a avaliar as motivações dos trabalhadores. Aquelas consistiam em modificar as condições de trabalho para melhorar a produtividade, dando origem ao conhecido “efeito de Hawthorne”, que se pode definir como não sendo a melhoria das condições objectivas de trabalho, mas a atenção dispensada às relações humanas, o factor que determina o crescimento na produtividade, refutando, assim, as teorias de Taylor quanto ao interesse pessoal (Bert, 1999).

As organizações começaram, então, a ser consideradas como organismos vivos, complexos e dinâmicos, numa visão biológica da vida social, com os seus conceitos associados: de necessidades, de adaptação, de regulação, de sistema, de evolução e de espécies, em que todos os participantes serão considerados importantes no cumprimento dos objectivos da organização. A partir desse momento, para se analisar as organizações e agir sobre elas, seria necessário levar em conta as motivações e, conseqüentemente, o nível de satisfação dos trabalhadores que nelas participam.

Foi nesta altura que se assistiu ao desenvolvimento das investigações na complexidade das motivações humanas, nas quais Abraham Maslow, se notabilizou com a famosa teoria, hierarquizada, das necessidades.

Esta preocupação teórica da influência da dimensão humana nas organizações têm-se mantido até hoje.

Para Douglas McGregor, "(...) deve-se encontrar a melhor conciliação possível entre os objectivos organizacionais e os diversos actores (...)" (Dortier, 1999: 29).

Hersey (Lucas, 1984: 64) refere que "(...) Para estar satisfeito um trabalhador necessita desenvolver boas relações interpessoais no local de trabalho, identificando-se e sentindo que os seus objectivos estão em consonância com os objectivos da gestão (...)" e Etzioni (1972) considera que as recompensas não económicas desempenham um papel central na determinação da motivação e felicidade do trabalhador.

Por outro lado, para Hoppock (Lucas, 1984: 64) "(...) A satisfação do trabalhador será apenas parte da satisfação geral com a vida e estará relacionada com a habilidade de adaptação às situações, para a habilidade de se relacionar com os outros, com o estatuto relativo ao grupo sócio-económico com o qual se identifica e com a natureza do trabalho e a sua relação com as habilidades, interesses e preparação para o trabalho (...)"

Kaluzny (Lucas, 1984: 64) considera a satisfação profissional como "(...) As atitudes positivas que os profissionais têm em relação a vários aspectos das actividades das organizações (...)"

As organizações parecem ser, portanto, influenciadas pelo nível de satisfação do seus trabalhadores, a satisfação condicionada pelas motivações por eles apresentadas, e estas pela interacção do trabalhador com o meio ambiente organizacional.

Para o Professor Roberto Carneiro (1999), as organizações do futuro deverão ser biológicas e inteligentes. Para crescerem terão de aprender a adaptar-se às realidades encontradas. Terão que ser capazes de avaliar oportunidades, riscos e desafios, originando respostas eficientes. Mas, as organizações não serão inteligentes em si mesmas. Elas serão aquilo que forem as pessoas que nelas participam, cada uma delas.

3.2 – CONCEITO DE STRESSE

A palavra *stresse* deriva do latim *stringo, stringere, strinxi, strictum* que significa apertar, comprimir, restringir, dando origem em francês a *êtreindre*, rodear com o corpo, com os membros, abraçar, apertar, oprimir. Esta palavra existe na língua inglesa desde o século XIV, sendo utilizada para exprimir uma pressão ou uma constrição de natureza física. Há, no entanto, uma influência importante trazida da engenharia por Robert Hook (Serra, 1999), no século XVII, reportando-se a estruturas construídas pelo homem, como pontes, que deveriam ser projectadas para resistir a cargas pesadas e aos efeitos de ocorrências naturais (ventos, tremores de terra), devendo ser analisados a carga (força externa), o *stresse* (a pressão) que a carga desencadeia sobre a estrutura da ponte em que está aplicada e o *strain* (tensão) que constitui a resposta da estrutura, ou seja, a deformação que é produzida pela acção conjunta da carga e do *stresse*.

O raciocínio por analogia fez o resto, ou seja, o *stresse* que pode deformar os metais pode também levar, com o tempo, a doenças somáticas ou mentais, passando-se de uma concepção física a uma concepção médica e psicológica.

Esta palavra só se alargou às pressões que incidem sobre um órgão corporal ou sobre a mente humana no século XIX, surgindo na língua francesa no século XX.

Foi Claude Bernard (1813-1878), fisiologista francês, que salientou que a vida está dependente da capacidade do ser vivo manter constante o meio interno, perante qualquer modificação do meio externo, transmitindo, também, a ideia de que as ameaças físicas à integridade de um organismo evocam respostas da parte deste que as contrariam (Serra, 1999). Neste contexto, os organismos para se manterem vivos têm de possuir meios de auto-protecção.

Walter Cannon, professor de Fisiologia da Universidade de Harvard, no seguimento das ideias de Claude Bernard, deu origem ao conceito de *homeostase*, pretendendo referir-se à capacidade que o organismo tem em manter estável o ambiente interno, apesar das modificações que enfrenta em relação ao ambiente externo (Serra, 1999).

Estes dois autores tiveram certamente importância no estabelecimento do conceito de stresse por Hans Selye, estudante de medicina nos anos de 1920, que se tinha sentido intrigado pelo “Síndrome Geral da Doença”, que lhe parecia ser uma resposta não específica do organismo à doença, conceito que surgiu a partir da observação de indivíduos atingidos por diversas doenças infecciosas, apresentando todos uma sintomatologia comum (Stora, 1990).

Estas observações de um jovem estudante de medicina poderiam ter ficado sem continuidade, pois Selye lançou-se em pesquisas sobre hormonas sexuais, a partir de experiências em ratos. Estas pesquisas não resultaram, mas o aparecimento de manifestações orgânicas semelhantes às observadas anteriormente, levou Selye a perceber que este “Síndrome Geral” poderia aparecer qualquer que fosse a agressão, tendo desenvolvido estudos, de forma particular, na actividade do eixo hipotálamo-hipófise-suprarenal.

Foi assim que ele se dedicou ao estudo dos efeitos de diversos agentes agressores, tais como traumatismos, queimaduras, raios X e o frio, descrevendo, num artigo na *Nature* (1936), o conjunto das respostas não específicas provocadas por um agente agressivo físico, qualquer que ele fosse.

Definiu, assim, o que chamaria “O Síndrome Geral de Adaptação”, ou seja, uma resposta (fisiológica) não específica do organismo a qualquer exigência do ambiente, à qual, posteriormente, deu o nome de stresse, e que compreendia três fases (Mitchell e Larson, 1987): a fase de alarme, caracterizada pela activação do eixo simpático-medular, com o aumento de produção de adrenalina e de noradrenalina; a fase de adaptação, pela activação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarenal com aumento de

libertação de hormonas esteróides, levando à compensação ou reparação; e a fase de esgotamento ou exaustão, quando não se consegue lidar ou adaptar à situação, com a reactivação vegetativa e com níveis elevados de cortisol.

Como se pode verificar, a dimensão pessoal está ausente desta definição. A definição de Selye é baseada não no estímulo que se exerce no organismo, mas na resposta biológica, verificando que a resposta do organismo era independente do tipo de agente agressor, quer este fosse de natureza física ou psicológica. A resposta variava apenas em gravidade e duração, em função do agente agressor e da sua permanência real ou sentida.

Acontecimento significativo foi a descoberta realizada por Moruzzi e Magoun, em 1949, da existência no encéfalo de um “sistema de alarme” ou de “activação geral”, que acompanhado de outras descobertas possibilitou a compreensão da resposta biológica ao stresse (Serra, 1999).

Homes e Rahe (Serra, 1999) revelaram que há acontecimentos que têm maior probabilidade do que outros de induzirem stresse nos seres humanos e que os acontecimentos penosos influenciam o estado de saúde do indivíduo. Sir William Osler, já em 1910, havia publicado no *The Lancet* um artigo sobre a *angina pectoris* entre os membros de uma comunidade judaica que teriam uma vida trepidante e movimentada: “(...) eles vivem duma maneira muito intensa, totalmente absorvidos pelo seu trabalho, consagram-se à sua família, a tal ponto que a sua energia nervosa é solicitada ao último grau e conseqüentemente submissa às tensões que parecem ser, em numerosos casos, a causa da *angina pectoris* (...)” (Stora, 1990: 6). Através destes e outros estudos efectuados, o stresse começou a ser estudado não em termos de resposta biológica mas em função das circunstâncias antecedentes que o determinam.

Richard Lazarus e colaboradores, na década de 1960, efectuaram estudos sobre as emoções, tirando a conclusão de que os factores cognitivos antecedentes, segundo os quais é avaliada psicologicamente dada situação (estímulo), são os determinantes das respostas emocionais



subsequentes, concluindo-se que não há nenhuma situação que possa ser reconhecida como indutora do stresse, e que o factor decisivo que leva o indivíduo a sentir-se ou não em stresse está dependente da avaliação que faz das circunstâncias; ou seja, não são os acontecimentos em si, mas o julgamento subjectivo que deles é feito, que poderão determinar o aparecimento do stresse.

Esta abordagem, designada de cognitiva, motivacional e relacional, caracteriza o stresse como um processo emocional e relacional modelado pela cognição, reconhecendo Benedictus Spinoza, já no século XVII, que “(...) Para experimentar certas emoções é necessário ter determinadas crenças. A rejeição da crença modifica a emoção (...)” (Serra, 1999: 236).

As emoções, que surgem do nosso contacto com o mundo e que enformam as nossas respostas, podem surgir como reacção ao stresse, sendo definidas como fenómenos psico-fisiológicos de curta duração que representam modos eficientes de adaptação às exigências colocadas pelo meio ambiente (Levenson, in Serra, 1999), levando, assim, a certos comportamentos, por vezes mediados pela razão, que passam a dominar a acção, sempre enquadrados em redes associativas, que se encontram memorizadas e que podem ser activadas sem deliberação consciente.

As emoções são a forma como o indivíduo traduz os acontecimentos a que é sujeito. As emoções induzem modificações corporais, alteram funções intelectuais, como a percepção, o pensamento, a memória, a atenção, a capacidade de concentração, a consciência crítica ou as fantasias, e desempenham um papel muito significativo na motivação humana, podendo influenciar a personalidade, as relações sociais, o empenho profissional e a ascensão na carreira ou a própria maneira de viver. Podem ser divididas em primárias (alegria, tristeza, medo, cólera, surpresa, aversão), em secundárias ou sociais (vergonha, ciúme, culpa, orgulho) e em emoções de fundo (bem estar, mal estar, calma, tensão), sendo considerada surpreendente a forma semelhante como se manifestam nos diferentes povos, permitindo as relações interculturais em áreas como a arte, a literatura, a música e o cinema (Damásio, 2000).

Para Damásio (2000: 77) “(...) as emoções são inseparáveis da ideia de recompensa ou de castigo, de prazer ou de dor, de aproximação ou afastamento, de vantagem ou desvantagem pessoal. Inevitavelmente, as emoções são inseparáveis da ideia do bem e do mal (...)”.

Richard Lazarus (Serra, 1999) refere que existem quinze tipos de emoções ligadas ao stresse (cólera, inveja, ciúme, ansiedade, medo, culpabilidade, vergonha, alívio, esperança, tristeza, felicidade, orgulho, amor, gratidão e compaixão), não sendo possível “(...) tratar o stresse e a emoção como dois campos separados sem prestar um mau serviço a ambos. Há mais particularidades comuns do que divergências (...) pelo modo como afectam o bem estar (...)” (Serra, 1999: 227), entendendo-se, neste contexto, o bem estar bio-psico-social.

Particularmente sensíveis às emoções parecem ser os neurotransmissores, que actuam como mensageiros entre as células nervosas, existindo vários estudos sobre a serotonina, epinefrina, norepinefrina, acetilcolina e dopamina. Estes surgem, também, ligados à hipertensão arterial, doenças cardíacas, patologias gástricas, disfunções imunológicas, asma, dores somáticas, depressão e ansiedade (Mitchell e Larson, 1987).

Nos anos 1970, Brown refere que se tornou necessário identificar os acontecimentos de vida (*life events*) e os factores de vulnerabilidade que vão ser responsáveis pela modelação da resposta por parte de uma pessoa, sendo a vulnerabilidade representada pelo risco aumentado de se reagir de uma forma negativa, perante um dado acontecimento de vida (Serra, 1999).

O apoio social parece ser, também, um factor determinante. Indivíduos que pertencem, ou têm a percepção de pertencerem, a uma rede social forte parecem sentir de uma forma mais atenuada as situações de stresse.

Parece-nos, pois, que o stresse é influenciado pela resposta biológica, pelos acontecimentos que o desencadeiam, pela interacção que

se estabelece entre o indivíduo e o meio ambiente e pelo apoio social que aquele tem.

Embora para alguns psicólogos o stresse não exista, ele representa, para Lazarus, a relação que se estabelece entre a carga sentida pelo ser humano e a resposta psico-fisiológica que perante a mesma o indivíduo desencadeia, e que é influenciado pelo grau de exigência sentido como superior à sua capacidade de resposta, ou seja, aos meios de que dispõe (aptidões e recursos, quer pessoais, quer sociais) (Serra, 1999). Já para J. R. Edwards (Sharpley, 2001: 1) o stresse é “(...) a discrepância negativa entre a percepção individual e estado desejado, desde que a presença desta discrepância seja considerada importante para o indivíduo (...)”. Não podemos esquecer, no entanto, que, tal como S. Fisher (Sharpley, 2001) afirma, o stresse é um complexo guarda-chuva com uma grande variedade descritiva de formas.

Assim, e em síntese, podemos enquadrar o stresse em três paradigmas:

- 1 – O stresse como estímulo, ou seja, como condição ambiental externa que vai perturbar o funcionamento regular do indivíduo.
- 2 – O stresse como reacção orgânica, identificando-o com a resposta do organismo do indivíduo, automática e geral, a qualquer agente externo perturbador.
- 3 – O stresse como processo dinâmico de troca entre a pessoa e o meio, representado por uma interacção desajustada entre as exigências do meio e os recursos e capacidades de resposta do indivíduo.

Englobando estes três paradigmas, podemos definir o stresse como “(...) uma relação de desequilíbrio entre as exigências ambientais e os recursos pessoais, em que os indivíduos percebem exigências que esgotam ou excedem os recursos de que julgam dispor, numa situação que avaliam como ameaçadora do seu equilíbrio homeocinético (...)” (Mota-Cardoso et al., 2002: 10). No entanto, o stresse só se torna destruidor quando existe em excesso (Hirigoyen, 2001).

3.3 – AS PATOLOGIAS DOS SISTEMAS: O STRESSE OCUPACIONAL

3.3.1 - PREMISSAS DO STRESSE OCUPACIONAL: *SENSUS COMMUNE*

No último século, o trabalho progrediu para um ideal de comunidade, longe da exploração das minas da Revolução Industrial.

Nas fábricas, a partir século XIX, os trabalhadores, submetidos ao parcelar maximizado e ao reflexo automatizado, eram vistos como peças de uma máquina, facilmente substituíveis.

Um esforço considerável dos trabalhadores forçou a prática de exploração no trabalho a acabar e a serem construídos locais de trabalho, nos quais aqueles podiam esperar uma razoável satisfação profissional. Os frutos deste esforço parecem estar agora em risco. A ideia do local de trabalho como uma eficiente máquina parece estar de volta.

Os locais de trabalho estão a tornar-se frios, hostis e muito exigentes, quer económica, quer fisicamente. Os trabalhadores, pelo seu lado, parecem estar a ficar emocional, física e espiritualmente exaustos. As exigências diárias do trabalho, da família e de tudo o que os rodeia parecem corroer a sua energia e entusiasmo. A alegria do sucesso e a emoção da realização são cada vez mais difíceis de atingir. A dedicação e o compromisso ao trabalho estão a desvanecer-se.

Por que é que se verifica, então, este retrocesso na vida laboral?

As tendências económicas, tecnológicas e filosóficas da administração parecem ser as principais responsáveis.

Em vez de se promoverem fundos para a investigação e perspectivar um crescimento a longo prazo, as organizações estão a guardar dinheiro do seu activo para resultados a curto prazo.

Numa sociedade de consumo, pedir dinheiro emprestado tornou-se no combustível frenético para a aquisição de bens, quer pelas pessoas quer pelas organizações, o que veio criar dependências. Por causa desta

enorme e constante pressão, a primeira prioridade das famílias e das organizações é obter dinheiro para sustentar as suas dívidas.

Os valores que determinam a qualidade das organizações, na sua maioria, já não são os de formarem grupos de trabalho coesos de forma a atingirem um produto ou um serviço de excelência ou os de contribuírem para uma comunidade mais forte, mas os de criarem dinheiro a curto prazo.

A falta, maioritária, de preocupação pela qualidade do produto final e pelos recursos humanos inverte o sistema das coisas, sendo ainda o mais problemático o controlo que as grandes organizações têm sobre as comunidades, quer pela sua influência económica, quer política.

O trabalho está a tornar-se, assim, numa obrigação em vez de ser um recurso.

Com a Globalização, os governos dos países industriais diminuíram as políticas proteccionistas a custos elevados das indústrias locais e reduziram as barreiras comerciais.

Inicialmente, só o trabalho rudimentar podia ser deslocado para países em vias de desenvolvimento. Esses povos não tinham as habilitações necessárias para os trabalhos complexos da indústria. Os sistemas de suporte industrial, como as redes de estradas, telefones e energia eléctrica, eram inadequados.

Agora tudo se apresenta de uma forma diferente. Esses suportes estão a melhorar, especialmente junto às fronteiras e aos grandes portos. Os transportes e as comunicações são mais rápidos. Os trabalhadores dos países em vias de desenvolvimento estão mais habilitados, são mais instruídos, ao mesmo tempo que os avanços técnicos estão a facilitar o trabalho na indústria, fazendo com que, cada vez menos, seja necessário um conhecimento tecnológico exigente. Com esta tendência, mais países em vias de desenvolvimento conseguem ter trabalhadores para iniciarem a produção, mas continuam a manter uma mão de obra barata e diversificada, favorável às grandes empresas.

Em consequência, os trabalhadores de países desenvolvidos encontram-se a competir com os dos países em vias de desenvolvimento, verificando-se que a maioria das indústrias está a desaparecer daqueles países. Esta competição está a afectar muitas economias, nas quais os trabalhadores estão a ser confrontados com despedimentos e a ser-lhes exigido que desenvolvam mais trabalho com menos recursos. O impacto nos vencimentos não é tudo, pois o mais significativo verifica-se na qualidade de vida no próprio trabalho.

A globalização realça, desta forma, os pontos fracos dos sistemas económicos dos países desenvolvidos, que, pelo aumento da pressão da competitividade, leva a que as organizações se tornem “míopes”, cortando despesas a curto prazo em programas e políticas, que só fariam sentido a longo prazo.

As organizações utilizam, habitualmente, como estratégias para aumentar a produtividade, as sofisticações tecnológicas e os condicionamentos na gestão dos recursos humanos (Maslach e Leiter, 1997).

As tecnologias sofisticadas podem substituir por completo lugares de trabalho, alguns dos quais necessitavam antes de trabalhadores. As máquinas “multibanco” reduziram a quantidade de “caixas” para o atendimento do público. Os robôs substituíram um enorme número de trabalhadores, por conseguirem fazer o mesmo de uma forma muito mais rápida e com mais exactidão.

Este impacto tecnológico não foi só sentido nos sectores técnicos e industriais, estando a sê-lo também no sector da informação. Os departamentos governamentais estão a substituir trabalhadores por quiosques de informação interactiva. Centros de educação à distância estão a fazer cursos de formação por Internet e em *cd-roms*. Cada vez mais pessoas preferem interagir com um computador do que esperar longas horas para falar com um funcionário sobrecarregado de trabalho. Os estudantes referem que a educação à distância proporciona mais contacto com o professor, do que uma enorme sala de aula cheia de alunos.

As máquinas, habitualmente, fazem o trabalho que não é atractivo. O problema é que o trabalhador que é dispensado dessa actividade, também é dispensado desse trabalho. Quando as organizações adquirem máquinas tornam-se mais produtivas, mas há trabalhadores que perdem os seus ordenados, posições e oportunidades.

Para os que continuam a trabalhar, a tecnologia traz novas exigências. A velocidade com que ela muda é mais rápida do que a capacidade de aprendizagem de novas competências.

Quantas “*passwords*” temos que memorizar?

Quanto tempo perdemos a fazer segurança do nosso trabalho?

Quanto tempo perdemos a ler e a responder a *e-mails*?

Qual é o orçamento de uma empresa para adquirir e manter estas novas tecnologias?

É importante não esquecer que as tecnologias também são pagas em tempo e dinheiro.

Será que, de facto, a tecnologia contribui para aumentar a eficiência ou rearranja a forma de despende o tempo e o dinheiro?

A segunda estratégia utilizada para aumentar a produtividade é o condicionamento na gestão dos recursos humanos. O poder negocial dos sindicatos está cada vez mais fraco, não só pelas novas formas de contratação, mas também porque está a diminuir a resposta das organizações às pressões externas. Cada vez se verifica um maior desajuste entre a natureza do trabalho e a natureza da pessoa que faz esse trabalho. Em muitos locais os valores humanos surgem a seguir aos valores económicos. Onde está a ética das empresas?

A sobrecarga de trabalho é talvez o indicador mais óbvio de desajuste entre a pessoa e o trabalho. Reduzir numa organização raramente significa deixar de fazer tanto trabalho, mas fazer mais trabalho com menos recursos. É exigido aos trabalhadores que façam muito em pouco tempo. A rapidez prejudica a qualidade, prejudica a relação com os colegas, destrói a inovação.

Apesar de muitos manuais de procedimentos proclamarem um aumento do poder de decisão individual nas organizações, o que se verifica é que os problemas são delegados mas a capacidade de os resolver não é, sentindo-se o trabalhador constrangido. As pessoas querem ter a oportunidade de fazer escolhas, de tomar decisões, de usar a sua habilidade para pensar e resolver problemas, e de ter alguma participação na organização do seu trabalho. O que parece verificar-se é que as decisões nas organizações são cada vez mais centralizadas, afectando a eficácia dos trabalhadores e diminuindo a sua capacidade de controlar o seu próprio trabalho. Políticas restritivas como estas não criam espaço à melhoria e à inovação, e conduzem a um sentimento de menor responsabilidade pelos resultados finais.

A monitorização apertada do desempenho, podendo ser acolhida como uma humilhação, leva a que o trabalhador sinta que não têm confiança nele, que não respeitam a sua opinião e que não o consideram capaz de desenvolver o trabalho por si.

As recompensas são importantes para os trabalhadores, mas também cada vez mais raras. Em vez de desfrutarem de recompensas financeiras e de carreira, são confrontados com salários congelados, pagamentos baixos por contratos de trabalho a curto prazo e, ainda o mais devastador, a perda de recompensa interna que lhes é dada pelo orgulho de desenvolverem bem o seu trabalho, o qual consideram como um dos seus contributos para a sociedade (Maslach, 1997).

Os indivíduos prosperam na sociedade e desenvolvem melhor o seu trabalho quando o elogio, o conforto e a satisfação são partilhados com quem gostam e respeitam, mas as tecnologias e o excesso de trabalho isolam-nos. Cada vez parece haver mais frustração, inveja, medo, raiva, ansiedade e desrespeito em relação aos colegas de trabalho, tornando-se, assim, o tecido social de suporte mais frágil.

As injustiças são cada vez mais notórias. São-no nas avaliações e promoções, na carga de trabalho e no pagamento, nas ludibriações em concursos para se atingirem os melhores lugares.

O Homem que dá o seu melhor, desde que possa manter o seu orgulho e integridade é, muitas vezes, confrontado com o ter que fazer coisas que, na sua maneira de pensar e agir, considere eticamente incorrectas, criando-se por vezes conflitos de valores. Os trabalhadores podem ter que mentir para fazer uma venda, para encobrir um erro, onde todos os meios servem para atingir os fins.

Contudo, não nos devemos esquecer que “(...) Uma nova forma de racionalizar o social se vai impondo: o individualismo. Está aqui a chave da profunda mudança social (...) Todos sabemos que a sociedade moderna é a da concorrência e, por outro lado, a da responsabilização do si mesmo; cada um, sejam quais forem as suas capacidades intelectuais, deve encontrar um projecto de vida, um lugar no Social e contar sobretudo consigo próprio para não cair na franja dos excluídos (...)” (Santo, 2002: 13).

Neste contexto e com as alterações significativas verificadas nos locais de trabalho e na natureza do trabalho, é compreensível que o stresse ocupacional comece a atingir proporções preocupantes.

3.3.2 – CONCEITO DE STRESSE OCUPACIONAL

O ser humano, no seu dia a dia, atravessa três tipos de ambientes distintos: o familiar, o profissional e o social.

A actividade profissional, sendo um importante factor de socialização, permite ao indivíduo obter a sua fonte de rendimento para sobreviver e conquistar o seu estatuto social e, frequentemente, a sua própria identidade. Quando um ser humano gosta do seu trabalho, este constitui uma fonte de motivação, de crescimento psicológico e de realização pessoal. Mas, o trabalho pode surgir como um factor de risco para o indivíduo.

A Globalização, aumentando a competição, a mobilidade entre as nações e a relação das formas de trabalho, provocou alterações nas características psicológicas da vida dos trabalhadores. Os locais de trabalho estão a mudar e com eles a pressão, as exigências e a tensão.

Surge, assim, o stresse ocupacional como um desequilíbrio significativo que a pessoa percebe entre determinadas exigências do trabalho e as suas capacidades de resposta, em condições em que o insucesso na satisfação dessas exigências é igualmente percebido como podendo acarretar consequências negativas (Mota-Cardoso et al., 2002).

Segundo Margot (2002), do Programa de Saúde Ocupacional, da Organização Mundial de Saúde :

- Nos Estados Unidos, o stresse ocupacional parece estar mais associado com os problemas de saúde do que com qualquer outro factor de stresse, incluindo problemas financeiros ou familiares.
- Na Europa, parece ser o stresse ocupacional um dos principais problemas de saúde, no trabalho, nos anos de 1990. Um estudo Europeu, em 1995 e 1996, revelou que mais de 60% dos trabalhadores experimentavam o stresse no seu local de trabalho, em pelo menos 50% do tempo.

Já em 1984, nos Estados Unidos, um estudo do National Council on Compensation Insurance refere que, entre 1980 e 1982, 11% de todas as participações recebidas, por esta instituição, se deveram ao stresse ocupacional. Por outro lado, num largo estudo realizado, em 1990, por Northwestern National Life Insurance Co., Pinceton Survey Research Associates, St. Paul Fire and Marine Insurance Co., Yale University e The Families and Work Institute (NIOSH, 2002), verificou-se que:

- 40% dos trabalhadores referiam que o seu trabalho era extremamente stressante.
- 25% consideravam o trabalho como o principal factor de stresse nas suas vidas.
- 3/4 acreditavam que o trabalho, nessa altura, era mais stressante que na geração anterior.
- 29% dos trabalhadores referiam stresse no trabalho.

- O stresse no trabalho foi considerado como uma causa importante de problemas de saúde.

Nas estatísticas da Confederation of British Industry, de 1998, o custo do absentismo relacionado com o stresse era estimado em 7 biliões de Libras, o que representava 310 Libras por trabalhador (Smith, 2001).

A Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho, identificando na literatura científica do stresse ocupacional os três paradigmas anteriormente expostos no capítulo do conceito de stresse, refere haver evidência de que uma exposição prolongada ao stresse no trabalho está associada a diversos tipos de problemas crónicos (Margot, 2002):

- Doenças Cardiovasculares – Estudos sugerem que trabalhos com grande exigência psicológica e em que haja pouca participação do trabalhador no processo do trabalho, tal como uma insegurança prolongada no trabalho, aumenta o risco de doenças cardiovasculares, principalmente hipertensão arterial.
- Doenças Músculo-esqueléticas – Há evidência que o stresse ocupacional aumenta o risco de doenças músculo-esqueléticas, principalmente a nível da coluna vertebral e membros superiores.
- Doenças Psicológicas – Problemas de saúde mental, como a depressão, estão associadas a níveis elevados de stresse ocupacional.
- Acidentes relacionados com o trabalho – Existe uma preocupação crescente que as condições de trabalho stressante interfiram com a segurança no trabalho.
- Suicídio, Cancro e Úlceras – Alguns estudos sugerem uma associação entre condições de trabalho stressante e estes problemas de saúde, embora sejam necessárias novas investigações para a confirmarem.

O stresse ocupacional tem-se manifestado, ao longo dos últimos anos, como um importante factor que inibe o potencial humano instalado,

sendo indutor de fortes disfunções e elevados custos nas organizações, levando a Organização Internacional do Trabalho das Nações Unidas, em 1993, a classificá-lo como uma epidemia global (Câmara et al., 1998).

Cooper et al. (Serra, 1999 e Cruz, Gomes e Melo, 2000) procuraram identificar as principais fontes de stresse ocupacional e os efeitos e consequências que delas resultam, tanto para o indivíduo, como para a organização. Assim, poder-se-iam identificar as seguintes fontes:

A - Fontes intrínsecas ao trabalho

Parece existir um número significativo de fontes de stresse intrínsecas ao trabalho. São, por exemplo, os casos das más condições físicas de trabalho, do meio e dos recursos existentes, da monotonia, do excesso de horas, do trabalho por turnos, do elevado nível de complexidade e dificuldade das tarefas, das viagens e deslocações, dos riscos e perigos inerentes a profissões de “alto risco” e das novas tecnologias. É hoje reconhecido que a qualidade do ambiente físico de trabalho é um factor importante para a saúde do trabalhador. A Organização Mundial de Saúde, em 1983, definiu o “síndrome das construções doentes”, que é caracterizado por um conjunto de sintomas fisiológico-patológicos (irritação, dores de cabeça, náuseas, vertigens e fadiga) que tendem a aumentar com o decorrer do dia e a desaparecer após os trabalhadores abandonarem o local de trabalho (Cruz, Gomes e Melo, 2000).

Para French e Caplan, estas fontes contribuem para um risco acrescido de doenças cardiovasculares (Leal, 1998).

B - Papel na organização

Os diversos papéis desempenhados pelos trabalhadores nas organizações podem ser também indutores de stresse.

A investigação nesta área tem-se concentrado em três factores principais: a ambiguidade do papel, o conflito de papéis e o grau de responsabilidade, que nem sempre permitem ao trabalhador ter controlo

sobre o processo do seu trabalho. Grande parte das pesquisas efectuadas, sobre estes três potenciais factores de stresse, dizem respeito à ambiguidade do papel, nomeadamente com os estudos pioneiros de Kahn, na década de 60. Assim, a ambiguidade do papel surge quando o indivíduo não obtém informações adequadas sobre o seu papel no trabalho, ou seja, existe uma falta de clareza acerca dos objectivos inerentes às suas funções, às expectativas dos colegas de trabalho, bem como sobre o alcance e responsabilidade do seu trabalho (Cooper & Marshall, in Cruz, Gomes e Melo, 2000). As consequências da ambiguidade de papel podem ser encontradas tanto ao nível individual como organizacional. Ao nível organizacional, os estudos efectuados apontam para as relações negativas entre o comprometimento organizacional, o envolvimento no trabalho e a satisfação com a política de promoções (Beehr, in Cruz, Gomes e Melo, 2000). Ao nível individual, um conjunto de indicadores de stresse tem sido relacionado com a ambiguidade do papel, salientando-se a baixa satisfação com o trabalho, a baixa autoconfiança e auto-estima, os sentimentos de ameaça ao bem estar físico e mental, bem como o descontentamento com a vida e a intenção de deixar o trabalho (Cooper & Marshall, in Cruz, Gomes e Melo, 2000).

No que diz respeito ao conflito de papéis, este tende a acontecer quando o indivíduo que desempenha uma função particular no trabalho é assediado por exigências divergentes ou faz coisas que não quer fazer, ou, ainda, que pensa não fazerem parte das suas tarefas. Relativamente às consequências do conflito de papéis, Beehr (Cruz, Gomes e Melo, 2000), numa revisão de estudos efectuados sobre este problema, aponta para a existência de correlações negativas entre o conflito de papéis e o envolvimento no trabalho; a satisfação com a remuneração, com os seus superiores hierárquicos, com os colegas de trabalho e com a *performance* de trabalho. Ainda da revisão de estudos efectuada por este autor, é o facto do conflito de papéis aumentar nas profissões que exigem maior esforço físico (ex.: agricultores, operários, artesãos, etc.) e ter-se verificado

um aumento das doenças coronárias (enfarte do miocárdio, angina de peito e insuficiência coronária) no grupo de profissionais que desempenham funções de baixo esforço físico, mas com um maior nível de exigências emocionais e intelectuais.

Os trabalhadores podem ter responsabilidades pelos equipamentos, orçamentos e edifícios, bem como por pessoas, sendo esta passível de gerar maiores níveis de stresse nos profissionais, pois implica passar mais tempo em interacção com outros, ir a reuniões, trabalhar sozinho e estar mais confrontado com prazos e relatórios (Cooper & Marshall, in Cruz, Gomes e Melo, 2000). Estas responsabilidades são evidentes nos gestores de empresas que, por um lado, são pressionados para reduzirem ao máximo os custos e aumentarem os lucros e, por outro lado, têm que manter um bom ambiente de trabalho, proporcionando planos de carreira aos trabalhadores, o que, na maioria das vezes, implica aumentos de despesas.

C - Relações no trabalho

Reconhecidamente importante, por parte de qualquer organização, é a necessidade de serem criadas condições para que existam boas relações entre os diversos níveis da estrutura.

As relações estabelecidas com os superiores, subordinados e colegas de trabalho tanto podem funcionar como uma fonte de apoio e ajuda no trabalho, como podem constituir uma fonte potencial de stresse. Quanto melhores forem estas relações, maiores serão os comportamentos de amizade, a confiança mútua e o respeito. Inversamente, os funcionários que sentem menos consideração por parte dos seus superiores hierárquicos apresentam maiores níveis de tensão no trabalho (Buck, in Cruz, Gomes e Melo, 2000). Daqui resulta a ideia de que as relações entre superiores e subordinados, quando são constituídas numa base de desconfiança, podem resultar em maiores níveis de ambiguidade do papel, piores níveis de comunicação, menores níveis de satisfação com o trabalho e diminuição do bem estar psicológico. Podemos encontrar gestores que,

apesar de possuírem excelentes conhecimentos e qualidades técnicas, não têm grandes qualidades ou competências no que diz respeito ao relacionamento interpessoal.

As relações com os colegas de trabalho representam um importante factor a ter em conta, principalmente quando verificamos que as pessoas passam várias horas em conjunto, durante o seu dia de trabalho, podendo, isto, constituir tanto uma fonte de suporte e apoio social, como de pressão e tensão. Quando a relação entre colegas é construída numa base de desconfiança, existem maiores níveis de tensão psicológica e mal estar em relação ao trabalho. Por isso, são vários os autores que sugerem que as boas relações num grupo de trabalho são um factor central na saúde individual e organizacional (Cooper & Marshall, in Cruz, Gomes e Melo, 2000).

D - Desenvolvimento da carreira

Segundo Hall (Leal, 1998), existem três fases na carreira que devem ser consideradas na pesquisa dos factores de stresse: o início da carreira e o seu estabelecimento, a fase de progressão na carreira e a fase de manutenção na carreira.

As fontes de stresse e pressão relacionadas com o desenvolvimento da carreira têm sido normalmente analisadas sob vários pontos de vista, entre os quais o impacto da sobrepromoção, da subpromoção, da incongruência do estatuto, da falta de segurança no trabalho ou da ambição frustrada.

Quando existem inconsistências entre as expectativas das pessoas e a posição social ocupada, podem surgir distúrbios psicológicos e frustrações.

E - Clima e estrutura organizacional

Esta fonte de stresse ocupacional relaciona-se basicamente com todos os aspectos da estrutura organizacional que podem tornar a vida do trabalhador satisfatória ou indutora de stresse. É o caso de pouca ou

nenhuma participação no processo de tomada de decisões, inexistência de discussão e comunicação, restrições no comportamento e políticas administrativas (Cooper & Marshall, in Cruz, Gomes e Melo, 2000). O stresse resultante da estrutura e do clima organizacional deriva da própria cultura organizacional e do estilo de gestão adoptado, acentuando-se quando são percebidas medidas que vão no sentido de restringir o número de trabalhadores dessa organização. Este tipo de situações tende a produzir efeitos negativos sobre o trabalho.

F - Fontes extra-organizacionais de stresse

Nem sempre o stresse sentido pelos trabalhadores tem a sua origem no local de trabalho.

A existência de fontes de stresse extra-organizacionais, como crises familiares, conflitos sociais e acontecimentos de grande impacto na vida pessoal do trabalhador, têm sido apontadas como factores que afectam o bem estar físico e psicológico dos indivíduos no seu local de trabalho, com forte impacto na organização, quer em custos visíveis, quer ocultos. Estas situações funcionam numa espiral de *feedback*, pois estes problemas exteriores ao trabalho acabam por afectar o rendimento do trabalhador o que, por sua vez, o leva a lidar de forma inadequada com os mesmos problemas extra-organizacionais (Cooper & Marshall, in Cruz, Gomes e Melo, 2000).

Os factores individuais parecem ser outra fonte de stresse, que pode alterar ou modificar o modo como o trabalhador percebe o seu ambiente de trabalho. A chamada “personalidade de Tipo A”, um dos factores individuais mais bem estudado, é caracterizada por uma vontade intensa e urgente de sucesso, por uma marcada competição e demasiado envolvimento com o trabalho, e aparece, habitualmente, associada às doenças coronárias (Wilkinson, 2001).

Também o apoio social tem sido assinalado como um factor importante na relação stresse-doença, existindo estudos que referem o seu

efeito moderador e protector sobre as consequências do stresse (Cartwright et al., in Cruz, Gomes e Melo, 2000).

Apesar das organizações poderem ter uma intervenção limitada nas fontes de stresse extra-organizacional, estas provocam um enorme efeito indesejável na produtividade e no rendimento profissional.

Em conclusão, considera-se que os efeitos destas seis fontes de stresse podem revelar-se quer no aparecimento de sintomatologia, quer de consequências, tanto a nível individual, como organizacional. Relativamente à sintomatologia individual do stresse ocupacional, ela traduz-se em aumentos da pressão sanguínea, estados de humor depressivo, consumo excessivo de álcool, aumento de sentimentos de irritabilidade e queixas psicossomáticas que parecem poder provocar doenças coronárias e perturbações psicológicas.

Segundo Cartwright et al., a sintomatologia organizacional parece estar frequentemente associada ao elevado absentismo, a frequentes abandonos do emprego, a dificuldades nas relações de trabalho e a um fraco controlo na qualidade, podendo promover ausências prolongadas no trabalho, acidentes de trabalho ou sentimentos de apatia (Cruz, Gomes e Melo, 2000).

Parece ser de primordial importância quer a avaliação, quer a gestão do stresse ocupacional, através de programas de prevenção. No entanto, verifica-se que a maior parte dos programas de intervenção produzem um benefício de curta duração, por se focarem essencialmente no trabalhador, esquecendo o ambiente de trabalho.

Perante este tipo de efeitos negativos, individuais e organizacionais, Cooper e Payne (Cruz, Gomes e Melo, 2000) afirmam que existem diversas possibilidades de intervenção que podem minorar estes problemas. Assim, num primeiro nível, o foco deve ser colocado na organização, nomeadamente na modificação da estrutura organizacional, no treino e formação, na rotação de postos de trabalho, na selecção e recrutamento dos profissionais, nas características físicas e ambientais do local do

trabalho e nas características do próprio trabalho. A um segundo nível, deve ser privilegiada a relação indivíduo–organização, sendo as intervenções direccionadas para as relações existentes no trabalho, a participação e autonomia do trabalho, a participação e autonomia do trabalhador, os papéis dos profissionais e para a relação trabalhador–ambiente de trabalho. Por último, num terceiro nível, o enfoque deve ser exclusivamente centrado no indivíduo.

De qualquer modo, para Cooper et al., o conjunto de todas as intervenções deve visar três grandes objectivos. Em primeiro lugar, possibilitar aos trabalhadores uma maior autonomia e participação na tomada de decisões, de modo a que estes percepcionem um maior controlo sobre um número significativo de aspectos respeitantes ao seu trabalho. Em segundo lugar, melhorar a forma como são tratados os trabalhadores na organização, promovendo-se a satisfação profissional, a produtividade e a redução do stresse ocupacional. Por último, deve existir uma preocupação crescente, por parte das organizações, na formação dos seus gestores, de modo a aumentar a sua consciência para a sintomatologia do stresse e assegurar que alguém possa apoiar e aconselhar os trabalhadores, que apresentem problemas relacionados com este tipo de stresse (Cruz, Gomes e Melo, 2000).

O facto dos trabalhadores poderem desenvolver sintomatologia relacionada com o chamado *burnout* – um termo que descreve o efeito incapacitante de uma exposição prolongada a condições de stresse no trabalho – deve fazer com que os factores psicossociais do local de trabalho sejam levados a sério.

3.4 – O *BURNOUT*

Com as alterações verificadas quer socialmente, quer no trabalho, o interesse pelo *burnout* tem aumentado nos últimos 25 anos.

Freudenberg, nos anos de 1970, escolheu a expressão “*Staff Burnout*” para descrever um síndrome de exaustão e desilusão, em trabalhadores voluntários da Saúde Mental, que surgiu por desadequação nas recompensas esperadas por estes trabalhadores (Bertolote e Fleischmann, 2002). Este termo foi consolidado, também, nos anos de 1970, por Maslach e colaboradores. Desde então, a investigação do *burnout* tem-se expandido internacionalmente, em particular, através de Maslach que criou um instrumento de avaliação (Inventário de *Burnout* de Maslach), através de entrevistas, tornando o *burnout* num problema assumido como considerável, particularmente nos serviços de saúde, serviços sociais, justiça, educação e saúde mental.

O *burnout* é descrito como um processo de degradação em desenvolvimento, que se inicia com níveis excessivos e prolongados de stresse ocupacional (Edewich e Brodsky, in Seabra, 1999). Este stresse provoca tensão no trabalhador, estando o processo completado quando o trabalhador desenvolve formas defensivas de o ultrapassar, afastando-se psicologicamente do trabalho, ao tornar-se apático, cínico e rígido. O stresse ocupacional parece, pois, ser um factor chave no aparecimento do *burnout*, confirmado por Maslach (Cruz, Gomes e Melo, 2000) que o considera um tipo de stresse ocupacional, que aparece como resposta às fontes crónicas de stresse emocional e interpessoal presentes no trabalho.

Mas o *burnout* é, também, considerado distinto do stresse ocupacional pela sua especificidade para com o trabalho que exige um intenso envolvimento, particularmente em serviços que requerem, por parte do trabalhador, um tempo considerável em interacção com outros indivíduos. Esta interacção pode ser extremamente desgastante, quer física, quer social, quer psicologicamente, principalmente se o trabalhador

não tem os recursos que entende como necessários para desenvolver bem a sua actividade (Maslach e Leiter, 1997). Para Pines (Serra, 1999) qualquer pessoa pode sentir stresse, mas o *burnout* só é experimentado por indivíduos que entram nas suas carreiras profissionais com elevadas expectativas, motivações e investimento pessoal, e que posteriormente se sentem defraudados nos seus objectivos.

O *burnout*, embora possa ser expressado de diversas formas, é conceptualizado por Maslach como um construto multidimensional, definindo-o como uma síndrome caracterizada por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e sentimento de não realização pessoal, que afecta sobretudo indivíduos que trabalham com pessoas (Mota-Cardoso et al., 2002).

A *exaustão emocional*, como componente central deste modelo, torna-se notória quando o trabalhador se começa a sentir emocional e fisicamente sobrecarregado e com a sensação de que lhe resta pouco para dar aos outros. Sente-se emocionalmente vazio e incapaz de resolver ou recuperar da situação.

Embora para Golenbiewski et al. (in Seabra, 1999) a despersonalização caracterize a primeira etapa do *burnout*, para Maslach e Leiter (1997) é a exaustão a primeira reacção ao stresse das exigências do trabalho e das suas mudanças. O trabalhador apresenta sentimentos de desamparo, desespero, raiva, impaciência, irritabilidade, aumento dos conflitos, e diminuição da amizade, consideração e cortesia para com as outras pessoas. Também, sintomas e sinais físicos podem ser observados, como falta de energia, fadiga crónica, fraqueza, aumento da susceptibilidade à doença, cefaleias, tensão muscular e perturbações do sono (Maslach e Leiter, 1997). Mas, é diferente da depressão, pois esta é uma síndrome clínico que afecta todos os aspectos da vida do indivíduo, enquanto que aquela, ao descrever uma crise relacional com o trabalho, afecta mais a qualidade do ambiente social do trabalho (Maslach, Jackson e Leiter, 1996).

A *despersonalização* consiste na sensação de alienação para com os outros. Para Leiter (in Seabra, 1999), a despersonalização constitui o sentimento de incapacidade, por parte do indivíduo, para lidar com os sentimentos persistentes de exaustão emocional. Os trabalhadores começam a tomar-se frios e indiferentes quer em relação aos colegas, quer em relação aos utilizadores dos serviços (Maslach e Leiter, 1997), sendo estes vistos de uma forma negativa e com repulsa. Esta atitude negativa verifica-se para com os outros mas, também, para consigo, para com o trabalho e para com a vida em geral.

A *não realização pessoal* descreve o sentimento, por parte do trabalhador, de ineficácia, ou seja, que muito pouco está a ser alcançado e de que nada do que foi feito vale a pena. Esta atitude negativa conduz, por um lado, a uma falta de confiança do trabalhador e, por isso, de habilidade de se auto-avaliar e de avaliar os resultados do seu trabalho e, por outro, à perda de confiança por parte das outras pessoas (Maslach e Leiter, 1997).

Estas duas últimas dimensões constituem os aspectos mais cognitivos da síndrome.

À primeira vista, o *burnout* parece ser um problema do trabalhador, pois é ele que altera o seu carácter, comportamento e produtividade, parecendo lógico que, se for afastado do seu posto de trabalho, o problema fica resolvido. Mas, estudos realizados por Maslach e Leiter (1997: 34) revelaram que “(...) o *burnout* não é um problema das próprias pessoas mas do ambiente social em que trabalham. A estrutura e o funcionamento do local de trabalho caracterizam a forma como inter-actuam umas com as outras e de que forma desenvolvem o seu trabalho (...)”, havendo evidência de que é “(...) um problema ocupacional (...)”, ou seja, parece que o *burnout* se apresenta, principalmente, como uma crise na vida da organização. Já para House e Wells e para Cherniss (Seabra, 1999) as características individuais e do ambiente de trabalho, ao interagirem, têm impacto no desenvolvimento do *burnout*.

Maslach considera serem três as principais fontes de *burnout* (Cruz, Gomes e Melo, 2000): fontes pessoais (expectativas, motivações, personalidade), fontes interpessoais (contacto com clientes, relações com colegas e família e a falta de apoio social) e fontes organizacionais (excesso de trabalho, falta de controlo no trabalho, recompensa insuficiente, falta de justiça, conflitos de valores, burocracia, resultados obtidos, pressão no trabalho), que já foram anteriormente abordadas no stress ocupacional, e que podem levar ao aparecimento dos problemas verificados nos trabalhadores, como as mudanças de atitude, de comportamento e do bem estar bio-psico-social.

Greenglass e colaboradores encontraram associações significativas do *burnout* com a somatização, assim como Burke e colaboradores em relação à menor satisfação profissional, maior vontade de abandono da profissão, pior saúde física, maior taxa de absentismo, humor deprimido e sintomatologia cardíaca (Mota-Cardoso et al., 2002). Maslach e Jackson, através das suas investigações, puderam confirmar que o *burnout* está associado a uma maior vontade de deixar o trabalho e/ou de passar menos tempo a trabalhar com pessoas, correlacionando-o com o absentismo, com uma degradação das relações interpessoais e com um maior consumo de substâncias aditivas, como o álcool e os tranquilizantes (Leal, 1998).

Para Corin e Gagnon, o *burnout* deve ser considerado um fenómeno colectivo que se torna necessário descodificar, por ter implicações individuais, institucionais e socioculturais que devem ser analisadas (Leal, 1998).

Em conclusão, um dos aspectos fundamentais na Gestão de Recursos Humanos é a manutenção da saúde dos trabalhadores, como garante da preservação da força de trabalho adequada, com o conseqüente aumento da produtividade, possível através de um ambiente de trabalho favorável.

Para Chiavenato (1995: 355) a "(...) Higiene e Segurança do Trabalho constituem duas actividades intimamente relacionadas, no sentido de garantir condições pessoais e materiais de trabalho capazes de manter certo nível de saúde dos empregados (...)", entendendo por Higiene do Trabalho "(...) um conjunto de normas e procedimentos que visa a protecção da integridade física e mental do trabalhador, preservando-o dos riscos de saúde inerentes às tarefas do cargo e ao ambiente físico onde são executadas (...)".

Pelo que atrás se expôs, em relação ao stresse ocupacional e ao *burnout*, o Homem parece estar sujeito a um risco, que é o trabalho, que, no entanto, continua a ser fundamental para garantir o progresso económico e social.

4 – A METODOLOGIA

4.1 – DESENHO GERAL E PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Segundo a tipologia de Burket, quando existem vários estudos sobre um problema, devem-se efectuar estudos analíticos para que seja possível a análise de associação do problema com causas possíveis (Abrantes et al., 1989). Este estudo baseia-se num modelo de associações e correlações, estabelecendo-se hipóteses acerca da natureza das relações entre variáveis dependentes e independentes, testando-se, assim, a possibilidade das hipóteses se verificarem.

O estudo foi transversal, já que se pretendia “fotografar” a realidade num certo momento, e observacional porque não se efectuou qualquer intervenção sobre a população alvo.

Com este estudo transversal, analítico e observacional, pretendeu-se uma abordagem quantitativa, utilizando-se um inquérito, por questionário, de administração directa, aplicado a médicos, enfermeiros, administrativos e auxiliares que pertenciam aos quadros dos Centros de Saúde, da Sub-Região de Saúde de Évora, e que tinham contacto directo com os utentes dos serviços.

Foi utilizado o programa de computador *SPSS*, versão 7.5, para o tratamento e a análise dos resultados.

4.2 – OBJECTO DO ESTUDO

O *burnout* é descrito como um processo em desenvolvimento, que se inicia com níveis excessivos e prolongados de stresse ocupacional. Este stresse provoca tensão no trabalhador, estando o processo completado quando o trabalhador desenvolve formas defensivas de o ultrapassar. Compreende três dimensões: a exaustão emocional, a despersonalização e a falta de realização pessoal, que têm sido verificadas em profissionais

ligados à segurança social, educação e saúde, exigindo, todas estas profissões, intensa relação dos utentes com os serviços profissionais.

Maslach e Jackson, através das suas investigações, puderam confirmar que o *burnout* está associado a uma maior vontade de deixar o trabalho e/ou de passar menos tempo a trabalhar com pessoas, correlacionando-o com o absentismo (Leal, 1998).

Ao verificar-se que, na Sub-Região de Saúde de Évora, a taxa de absentismo dos funcionários atingia valores consideráveis, pretendeu-se saber se, nestes funcionários, que pertenciam aos quadros dos Centros de Saúde e tinham contacto directo com o público, existia relação entre o absentismo, por atestado médico, e uma maior prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*.

4.3 – POPULAÇÃO, AMOSTRA E AMOSTRAGEM

A Sub-Região de Saúde, no momento do estudo, com um total de 812 funcionários do quadro, sendo 609 do género feminino (75%), era constituída por uma sede e 14 Centros de Saúde dispersos por todos os Concelhos do Distrito de Évora. Estes Centros de Saúde compreendiam um total de 554 funcionários nos seus quadros, constituídos por médicos, enfermeiros, administrativos e auxiliares, dos quais 413 eram do género feminino (74,55 %).

A população do estudo era constituída pelos funcionários que pertenciam aos quadros dos Centros de Saúde e que faziam atendimento directo ao público, de que se desconhecia o número exacto.

Optou-se, assim, por uma amostra tendo em vista o cumprimento da regra do polegar para análises multivariadas (Hill e Hill, 2000), particularmente a análise factorial, em que está definida a seguinte fórmula: $N=5K$, sendo N o tamanho da amostra e K o número de variáveis, o que corresponderia, no mínimo, a uma amostra de 215 participantes (43 variáveis X 5).

As Unidades de Observação eram constituídas pelos funcionários dos Centros de Saúde (médicos, enfermeiros, administrativos e auxiliares) que pertenciam à população alvo.

Neste contexto, foram distribuídos 300 questionários pelos 14 Centros de Saúde.

Para operacionalizar a recolha de dados foram contactadas as Direcções dos 14 Centros de Saúde e após a descrição do estudo e dos seus objectivos, foi entregue a cada uma delas um número percentual de envelopes, em função do número de funcionários que pertenciam ao quadro desse Centro de Saúde.

Cada envelope continha um formulário de participação, onde era explicado os objectivos do estudo e a voluntariedade de participação, a descrição daquilo que o participante teria que fazer, o tempo de duração de preenchimento e a garantia de anonimato e confidencialidade dos dados; um questionário; e um segundo envelope, sem qualquer identificação, que seria fechado após conter o questionário preenchimento.

A forma de distribuição dos envelopes, que continham estes documentos, pela população alvo, foi efectuada por critérios próprios das Direcções dos Centros de Saúde, havendo, no entanto, a indicação para ser respeitada, na distribuição, a proporcionalidade das diversas profissões.

Pretendia-se que o preenchimento do questionário fosse feito por cada participante, de uma forma individual, e que depois de ser fechado no segundo envelope, fosse colocado num local pré definido para posterior recolha. Esta foi a forma encontrada para manter o anonimato, já que não se pretendia qualquer identificação do participante. Posteriormente seriam colocados em caixas de forma a que o investigador não tivesse possibilidade de identificar o Centro de Saúde de origem.

O questionário foi aplicado durante o mês de Outubro de 2001. Justificou-se a escolha deste mês por não constituir um período habitual de férias, verificando-se um normal funcionamento dos serviços e, portanto, com poucos funcionários ausentes.

Da análise da recolha de informação constata-se que, embora a distribuição dos questionários, pelos Centros de Saúde, fosse feita em proporção com o número de funcionários pertencentes aos quadros, a distribuição em cada um desses Centros, em vez de ter sido elaborada de uma forma aleatória e estratificada, foi efectuada por critérios próprios de cada uma das Direcções, embora com a recomendação de ser respeitada a proporcionalidade nas diversas profissões.

4.4 – CONCEPTUALIZAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.

A recolha de dados foi garantida pela aplicação de um questionário estruturado (anexo II) que expressava a operacionalização das 43 variáveis em estudo. Era composto por duas partes, a primeira, que compreendia 21 questões, 13 das quais fechadas, 7 abertas e 1 mista e que resultaram da operacionalização das variáveis, conforme se pode observar nos quadros N°s 1, 2, 3 e 4.

Quadro N.º 1
VARIÁVEIS SÓCIO-PROFISSIONAIS E DEMOGRÁFICAS

VARIÁVEIS		
VARIÁVEL	PERGUNTA	OPERACIONALIZAÇÃO
QSD1	Sexo	1 – Masculino 2 – Feminino
QSD5	Tem filhos(as) ?	1 – Sim 2 – Não
QSD7	Excluindo o cônjuge ou filhos(as), vive mais alguém consigo?	1 – Sim 2 – Não
QSD10	É praticante dessa religião?	1 – Sim 2 – Não
QSD13	No seu trabalho exerce funções de chefia?	1 – Sim 2 – Não
QSD18	Tem períodos do seu horário em que trabalha durante a noite?	1 – Sim 2 – Não
QSD20	Exerce outra actividade remunerada em regime de acumulação?	1 – Sim 2 – Não

Quadro N.º 2
VARIÁVEIS SÓCIO-PROFISSIONAIS E DEMOGRÁFICAS

VARIÁVEIS		
VARIÁVEL	PERGUNTA	OPERACIONALIZAÇÃO
QSD2	Idade	Resposta aberta, N.º de anos
QSD6	Se tem filhos(as), quantos(as) vivem consigo?	Resposta aberta N.º filhos (as)
QSD12	Há quantos anos exerce esta profissão?	Resposta aberta N.º de anos
QSD14	Há quantos anos trabalha neste Centro de Saúde?	Resposta aberta N.º de anos
QSD17	Quantas horas extraordinárias faz, em média, por mês?	Resposta aberta N.º de horas
QSD19	Quantas horas por semana passa, em média, em contacto directo com os utentes?	Resposta aberta N.º de horas
QSD21	No ano de 2000, quantos dias esteve de atestado médico?	Resposta aberta N.º de dias

Quadro N.º 3
VARIÁVEIS SÓCIO-PROFISSIONAIS E DEMOGRÁFICAS

VARIÁVEIS		
VARIÁVEL	PERGUNTA	OPERACIONALIZAÇÃO
QSD3	Local onde vive	1 – Monte 2 – Aldeia 3 – Vila 4 – Cidade
QSD4	Estado civil	1 – Solteiro 2 – Casado(a)/Companheira(a) 3 – Divorciado(a)/Separado(a) 4 – Viúvo(a)
QSD9	Qual é a sua religião?	1 – Católica 2 – Protestante 3 – Nenhuma 4 – Outra (resposta aberta)
QSD11	Qual é a sua profissão?	1 – Médico(a) 2 – Enfermeiro(a) 3 – Administrativo(a) 4 – Auxiliar
QSD15	Trabalha	1 – Na sede 2 – Em extensões 3 – Em ambas
QSD16	Qual é o seu regime de horário?	1 – 35 horas por semana 2 – 42 horas por semana 3 – Outro

Quadro N.º 4
VARIÁVEIS SÓCIO-PROFISSIONAIS E DEMOGRÁFICAS

VARIÁVEIS		
VARIÁVEL	PERGUNTA	OPERACIONALIZAÇÃO
QSD8	Quais as suas habilitações literárias?	1 – Sabe ler e escrever 2 – Ensino primário completo(4ª classe) 3 – Ensino preparatório 4 – Ensino secundário(antigo 5ºano ou actual 9ºano) 5 – Ensino complementar (antigo 7ºano ou actual 11ºano) 6 – 12ºano de escolaridade 7 – Curso médio 8 – Curso superior 9 – Mestrado/Doutoramento

Com estas variáveis, pretendia-se medir as características sócio-profissionais e demográficas dos participantes, pelo que foram elaboradas com base no questionário original de Maslach (Maslach, Jackson e Leiter, 1996) e em estudos anteriores efectuados por Mendes (1995) e Cruz, Gomes e Melo (2000), de forma a se poder associar o problema com causas possíveis, dando resposta às hipóteses apresentadas no estudo.

A segunda parte do questionário, composta por 22 afirmações, era constituída por uma versão traduzida e adaptada do *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI), cujo original foi adquirido à *Consulting Psychologists Press Inc.*, que foi criado, em 1986, pelas norte-americanas Christina Maslach e Susan Jackson. Este é um dos instrumentos mais utilizado em estudos para quantificar as 3 dimensões que constituem o *burnout*: a exaustão emocional, que constitui a primeira reacção ao stresse das exigências do trabalho e das suas mudanças

(Maslach e Leiter, 1997), sendo considerada a componente central deste modelo, torna-se notória quando o trabalhador se começa a sentir emocional e fisicamente sobrecarregado e com a sensação de que lhe resta pouco para dar aos outros. Sente-se emocionalmente vazio e incapaz de resolver ou recuperar da situação; a falta de realização pessoal, que descreve o sentimento, por parte do trabalhador, de ineficácia, ou seja, que muito pouco está a ser alcançado e de que nada do que foi feito vale a pena. Esta atitude negativa conduz, por um lado, a uma falta de confiança do trabalhador e, por isso, de habilidade de se auto-analisar e de avaliar os resultados do seu trabalho e, por outro, à perda de confiança por parte das outras pessoas (Maslach e Leiter, 1997); e a despersonalização, que consiste na sensação de alienação para com os outros. Os trabalhadores começam a tomar-se frios e indiferentes quer em relação aos colegas, quer em relação aos utilizadores dos serviços (Maslach e Leiter, 1997), sendo estes vistos de uma forma negativa e com repulsa. Esta atitude negativa verifica-se para com os outros mas, também, para consigo, para com o trabalho e para com a vida em geral.

Os itens que constituem o *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* foram desenhados para medir aspectos hipotéticos da síndrome de burnout, sendo elaborados a partir de entrevistas e questionários aplicados em estudos exploratórios. Maslach e colaboradores levaram, aproximadamente, oito anos a desenvolver a versão utilizada. Partindo de 47 itens, chegaram, assim, a 22: 9 para a exaustão emocional, 8 para a realização pessoal e 5 para a despersonalização, como se pode observar nos quadros N^{os} 5, 6 e 7.

Contactada Christina Maslach, através de *e-mail*, verificou-se não haver nenhuma versão do MBI, que fosse reconhecida pela autora, como validada para a população portuguesa.

Neste contexto, procedeu-se à tradução (anexo III), para português, do MBI original, efectuada por 3 colaboradores portugueses com conhecimentos da língua inglesa, um médico e dois professores universitários.

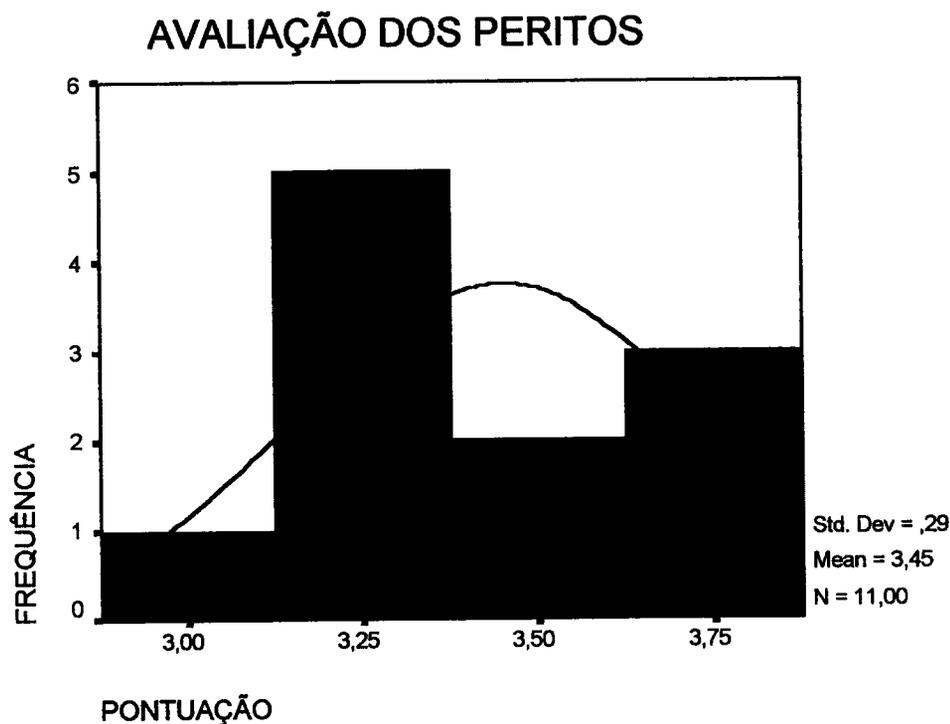
A tradução foi efectuada individualmente, tendo-se depois chegado a uma forma final, por consenso. Esta forma final foi posteriormente entregue a um quarto colaborador, médico, também português e com conhecimentos da língua inglesa, ao qual foi pedido uma retroversão para inglês do documento de consenso, de forma a se poderem confrontar as traduções com o original.

O documento, em português, resultante de todo este processo foi posteriormente entregue a onze peritos (anexo IV), dos quais 6 psicólogos, 2 médicos psiquiatras e 3 enfermeiros especialistas em saúde mental, que procederam à análise de conteúdo.

Esta análise desenvolveu-se a partir da distribuição, pelo grupo de peritos, do instrumento traduzido, sendo pedida a sua opinião individual sobre se cada uma das 22 afirmações era susceptível de medir a dimensão a que correspondia. Esta opinião era dada através de uma escala tipo Likert de 4 pontos (1-não concordo, 2-concordo pouco, 3-concordo e 4-concordo em absoluto) e de um espaço próprio de observações, onde podiam propor as alterações achadas necessárias, conforme se pode observar no anexo V.

No gráfico N° 1 podemos verificar os valores médios das avaliações feitas, pelos peritos, do instrumento traduzido, através da escala tipo Likert, em que os valores variam entre o concordo e o concordo em absoluto.

Gráfico N.º 1
DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS NA AVALIAÇÃO
DOS PERITOS



Depois de terem sido feitas algumas das alterações propostas, sem ser desvirtuado o MBI original, chegou-se a um documento final.

Para se operacionalizarem as variáveis constantes neste documento, foi empregue o mesmo método do instrumento original, que ao pretender medir sentimentos e atitudes por parte dos participantes, de forma a caracterizar as 3 variáveis latentes, ou dimensões, que caracterizam o *burnout*, utilizava uma escala tipo Likert de 7 pontos, conforme se pode observar nos quadros N.ºs 5, 6 e 7.

Quadro N.º 5
VARIÁVEIS DA EXAUSTÃO EMOCIONAL

VARIÁVEIS		
Exaustão emocional		
VARIÁVEL	AFIRMAÇÕES	OPERACIONALIZAÇÃO
2	Sinto-me emocionalmente esgotado(a) com o meu trabalho.	0 – Nunca 1 – Algumas vezes por ano 2 – Uma vez por mês 3 – Algumas vezes por mês 4 – Uma vez por semana 5 – Algumas vezes por semana 6 – Todos os dias
6	É extremamente desgastante para mim trabalhar todo o dia com utentes.	
7	Sinto-me esgotado(a) no fim de um dia de trabalho.	
8	Sinto-me desgastado(a) pelo meu trabalho.	
9	Sinto-me cansado(a) quando me levanto pela manhã e tenho de enfrentar outro dia no emprego.	
10	Trabalhar directamente com pessoas causa-me uma grande tensão.	
13	Sinto-me frustrado(a) com o meu trabalho.	
14	Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu emprego.	
20	Sinto-me como se tivesse atingido o limite das minhas forças	

Quadro N.º 6
VARIÁVEIS DA DESPERSONALIZAÇÃO

VARIÁVEIS		
Despersonalização		
VARIÁVEL	AFIRMAÇÕES	OPERACIONALIZAÇÃO
1	Preocupa-me que este trabalho me torne insensível.	0 – Nunca 1 – Algumas vezes por ano 2 – Uma vez por mês 3 – Algumas vezes por mês 4 – Uma vez por semana 5 – Algumas vezes por semana 6 – Todos os dias
3	Sinto que trato alguns utentes como se fossem objectos impessoais.	
4	Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que tenho este trabalho.	
17	Não me preocupa nada o que acontece a alguns utentes.	
22	Sinto que os utentes me culpam por alguns dos seus problemas.	

Quadro N.º 7
VARIÁVEIS DA REALIZAÇÃO PESSOAL

VARIÁVEIS		
Realização pessoal		
VARIÁVEL	AFIRMAÇÕES	OPERACIONALIZAÇÃO
5	Sinto-me cheio(a) de energia.	0 – Nunca
11	Sinto que através do meu trabalho estou a influenciar, de uma forma positiva, a vida de outras pessoas.	1 – Algumas vezes por ano 2 – Uma vez por mês 3 – Algumas vezes por mês
12	Eu consigo compreender facilmente o que é que os utentes sentem acerca das coisas.	4 – Uma vez por semana 5 – Algumas vezes por semana
15	Consigo criar com facilidade um ambiente descontraído com os utentes.	6 – Todos os dias
16	Lido de uma forma bastante eficaz com os problemas dos utentes.	
18	Neste emprego realizei muitas coisas válidas.	
19	No meu trabalho lido calmamente com problemas de ordem emocional.	
21	Sinto-me satisfeito(a) depois de trabalhar de perto com os utentes.	

Tendo-se chegado ao fim deste percurso, procedeu-se à distribuição destes 22 itens na segunda parte do questionário, de uma forma aleatória, tendo sido utilizada, para o efeito, uma tabela de números aleatórios.

Neste estudo, pretendia-se que fosse considerada, não só, a pontuação total da escala para o *burnout*, mas também a de cada uma das suas três dimensões.

Concluída a elaboração de todo o questionário, foi este submetido a um pré-teste administrado a 16 elementos da população alvo, sendo 3 médicos, 5 enfermeiros, 6 administrativos e 2 auxiliares. O critério para a escolha do número de elementos de cada profissão foi baseada na

percentagem de distribuição destas profissões nos quadros dos Centros de Saúde, sendo o número mínimo aceite de dois participantes por cada profissão.

O questionário, com consentimento autorizado dos participantes, foi de administração directa e sob observação do investigador.

Estes participantes não colaboraram no estudo definitivo.

Com este estudo preliminar pretendeu-se não só cronometrar o tempo de preenchimento, verificar da adequação das perguntas e das respostas, testar a exaustividade e a incompatibilidade das respostas, mas também estimar a fiabilidade do MBI, embora com um número reduzido de questionários aplicados.

Para avaliar a fiabilidade do MBI, no estudo preliminar, foram utilizados os testes *alpha de Cronbach* e o *split-half*, cujos resultados se encontram no quadro N° 8.

Quadro N.º 8
FIABILIDADE DO MBI NO ESTUDO PRELIMINAR

Dimensão	Alpha de Cronbach	Split-half
Exaustão emocional	0,9228	0,7876
Despersonalização	0,6345	0,7680
Realização pessoal	0,9164	0,8633
Global	0,8786	0,8015

No MBI, para a definição dos valores limiares (*cut-off*) de indicação de perturbação de cada uma das dimensões do *burnout*, foi utilizado o seguinte critério: o valor limiar é igual ao produto do número de afirmações que avaliam cada uma das dimensões, pelo *score* médio (=3). Não foi utilizado o critério preconizado, pelas autoras do instrumento, para o cálculo de valores limiares de perturbação: média mais meio desvio padrão, porque este obrigava a uma distribuição normal da amostra e

pressupunha que fossem observados cerca de 31% de participantes com valores sugestivos de perturbação (Mota-Cardoso et al., 2002).

Assim, foram considerados indicadores de perturbação valores iguais ou superiores a 27 (9 itens x 3) na dimensão da exaustão emocional, valores iguais ou inferiores a 24 (8 itens x 3) na não realização pessoal e valores iguais ou superiores a 15 (5 itens x 3) na despersonalização.

Da análise da conceptualização das variáveis e do instrumento é de referir que ao ser efectuada a tradução do MBI, um dos colaboradores deveria ter como língua original o inglês e ser conhecedor profundo da língua portuguesa, particularmente o que efectuou a retroversão, para que daí resultasse uma coerência maior entre a tradução e o instrumento original. Também, não foi efectuada qualquer avaliação quantitativa em relação às discordâncias entre a retroversão e o instrumento original.

Da análise do conteúdo do MBI traduzido e adaptado, realizado pelos onze peritos, parece verificar-se uma concordância em que as 22 afirmações pareciam ser susceptíveis de medir as dimensões a que correspondiam, já que o valor da média é 3,45 e o desvio padrão é de 0,29, conforme se pode verificar no gráfico nº 1.

Depois de concluído o questionário foi efectuada o pré-teste, nos 16 participantes, que para além de testar a adequação do questionário, serviu para avaliar o coeficiente de fiabilidade das três variáveis latentes que constituem o MBI. Esta avaliação, com um número restrito de participantes, revelou-se com valores de razoável a excelente, excepto no *alpha de Cronbach* para a despersonalização, em que o coeficiente era fraco (Hill e Hill, 2000), embora os valores obtidos para a globalidade do instrumento fossem bons. Considerou-se, assim, que o coeficiente para a despersonalização podia ser melhorado se a amostra aumentasse a sua dimensão (Hill e Hill, 2000), como era previsível no estudo definitivo. Tal não se veio a verificar, como se pode constatar pelos resultados obtidos (quadro Nº 9).

Quadro N.º 9
FIABILIDADE DO MBI NO ESTUDO DEFINITIVO

Dimensão	Alpha de Cronbach	Split-half
Despersonalização	0,4310	0,3972
Realização pessoal	0,7922	0,7505
Exaustão emocional	0,9063	0,8827
Global	0,8498	0,7403

A avaliação do coeficiente de fiabilidade do MBI, para a amostra no estudo definitivo, mostrou valores inaceitáveis para a despersonalização (Hill e Hill, 2000), o que poderá ser explicado por imprecisões da tradução, embora os valores globais, do instrumento aplicado, se revelassem bons.

4.5 – ANÁLISE DE DADOS

Na análise descritiva foram utilizadas as técnicas padronizadas. Para a análise estatística entre o género e as restantes variáveis independentes (sócio-profissionais e demográficas), escolheu-se o teste de *Qui-quadrado de Pearson*, para as variáveis categoriais, e o teste de *Mann-Whitney U*, para as variáveis intervalares e ordinal. Na análise estatística entre as profissões e as restantes variáveis independentes foram escolhidos o teste *Qui-quadrado*, para as variáveis categoriais, e o *Kruskal Wallis*, para as variáveis intervalares e ordinal (Puri, 2002 e Bryman e Cramer, 2003).

No MBI, foram utilizados o teste de *Kendall tau_b* para a correlação entre as três dimensões do *burnout*, e destas com as variáveis independentes intercalares e ordinal. Os testes de *Phi* e de *Cramer V* foram escolhidos para a análise estatística de associação entre as três dimensões

do *burnout* e as variáveis independentes dicotômicas e nominais (Puri, 2002 e Bryman e Cramer, 2003).

Para testar a hipótese de que os funcionários dos Centros de Saúde, que de uma forma directa contactavam com o público, apresentavam uma prevalência elevada das dimensões que caracterizam o *burnout*, foram utilizadas as comparações das médias e dos desvios-padrões, verificadas nessas três dimensões, entre o presente estudo e os estudos já anteriormente efectuados, tendo sido analisado, também, o tipo de distribuição dos valores encontrados em cada uma das dimensões.

Na hipótese de que os funcionários com menos habilitações literárias apresentavam uma maior prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*, foi utilizado o teste de *Kendall Tau_b*, já que se pretendia estabelecer uma correlação entre variáveis ordinais.

Para a hipótese de que os funcionários com maior autonomia de decisão, têm menor prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*, foram utilizados os testes de *Phi* e *Cramer V* para testar a associação entre variáveis nominais e ordinais e comparadas as médias obtidas em cada uma das dimensões.

Na hipótese de que a existência de filhos ou coabitantes, no domicílio dos funcionários, determina uma maior prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*, foram utilizados os testes de *Kendall Tau_b* e de *Phi* e *Cramer V*, respectivamente, já que no primeiro se testou a correlação entre variáveis de intervalo e ordinais e no segundo a associação entre variáveis nominais e ordinais.

Para a hipótese de que ser praticante de uma religião diminuía a prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*, foram utilizados os testes de associação entre variáveis nominais e ordinais, o de *Phi* e o *Cramer V*.

Nas hipóteses de que quanto maior o número de horas em contacto com os utentes, maior seria a prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*; na de que quanto maior o número de anos de exercício da profissão, menor a prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*;

e na de que quanto maior o absentismo, por atestado médico, verificado nos funcionários dos Centros de Saúde, maior a prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*, foi utilizado o teste de *Kendall Tau_b*, já que se pretendia uma correlação entre variáveis intervalares e ordinais.

Os testes estatísticos utilizados na análise de associação ou correlação entre variáveis foram os não paramétricos que, embora sendo menos potentes que os paramétricos, pareceram mais adequados, pois não estavam cumpridos os critérios necessários para a utilização destes testes (Puri, 2002).

5 - TRATAMENTO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 – ANÁLISE GLOBAL DOS RESULTADOS

Este estudo foi efectuado nos 14 Centros de Saúde, da Sub-Região de Saúde de Évora, realizado junto de médicos, enfermeiros, administrativos e auxiliares, que pertenciam aos seus quadros e que tinham contacto directo com o público.

Com este estudo pretendeu-se avaliar, na população alvo, a magnitude das 3 dimensões que caracterizam o *burnout*, saber se existia relação entre o absentismo e as referidas dimensões, e avaliar da associação destas com causas possíveis.

As dimensões do burnout foram medidas através de uma versão traduzida e adaptada do *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI), instrumento utilizado em numerosos estudos.

Dos 300 questionários distribuídos pelos 14 Centros de Saúde foram preenchidos 266, o que corresponde a uma taxa de resposta de 88,67%, com a distribuição apresentada no quadro N.º 10. Não foi rejeitado qualquer questionário, já que a maioria dos itens tinham sido preenchidos.

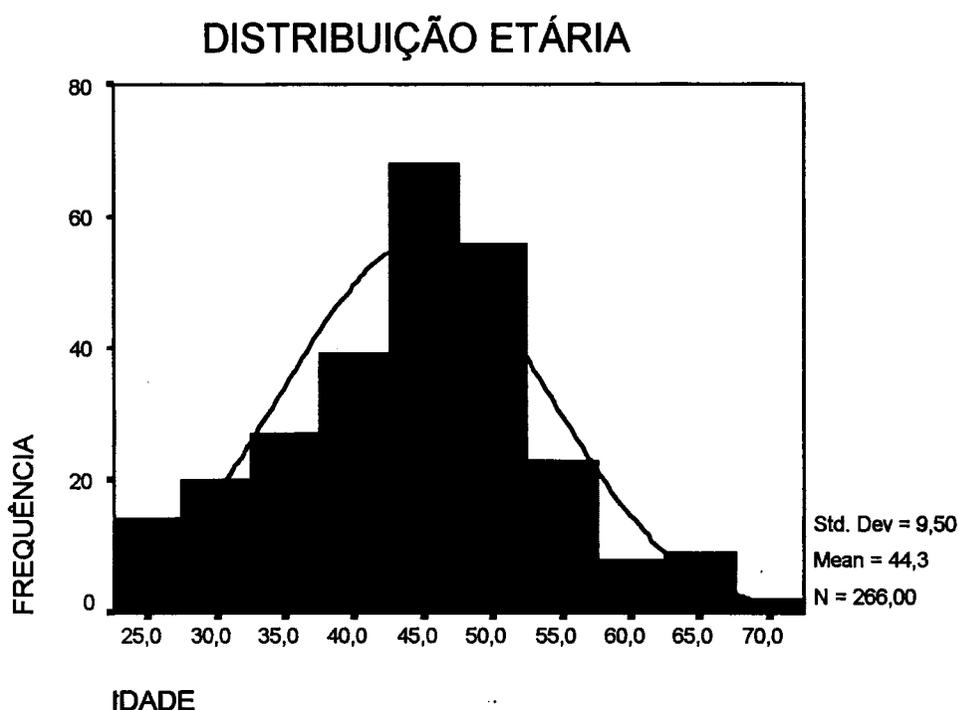
Quadro N.º 10
DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES
POR PROFISSÕES

PROFISSÃO	QUADRO	PARTICIPANTES	%
MÉDICOS	122	49	40,16
ENFERMEIROS	170	79	46,47
ADMINISTRATIVOS	216	95	43,98
AUXILIARES	46	43	93,48
TOTAL	554	266	48,01

A taxa de resposta de 88,67% foi boa comparando com outros estudos, em que as taxas variaram entre 15 e 95% (Hespanhol, 1996: tabelas nº 41 a 45), conseguindo-se, ainda, atingir taxas de participação superiores a 40% em todas as profissões que o estudo abrangia, como se pode verificar no quadro Nº 10.

A distribuição etária dos participantes encontra-se no gráfico Nº 2, onde está indicada a respectiva média e desvio-padrão, sendo compatível com o estudo de Rodrigues (2002), onde foi encontrada uma média de idades, no balanço social de 1999, da Divisão de Recursos Humanos da Saúde, de 45,17 anos para a globalidade dos funcionários de todos os Centros de Saúde de Portugal.

Gráfico N º 2
DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DOS PARTICIPANTES



As características gerais dos participantes, assim como os resultados dos testes utilizados, com um nível de 5% de significância, constam dos quadro Nº 11.

Quadro N.º 11
CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA POR GÉNERO

	AMOSTRA						
	Masculino	Feminino	Total	%	Missing	Signif.	Teste
PROFISSÃO							
Médico	28	21	49	18,4	2 (0,8%)	0,0005	Pearson qui- quadrado
Enfermeiro	4	74	78	29,3			
Administrativo	15	79	94	35,3			
Auxiliar	9	34	43	16,2			
IDADE							
Média	46,91	43,61	44,35		2 (0,8%)	0,009	Mann-Whitney U
Mediana	47,00	45,00	46,00				
Moda	46	45	46				
Desvio padrão	5,61	10,23	9,50				
Mínimo	24	23	23				
Máximo	58	69	69				
Percentil 25	44,00	36,00	38,00				
Percentil 75	50,75	50,00	50,00				
DOMICÍLIO							
Monte	6	7	13	4,9	2 (0,8%)	0,015	Pearson qui- quadrado
Aldeia	5	25	30	11,3			
Vila	19	108	127	47,7			
Cidade	26	68	94	35,3			
ESTADO CÍVIL							
Solteiro	3	29	32	12,0	3 (1,1%)	0,127	Pearson qui- quadrado
Casado	49	158	207	77,8			
Divorciado	4	12	16	6,0			
Viúvo	0	8	8	3,0			
FILHOS							
Sim	52	172	224	84,2	2 (0,8%)	0,060	Pearson qui- quadrado
Não	4	36	40	15,0			
N.º FILHOS QUE VIVEM NO DOMICÍLIO							
Média	1,45	1,29	1,32		6 (2,3%)	0,412	Mann-Whitney U
Moda	1	2	2				
Desvio padrão	0,99	0,89	0,92				
OUTROS COABITANTES DO DOMICÍLIO							
Sim	8	30	38	14,3	5 (1,9%)	0,948	Pearson qui- quadrado
Não	48	175	223	83,8			

Quadro N.º 11
CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA POR GÊNERO

Continuação	Masculino	Feminino	Total	%	Missing	Signif.	Teste
ESCOLARIDADE							
Sabe ler/escrever	0	1	1	0,4	3	0,158	Pearson qui-quadrado
4º ano	3	24	27	10,2	(1,1%)		
6º ano	3	20	23	8,7			
9º ano	12	50	62	23,3			
11º ano	4	13	17	6,4			
12º ano	3	20	23	8,7			
Médio	3	19	22	8,3			
Superior	28	60	88	33,1			
Mestrado/doutoramento	0	0	0	0,0			
RELIGIÃO							
Católica	47	196	243	91,4	3	0,026	Pearson qui-quadrado
Protestante	1	1	2	0,8	(1,1%)		
Nenhuma	8	10	18	6,8			
Outra	0	0	0	0,0			
PRATICANTE DA RELIGIÃO							
Não aplicável	8	10	18	6,8	4	0,012	Pearson qui-quadrado
Sim	21	113	133	50,0	(1,55)		
Não	27	84	111	41,7			
ANOS DE PROFISSÃO							
Média	20,95	18,19	18,84		2	0,108	Mann-Whitney U
Mediana	21,00	19,00	20,00		(0,8%)		
Moda	18	18	18				
Desvio padrão	6,02	9,96	9,32				
Mínimo	3	1	1				
Máximo	37	47	47				
Percentil 25	18,00	10,00	11,00				
Percentil 75	25,00	26,75	26,00				
CARGOS DE CHEFIA							
Sim	14	22	36	13,5	2	0,005	Pearson qui-quadrado
Não	42	186	228	85,7	(0,8%)		
ANOS DE CENTRO DE SAÚDE							
Média	14,63	14,16	14,22		2	0,523	Mann-Whitney U
Mediana	17,00	14,00	15,00		(0,8%)		
Desvio padrão	6,69	9,67	9,10				

Quadro N.º 11
CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA POR GÉNERO

Continuação	Masculino	Feminino	Total	%	Missing	Signif.	Teste
LOCAL DE TRABALHO							
Sede	30	95	125	47,0	5 (1,9%)	0,461	Pearson qui-quadrado
Extensão	7	39	46	17,3			
Ambos	19	71	90	33,8			
REGIME DE TRABALHO							
35 horas	31	133	164	61,7	2 (0,8%)	0,461	Pearson qui-quadrado
42 horas	22	68	90	33,8			
Outros	3	7	10	3,8			
HORAS EXTRAORDINÁRIAS							
Média	23,33	9,34	12,36		18 (6,8%)	0,0005	Mann-Whitney U
Mediana	16,00	1,50	6,00				
Desvio padrão	25,20	15,57	18,90				
TRABALHO NOCTURNO							
Sim	32	84	116	43,6	6 (2,3%)	0,033	Pearson qui-quadrado
Não	24	120	144	54,1			
HORAS EM CONTACTO COM UTENTES							
Média	34,54	29,87	30,82		3 (1,1%)	0,014	Mann-Whitney U
Mediana	35,00	35,00	35,00				
Moda	35	35	35				
Desvio padrão	10,08	12,04	11,76				
Mínimo	7	1	1				
Máximo	60	60	60				
Percentil 25	30,00	25,00	26,00				
Percentil 75	40,00	36,00	38,00				

Quadro N.º 11
CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA POR GÉNERO

Continuação	Masculino	Feminino	Total	%	Missing	Signif.	Teste
ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES							
Sim	7	6	13	4,9	2 (0,8%)	0,003	Pearson qui-quadrado
Não	49	202	251	94,4			
DIAS DE ATESTADO							
Média	4,61	7,70	7,07		5 (1,9%)	0,874	Mann-Whitney U
Mediana	0,00	0,00	0,00				
Moda	0	0	0				
Desvio padrão	9,51	19,33	17,68				
Mínimo	0	0	0				
Máximo	40	165	165				
Percentil 25	0,00	0,00	0,00				
Percentil 75	3,75	7,50	6,00				

É de salientar um predomínio, estatisticamente significativo, do género feminino (78,8%), compatível com a distribuição dos funcionários dos quadros da Sub-Região de Saúde de Évora (75%), em 2002, assim como com a distribuição nos quadros dos Centros de Saúde (74,55%). A média de idades, neste género, foi significativamente mais baixa que a do género masculino. Viviam predominantemente em vilas, sendo na sua maioria casadas, com filhos, católicas e em 54,6% praticantes. Constatou-se, no género feminino, um predomínio do regime de trabalho de 35 horas, influenciado, provavelmente, pelos administrativos e auxiliares, tendo, em média e com significância estatística, menos horas extraordinárias e, portanto, um menor número de horas em contacto com os utentes que o género masculino. Comparando, ainda, os géneros masculino e feminino, não se verificaram diferenças significativas no estado civil, em ter ou não filhos, no número de filhos que ainda vivem no domicílio, na existência de

outros coabitantes, na escolaridade, nos anos de profissão, nos anos de Centro de Saúde, no local de trabalho, bem como no regime de trabalho e nos dias de atestado.

No quadro N° 12 apresenta-se a distribuição das diversas variáveis sócio-profissionais e demográficas em relação a cada uma das quatro profissões dos participantes, assim como as diferenças entre elas, a um nível de 5% de significância.

Quadro N.º 12
CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA POR PROFISSÃO

AMOSTRA									
	MÉDICOS	ENFERMEIROS	ADMINISTRATIVOS	AUXILIARES	TOTAL	%	MISSING	SIGNIF.	TESTE
SEXO									
Masculino	28	4	15	9	56	21,1	2	0,0005	Qui- quadrado
Feminino	21	74	79	34	208	78,2	(0,8%)		
IDADE								0,0005	Kruskal Wallis
Média	47,96	41,23	44,09	46,53	44,35		0		
Mediana	47,00	40,00	45,00	45,00	46,00				
Moda	46	35	50	43	46				
Desvio padrão	5,09	10,79	9,68	8,70	9,50				
Mínimo	37	23	24	29	23				
Máximo	67	69	65	67	69				
Percentil 25	46,00	33,00	38,00	41,00	38				
Percentil 75	49,00	49,00	51,00	51,00	50				
DOMICÍLIO								0,0005	Qui- quadrado
Monte	5	3	3	2	13	4,9	0		
Aldeia	1	6	20	3	30	11,3			
Vila	11	36	49	32	128	48,1			
Cidade	32	34	23	6	95	35,7			
ESTADO CÍVIL								0,026	Qui- quadrado
Solteiro	2	17	11	2	32	12,0	1		
Casado	39	56	76	38	209	78,6	(0,4%)		
Divorciado	6	5	3	2	16	6,0			
Viúvo	1	1	5	1	8	3,0			
FILHOS								0,058	Qui- quadrado
Sim	43	61	80	41	225	84,6	0		
Não	6	18	15	2	41	15,4			
N.º FILHOS QUE VIVEM NO DOMICÍLIO								0,781	Kruskal Wallis
Média	1,33	1,27	1,29	49	1,32		4		
Moda	2	2	2	1	2		(1,5%)		
Desvio padrão	0,99	0,92	0,88	0,93	0,92				

Quadro N.º 12

CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA POR PROFISSÃO

continuação	MÉDICOS	ENFERMEIROS	ADMINISTRATIVOS	AUXILIARES	TOTAL	%	MISSING	SIGNIF.	TESTE
ESCOLARIDADE									
Sabe ler/escrever	0	0	1	0	1	0,4	1	0,0005	Qui- quadrado
4º ano	0	2	5	20	27	10,2	(0,4%)		
6º ano	0	5	11	7	23	8,6			
9º ano	0	9	42	12	63	23,7			
11º ano	0	0	15	2	17	6,4			
12º ano	0	2	19	2	23	8,6			
Médio	0	21	1	0	22	8,3			
Superior	49	40	0	0	89	33,5			
Mestrado/ doutoramento	0	0	0	0	0	0,0			
RELIGIÃO									
Católica	37	74	92	42	245	92,1	1	0,0005	Qui- quadrado
Protestante	1	0	1	0	2	0,8	(0,4%)		
Nenhuma	11	5	2	0	18	6,8			
Outra	0	0	0	0	0	0,0			
PRATICANTE DA RELIGIÃO									
Não aplicável	11	5	2	0	18	6,8	2	0,0005	Qui- quadrado
Sim	16	38	56	25	135	50,8	(0,8%)		
Não	22	36	36	17	111	41,7			
ANOS DE PROFISSÃO									
Média	20,08	16,86	20,69	16,95	18,84		0	0,006	Kruskal Wallis
Mediana	21,00	14,00	25,00	18,00	20,00				
Moda	20	9	26	18	18				
Desvio padrão	3,56	10,78	10,03	8,51	9,32				
Mínimo	11	1	1	1	1				
Máximo	27	47	40	33	47				
Percentil 25	19,00	9,00	14,00	11,00	11,00				
Percentil 75	22,00	27,00	28,00	22,00	26,00				
CARGOS DE CHEFIA									
Sim	15	15	7	0	37	13,9	0	0,0005	Qui- quadrado
Não	34	64	88	43	229	86,1			

Quadro N.º 12
CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA POR PROFISSÃO

continuação	MÉDICOS	ENFERMEIROS	ADMINISTRATIVOS	AUXILIARES	TOTAL	%	MISSING	SIGNIF.	TESTE	
ANOS DE CENTRO DE SAÚDE							0	0,006	Kruskal Wallis	
Média	13,86	11,90	14,83	17,56	14,22					
Mediana	15,00	9,00	17,00	18,00	15,00					
Desvio padrão	5,35	9,19	10,57	7,75	9,10					
LOCAL DE TRABALHO								0,0005	Qui-quadrado	
Sede	20	25	58	24	127	47,7	3			
Extensão	10	9	22	5	46	17,3	(1,1%)			
Ambos	19	43	15	13	90	33,8				
REGIME DE TRABALHO								0	0,0005	Qui-quadrado
35 horas	12	27	88	38	165	62,0				
42 horas	37	51	2	1	91	34,2				
Outros	0	1	5	4	10	3,8				
HORAS EXTRAORDINÁRIAS								16	0,0005	Kruskal Wallis
Média	29,02	8,90	5,32	15,47	12,36		(6,0%)			
Mediana	24,00	8,00	0,00	7,50	6,00					
Desvio padrão	26,55	13,59	9,36	21,07	18,90					

Quadro N.º 12
CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA POR PROFISSÃO

continuação	MÉDICOS	ENFERMEIROS	ADMINISTRATIVOS	AUXILIARES	TOTAL	%	MISSING	SIGNIF.	TESTE
TRABALHO NOCTURNO									
Sim	30	40	23	23	116	43,6	4 (1,5%)	0,0005	Qui- quadrado
Não	19	39	68	20	146	54,9			
HORAS EM CONTACTO COM UTENTES							1 (0,4%)	0,0005	Kruskal Wallis
Média	35,78	32,38	24,98	35,23	30,82				
Mediana	36,00	35,00	30,00	35,00	35,00				
Moda	36	42	35	35	35				
Desvio padrão	8,94	11,96	12,07	7,73	11,76				
Mínimo	16	1	1	2	1				
Máximo	60	48	44	48	60				
Percentil 25	30,00	30	12,00	35,00	26,00				
Percentil 75	40,00	42	35,00	40,00	38,00				
ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES							0	0,0005	Qui- quadrado
Sim	8	5	0	0	13	4,9			
Não	41	74	95	43	253	95,1			
DIAS DE ATESTADO							3 (1,1%)	0,311	Kruskal Wallis
Média	6,90	8,81	5,28	7,98	7,07				
Mediana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				
Moda	0	0	0	0	0				
Desvio padrão	12,82	22,07	10,74	24,55	17,68				
Mínimo	0	0	0	0	0				
Máximo	60	165	53	150	165				
Percentil 25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				
Percentil 75	9,00	9,25	5,00	3,00	6,00				

Na distribuição da amostra por profissões verificou-se haver uma predominância de respostas de administrativos (35,7%), o que é coerente com a distribuição de profissões nos quadros da Sub-Região de Saúde de Évora (39%), em 2002. Os administrativos, na sua maioria e de um modo geral, viviam em vilas, eram casados, tinham filhos, eram católicos praticantes, não exerciam cargos de chefia, tinham um regime de trabalho de 35 horas, não efectuavam horas extraordinárias nem trabalho nocturno, não tinham acumulação de funções e apresentavam, na média, em relação às outras profissões, um menor número de horas em contacto com utentes e menos dias de atestado médico.

Os médicos, que nos quadros da Sub-Região de Saúde tinham, em 2002, uma predominância no grupo etário dos 46-50 anos, apresentavam, na média, uma idade superior (47,96 anos) à de todos os outros grupos profissionais. Na sua maioria viviam em cidades, eram casados, tinham filhos, eram católicos, embora não praticantes, tinham um regime de trabalho de 42 horas, faziam trabalho nocturno e não tinham acumulação de funções. Eram, ainda, na média, os funcionários que efectuavam mais horas extraordinárias.

Comparando, globalmente, as diversas profissões dos participantes, verificou-se não existir uma diferença significativa no ter ou não filhos, no número de filhos que ainda viviam no domicílio, no ter ou não coabitantes e, também, no número de dias de atestado médico.

As médias e os desvios-padrões resultantes da aplicação do MBI, em relação aos géneros e às profissões, encontram-se no quadro N° 13.

Quadro N.º 13
MÉDIAS E DESVIOS-PADRÕES NO MBI
POR GÊNERO E PROFISSÕES

		DESPERSONALIZAÇÃO (N=247)		REALIZAÇÃO PESSOAL (N=260)		EXAUSTÃO EMOCIONAL (N=258)	
		MÉDIA	DESVIO- PADRÃO	MÉDIA	DESVIO- PADRÃO	MÉDIA	DESVIO- PADRÃO
GÊNERO	MASCULINO	5,8000	4,6204	39,0179	7,6217	16,0536	12,1467
	FEMININO	4,6526	4,5397	40,5149	7,4468	12,0300	10,4962
PROFISSÃO	MÉDICOS	6,8085	4,9195	39,4167	6,8784	19,6250	11,5568
	ENFERMEIROS	3,2763	3,5762	40,1688	6,1160	13,1429	9,4961
	ADMINISTRATIVO	4,9655	4,4525	39,8804	8,8725	10,9667	10,6891
	AUXILIARES	5,8108	5,1899	41,9070	7,0507	8,8372	10,2025
GLOBAL		4,9231	4,5753	40,2154	7,4787	12,8721	10,9638

Comparando os valores do quadro N° 13 com os trabalhos de Maslach e colaboradores (Maslach, Jackson e Leiter, 1996: 8), envolvendo várias profissões e um total de 11067 participantes, verifica-se, nestes e em termos globais, uma média mais elevada para a exaustão emocional (média de 20,99 e desvio-padrão de 10,75) e para a despersonalização (média de 8,73 e desvio-padrão de 5,89). Na realização pessoal a média revelou-se mais baixa (média de 34,58 e desvio-padrão de 7,11).

Os valores das médias apresentados pelos funcionários dos Centros de Saúde, sendo baixos para a exaustão emocional e despersonalização e elevados para a realização pessoal, parecem indicar uma baixa prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*.

O resultado da distribuição verificada em cada uma das três dimensões, encontra-se nos gráficos N°s 3, 4 e 5.

GRÁFICO N.º 3
DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS
NA DESPERSONALIZAÇÃO

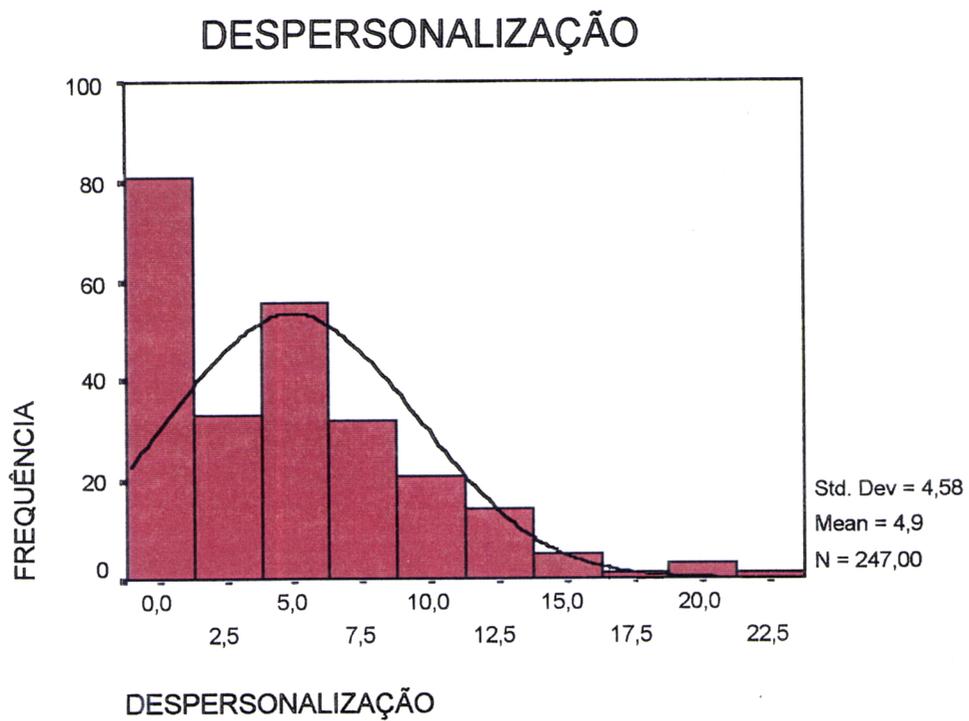
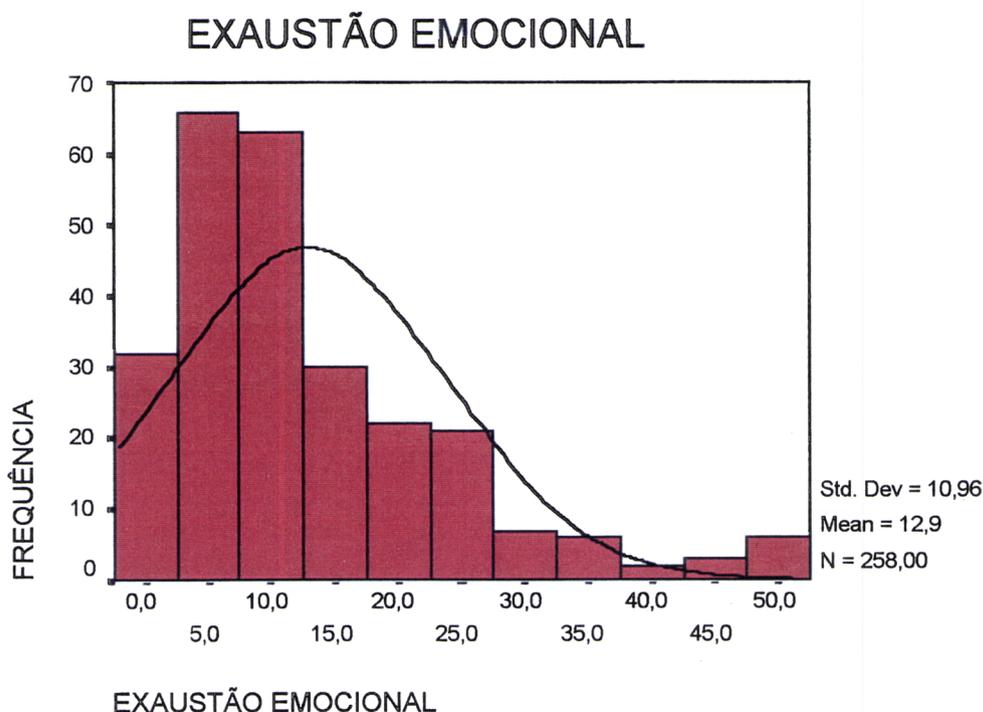


GRÁFICO N.º 4
DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS
NA REALIZAÇÃO PESSOAL



GRÁFICO N.º 5
DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS
NA EXAUSTÃO EMOCIONAL



Nos gráficos N^{os} 3, 4 e 5 podemos constatar uma distribuição positiva para a exaustão emocional e despersonalização e uma distribuição negativa para a realização pessoal. O tipo de distribuição encontrada, nos funcionários dos Centros de Saúde, é indicativo, também, de uma baixa prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*, já que os valores na distribuição são predominantemente baixos para a exaustão emocional e despersonalização e predominantemente altos para a realização pessoal.

No quadro N^o 14 podemos verificar a correlação existente entre as três dimensões. A realização pessoal correlaciona-se significativamente, mas de uma forma negativa, com a despersonalização e com a exaustão emocional, e a exaustão emocional, de forma positiva, com a despersonalização, sendo estes resultados compatíveis com os estudos de

Maslach e colaboradores (Maslach, Jackson e Leiter, 1996), onde a valores elevados de exaustão emocional e despersonalização, corresponde valores baixos de realização pessoal, ou seja, a existência de exaustão emocional e de despersonalização determinam pouca realização pessoal.

Quadro N.º 14
CORRELAÇÃO ENTRE AS TRÊS DIMENSÕES
DO BURNOUT

	DESPERSONALIZAÇÃO		REALIZAÇÃO PESSOAL		EXAUSTÃO EMOCIONA	
	COEF. CORRELAÇÃO	SIGNIF.	COEF. CORRELAÇÃO	SIGNIF.	COEF. CORRELAÇÃO	SIGNIF.
DESPERSONALIZAÇÃO	1,000	-	- 0,178*	0,000	0,221*	0,000
REALIZAÇÃO PESSOAL	- 0,178*	0,000	1,000	-	- 0,271*	0,000
EXAUSTÃO EMOCIONAL	0,221*	0,000	- 0,271*	0,000	1,000	-
TESTE	KENDALL TAU_B		KENDALL TAU_B		KENDALL TAU_B	

*a correlação é significativa a um nível 0,01

No quadro N.º 15 encontram-se os resultados relativos à associação das diferentes variáveis independentes dicotômicas, nominais e ordinal com cada uma das três dimensões, com um nível de 5% de significância.

Quadro N.º15
ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	VARIÁVEIS DEPENDENTES			TESTES
	MBI DESPERSONALIZAÇÃO	MBI REALIZAÇÃO PESSOAL	MBI EXAUSTÃO EMOCIONAL	
GÉNERO	0,384	0,666	0,028	PHI CRAMER V
LOCAL ONDE VIVE	0,492	0,042	0,641	
ESTADO CIVIL	0,011	0,707	0,899	
TEM FILHOS	0,085	0,383	0,544	
TEM INCLINOS	0,625	0,336	0,515	
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	0,0005	0,677	0,931	
RELIGIÃO	0,630	0,231	0,569	
PRATICANTE RELIGIÃO	0,372	0,065	0,049	
PROFISSÃO	0,0005	0,062	0,111	
CARGO DE CHEFIA	0,583	0,434	0,019	
ONDE TRABALHA	0,517	0,055	0,296	
TRABALHO NOCTURNO	0,286	0,476	0,365	
ACUMULAÇÃO FUNÇÕES	0,012	0,907	0,0005	

Da análise do quadro N.º 15, embora, nem sempre, se possa saber o sentido da associação, permite constatar-se, a título de exemplo, que:

1 - existe uma associação, claramente, significativa entre a exaustão emocional e a acumulação de funções (a acumulação de funções apresenta uma média mais alta de exaustão emocional), o que significa que uma actividade suplementar à exercida no Centro de Saúde parece determinar mais exaustão emocional, e entre a despersonalização e as habilitações literárias e as profissões (os médicos apresentam uma média superior de despersonalização), o que parece significar que quanto maior são as habilitações literárias maior é a despersonalização.

2 – existe, ainda, associação significativa entre a exaustão emocional e o gênero (o gênero masculino apresenta uma média mais alta), o ter ou não cargo de chefia (quem tem cargo de chefia tem uma média mais alta de exaustão emocional) e o ser ou não praticante de uma religião (ser praticante determina uma média inferior de exaustão emocional). Neste contexto, parece que os factores gênero masculino, ter cargo de chefia e não ser praticante de uma religião determinam mais exaustão emocional. O local de residência e o regime de horário aparecem associados significativamente à realização pessoal, e o estado civil e a acumulação de funções, à despersonalização.

3 – não existe, claramente, associação entre a exaustão emocional e o estado civil, as habilitações literárias e o regime de trabalho, e entre a realização pessoal e a acumulação de funções.

No quadro Nº 16 encontram-se os resultados relativos à correlação das diferentes variáveis independentes intervalares com cada uma das três dimensões, com um nível de significância de, pelo menos, 5%.

Quadro N.º 16
CORRELAÇÃO ESTRE VARIÁVEIS

	DESPERSONALIZAÇÃO		REALIZAÇÃO PESSOAL		EXAUSTÃO EMOCIONAL	
	COEF. CORRELAÇÃO	SIGNIF.	COEF. CORRELAÇÃO	SIGNIF.	COEF. CORRELAÇÃO	SIGNIF.
IDADE	0,125*	0,006	- 0,007	0,872	- 0,017	0,700
N.º FILHOS	- 0,051	0,320	- 0,048	0,328	0,019	0,702
ANOS DE PROFISSÃO	0,111**	0,014	- 0,056	0,198	0,009	0,838
ANOS CENTRO DE SAÚDE	0,105**	0,020	0,054	0,214	- 0,053	0,220
HORAS EXTRAORDINÁRIAS	0,012	0,803	0,026	0,588	0,064	0,173
HORAS COM UTENTES	- 0,050	0,283	0,069	0,127	- 0,014	0,757
DIAS DE ATESTADO	0,027	0,587	- 0,137*	0,005	0,182*	0,0005
TESTES	KENDALL TAU_B		KENDALL TAU_B		KENDALL TAU_B	

*a correlação é significativa a um nível de 0,01

**a correlação é significativa a um nível de 0,05

No quadro N.º 16, verifica-se uma correlação significativa e positiva da despersonalização com a idade, anos de profissão e anos no Centro de Saúde, o que significa que quanto maior era a idade, os anos de profissão e os anos no Centro de Saúde, maior era a despersonalização. A realização pessoal e a exaustão emocional correlacionam-se, também, de uma forma significativa, com os dias de atestado, embora a primeira de uma forma negativa e a segunda de uma forma positiva, o que significa que quanto maior era o número de dias de atestado, maior era a exaustão emocional e menor a realização pessoal.

Ao serem usados os valores limiares preestabelecidos, foram identificados com perturbações 12,02% (31/258) de profissionais com exaustão emocional, 4,62% (12/260) com falta de realização pessoal e 3,24% (8/247) com despersonalização. De uma forma geral, podemos dizer que os profissionais que apresentavam perturbações de exaustão

emocional têm uma média de idades e de anos de profissão de 44,19 anos e 18,87 anos, respectivamente. Não se verificou em nenhum participante a existência de valores que indicassem, em simultâneo, perturbações nas três dimensões, o que significa que não se verificou a síndrome de *burnout* em nenhum funcionário. Existiam 7 participantes que apresentavam perturbações, em simultâneo, na despersonalização e na exaustão emocional e 2 na falta de realização pessoal e na exaustão emocional. Não se verificaram perturbações, em simultâneo, na falta de realização pessoal e despersonalização.

No quadro N° 17 encontram-se, em relação com as variáveis independentes, as médias e os desvios-padrões verificados nas três dimensões que caracterizam o *burnout*. Podemos verificar, como exemplo, que existem diferenças nas médias encontradas na realização pessoal entre as habilitações literárias superiores ao 9º ano e as inferiores ou iguais ao 4º ano, existindo um valor superior para esta última. O mesmo se verifica em relação à exaustão emocional, em que o valor médio é superior para os funcionários com um nível de habilitações literárias superior ao 9º ano. Isto parece significar que as habilitações literárias mais elevadas determinam mais exaustão emocional e pouca realização pessoal. Podemos, ainda, constatar que os funcionários que estiveram de atestado apresentam médias inferiores na realização pessoal e superiores na exaustão emocional. Para quem tem acumulação de funções constata-se uma média mais elevada de exaustão emocional.

Quadro N.º 17
MÉDIAS E DESVIOS-PADRÕES DAS TRÊS DIMENSÕES
VERIFICADOS NAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES

	DESPERSONALIZAÇÃO		REALIZAÇÃO PESSOAL		EXAUSTÃO EMOCIONAL	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
HAB. LITERÁRIAS						
> 9ºANO	4,8345	4,3350	39,7000	6,7851	15,0753	10,8952
< = 9ºANO	5,0490	4,9159	40,9725	8,3316	9,8739	10,3793
< = 4ºANO	5,3600	4,7686	43,6429	4,7157	8,8214	9,6764
PROFISSÃO						
AMINISTRATIVOS + AUXILIARES	5,2177	4,6792	40,5259	8,3647	10,2782	10,5431
MÉDICOS + ENFERMEIROS	4,6260	4,4674	39,8800	6,4026	15,6320	10,7662
CARGOS DE CHEFIA						
SIM	4,2941	4,7388	39,9143	7,5591	15,4571	9,0174
NÃO	5,0235	4,5520	40,2622	7,4820	12,4664	11,2020
FILHOS NO DOMICILIO						
SIM	4,7872	4,5712	39,8687	7,8845	13,1357	11,5578
NÃO	5,5536	4,6355	41,1207	6,0439	11,8545	8,6011
DIAS DE ATESTADO						
SIM	4,9780	4,2400	38,7474	7,4690	16,5263	12,2794
NÃO	4,9416	4,7818	41,0000	7,3962	10,7778	9,5482
PRATICANTE DE RELIGIÃO						
SIM	5,0492	4,3634	40,9695	7,6339	11,1860	10,0551
NÃO	4,9184	4,5666	40,1783	7,4937	12,9687	10,9515
HORAS EM CONTACTO COM UTENTES						
> 35 HORAS	4,0526	4,0887	41,1429	6,8089	13,2208	10,7528
< 35 HORAS	5,1237	4,4118	39,7700	7,0307	14,3333	11,1273
= 35 HORAS	5,6301	5,1438	39,8780	8,5871	10,8395	10,8218

Quadro N.º 17
MÉDIAS E DESVIOS-PADRÕES DAS TRÊS DIMENSÕES
VERIFICADOS NAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES

continuação	DESPERSONALIZAÇÃO		REALIZAÇÃO PESSOAL		EXAUSTÃO EMOCIONAL	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
LOCAL DE RESIDÊNCIA						
MONTE + ALDEIA	4,4048	3,7355	40,0476	7,2278	11,3415	9,0736
VILA + CIDADE	5,0293	4,7299	40,2477	7,5418	13,1613	11,2804
ESTADO CIVIL						
CASADO	4,6218	4,4120	40,1232	7,8197	13,3922	11,4888
NÃO CASADO	4,8902	4,5553	40,2278	7,4904	12,8327	10,9669
FILHOS E COABITANTES NO DOMICÍLIO						
COM	4,8269	4,5872	39,9587	7,7569	12,7936	11,2929
SEM	5,5000	4,5277	41,4000	6,0108	13,0000	8,8635
HORAS DE TRABALHO						
42 HORAS + (35 HORAS + HORAS EXTRA)	4,5811	4,5130	40,7421	6,4467	13,9423	11,2595
35 HORAS SEM HORAS EXTRA	5,6977	4,7825	39,1609	9,0539	11,6629	10,5216
LOCAL DE TRABALHO						
SEDE + AMBAS	4,8284	4,4859	40,3868	7,4644	12,7867	11,2634
SÓ EXTENSÃO	5,1707	5,0145	39,4444	7,7064	13,6889	9,5723
TRABALHO DURANTE A NOITE						
COM	4,5377	4,7312	41,1491	6,2148	14,0811	11,3627
SEM	5,1957	4,4963	39,3077	8,2745	12,2083	10,5671
ACUMULAÇÃO						
COM	5,0833	4,6409	42,6154	3,5246	18,7692	8,8238
SEM	4,9149	4,5818	40,0891	7,6131	12,5592	10,9922
GLOBAL	4,9231	4,5753	40,2154	7,4787	12,8721	10,9638

No quadro N° 18 encontram-se os resultados dos testes de associação e correlação utilizados entre variáveis dependentes e independentes.

Quadro N.º 18
TESTES DE ASSOCIAÇÃO E CORRELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS
DEPENDENTES E INDEPENDENTES

	DESPERSONALIZAÇÃO	REALIZAÇÃO PESSOAL	EKAUSTAO EMOCIONAL	TESTES	SIGNIF.
TER OU NÃO ABSENTISMO	0,239	0,080	0,220	PHI CRAMER V	0,05
H. LITERÁRIAS	0,823	0,003	0,0005	KENDALL TAU_B	0,01
GRUPOS PROFISSIONAIS (MÉDICOS + ENFERMEIROS E ADMINISTRATIVOS + AUXILIARES)	0,034	0,001	0,087	PHI CRAMER V	0,05
TER OU NÃO CHEFIA	0,583	0,434	0,019	PHI CRAMER V	0,05
N.º DE FILHOS NO DOMICILIO	0,320	0,328	0,702	KENDALL TAU_B	0,05
TER OU NÃO OUTROS COABITANTES	0,625	0,336	0,515	PHI CRAMER V	0,05
SER OU NÃO PRATICANTE DA RELIGIÃO	0,372	0,065	0,049	PHI CRAMER V	0,05
N.º DE HORAS PASSADAS COM UTENTES	0,283	0,127	0,757	KENDALL TAU_B	0,05
N.º DE ANOS QUE EXERCE A PROFISSÃO	0,016	0,189	0,888	KENDALL TAU_B	0,05

Considerando-se a profissão médica e o conjunto das restantes profissões, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa (teste de Mann-Whitney U), entre estas duas amostras, para a exaustão

emocional ($p=0,0005$), para a despersonalização ($p=0,0005$), para a idade ($p=0,002$), para o número de horas extraordinárias ($p=0,0005$) e para o número de horas com os utentes ($p=0,005$).

Ao ser considerada a profissão de enfermagem e o conjunto das restantes profissões, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa (teste de Mann-Whitney U), entre estas duas amostras, para a despersonalização ($p=0,0005$) e idade ($p=0,0005$).

Fazendo a análise entre a profissão de administrativo e o conjunto das restantes profissões, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa (teste de Mann-Whitney U), entre estas duas amostras, para o número de horas extraordinárias ($p=0,0005$) e para o número horas com os utentes ($p=0,0005$).

Considerando-se a profissão de auxiliar e o conjunto das restantes profissões, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa (teste de Mann-Whitney U), entre estas duas amostras, para a exaustão emocional ($p=0,001$) e para realização pessoal ($p=0,037$).

Analisando estes resultados podemos concluir que os médicos eram os funcionários que apresentavam valores mais elevados de exaustão emocional e despersonalização, uma média de idades mais elevada, faziam um maior número de horas extraordinárias e estavam um maior número de horas em contacto com os utentes; os enfermeiros eram os que apresentavam valores mais baixos de despersonalização e de média de idades; os administrativos eram os que faziam menos horas extraordinárias e estavam menos horas em contacto com os utentes; e os auxiliares os que apresentavam menos exaustão emocional e maior realização profissional.

Em conclusão, poderemos dizer que se conseguiu atingir boas taxas de participação e de resposta, onde se verificou uma média de idade dos participantes de 44,3 anos. O género feminino foi o predominante, sendo a sua média de idades mais baixa que a do masculino, com um regime de trabalho de 35 horas, efectuando menos horas extraordinárias e estando

menos horas em contacto com os utentes que o género masculino. Os funcionários dos Centros de Saúde, que participaram no estudo, parecem apresentar uma baixa prevalência das dimensões que caracterizam o burnout, já que os valores revelam uma baixa exaustão emocional e despersonalização e uma elevada realização pessoal. A acumulação de funções, o género masculino, o ter cargo de chefia, o não ser praticante de uma religião, o ter mais dias de atestado médico e o ter maiores habilitações literárias parecem determinar uma maior exaustão emocional. Ter mais anos de profissão, ter mais anos de Centro de Saúde e ter uma idade mais elevada parece determinar mais despersonalização. Uma maior realização pessoal parece surgir quando se verifica um menor número de dias de atestado médico e menores habilitações literárias. Os médicos são os funcionários que apresentavam valores mais elevados de exaustão emocional e despersonalização, uma média de idades mais elevada, faziam um maior número de horas extraordinárias e estavam um maior número de horas em contacto com os utentes; os enfermeiros são os que apresentavam valores mais baixos de despersonalização e de média de idades; os administrativos, os funcionários que mais participaram no estudo, são os que faziam menos horas extraordinárias e estavam menos horas em contacto com os utentes; e os auxiliares os que apresentavam menos exaustão emocional e maior realização profissional.

Nenhum funcionário apresentava a síndrome de *burnout*.

5.2 - ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DAS DIMENSÕES QUE CARACTERIZAM O *BURNOUT* E A SUA MAGNITUDE, EM FUNÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS FUNCIONÁRIOS

Em relação ao objectivo em que se pretendia analisar, nos funcionários dos Centros de Saúde que contactavam directamente com o público, a prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout* e a sua magnitude, em função das características desses funcionários, constatou-se que:

- Na globalidade, existia uma baixa prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout* nos funcionários dos Centros de Saúde que contactavam directamente com o público, em comparação com outros estudos (Maslach, Jackson e Leiter, 1996), em que as médias, no global, são superiores para a exaustão emocional e despersonalização, e inferiores para a realização pessoal. Esta constatação foi, também, confirmada pela distribuição dos valores encontrados em cada uma das três dimensões. Estes resultados poderão ser justificados pelo vínculo à função pública que sendo sentido como praticamente definitivo, garante aos funcionários uma estabilidade e uma segurança profissional, e pelo paradigma de administração que, ainda, parece prevalecer nos cuidados de saúde, a burocracia, em que as regras e as normas técnicas regulam a conduta de cada indivíduo em cada cargo, podendo-se verificar, como forma de defesa, por parte dos funcionários, pouca flexibilidade na sua actividade profissional. Neste contexto, a hipótese de que os funcionários dos Centros de Saúde, que de uma forma directa contactam com o público, apresentam uma prevalência elevada das dimensões que caracterizam o *burnout*, foi infirmada por estas duas dimensões.

- Existe uma correlação, estatisticamente significativa e positiva, entre as habilitações literárias e a exaustão emocional, como se pode constatar no quadro Nº 18. Verificou-se, também, existir uma correlação, estatisticamente significativa e negativa, entre as habilitações literárias e a realização pessoal. Os médicos e os enfermeiros são os profissionais, nos Centros de Saúde, que apresentam habilitações literárias mais elevadas. Para além de lhes ser exigido um contacto intenso com os utentes, que por vezes se torna desgastante, pois nem todos os problemas por estes apresentados têm uma solução fácil, representam, também, os profissionais que têm maior responsabilidade profissional para com os utentes dos serviços. Neste contexto, parece poder perceber-se porque surge a exaustão emocional e associada a esta, a baixa realização pessoal. Estas duas dimensões não confirmam a hipótese de que os funcionários

com menos habilitações literárias apresentam uma maior prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*.

- Considerando os médicos e os enfermeiros como tendo maior autonomia de decisão e os administrativos e auxiliares como tendo menor autonomia de decisão, verificou-se haver uma associação, estatisticamente significativa, entre estes e a despersonalização, conforme consta no quadro Nº 18, sendo menor a média para a despersonalização no grupo constituído por médicos e enfermeiros. O resultado parece ser condicionado pelos enfermeiros, pois estes eram os funcionários com valores mais baixos de despersonalização. No entanto, esta dimensão, condicionado por este facto, poderá estar de acordo com a hipótese de que os funcionários com maior autonomia de decisão, têm menor prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*.

O mesmo não se verifica ao ser avaliada a associação entre exercer ou não cargo de chefia e a exaustão emocional, embora se confirme essa associação, de uma forma estatisticamente significativa, a média é mais elevada para os que exercem cargos de chefia, o que infirma a hipótese, parecendo que uma maior responsabilidade sentida determina maior exaustão emocional.

- Não se verificou correlação significativa entre o número de filhos que ainda vivem no domicílio e as três dimensões que caracterizam o *burnout*, nem se verificou associação entre estas e a existência ou não de outros coabitantes, como se pode verificar no quadro Nº 18. Os filhos que ainda vivem no domicílio, assim como outros coabitantes, parecem não contribuir para o desenvolvimento das dimensões que caracterizam o *burnout*. Estes resultados não confirmam a hipótese de que a existência de filhos ou coabitantes no domicílio dos funcionários determina uma maior prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*.

- Ser ou não praticante de uma religião associa-se de uma forma significativa com a exaustão emocional (quadro Nº 18), apresentando os

praticantes um valor médio mais baixo que os não praticantes. Ser praticante de uma religião parece, então, determinar menos exaustão emocional, o que pode ser explicado pelo maior apoio social sentido pelo indivíduo. Nesta dimensão há a confirmação da hipótese de que ser praticante de uma religião diminui a prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*.

- Não se verificou uma correlação significativa entre o número de horas passadas com os utentes e as dimensões que caracterizam o burnout (quadro Nº 18), o que não confirma a hipótese de que quanto maior o número de horas em contacto com os utentes, maior é a prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*.

- Se verificou uma correlação positiva e significativa entre o número de anos que os funcionários exerciam a profissão e a despersonalização (quadro Nº 18). O aumento do número de anos de exercício profissional parece promover o desenvolvimento de formas de distanciamento em relação aos utentes dos serviços, por parte dos funcionários, que poderão constituir um sistema de defesa não racionalizado. Esta dimensão não confirma a hipótese de que quanto maior o número de anos de exercício da profissão, menor a prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*.

Em conclusão, poderemos dizer que se verificou uma baixa prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*; que para habilitações literárias mais elevadas, se constatou maior exaustão emocional e baixa realização pessoal; que os cargos de chefia determinam mais exaustão emocional; que ser praticante de uma religião determina menos exaustão emocional; que quanto maior o número de anos de actividade profissional, maior se revelou a despersonalização; e que o número de horas em contacto com os utentes, o número de filhos que ainda vivem no domicílio e outros coabitantes, não parecem contribuir para magnitude das dimensões que caracterizam o *burnout*.

5.3 - AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE O ABSENTISMO E A MAGNITUDE DAS DIMENSÕES QUE CARACTERIZAM O *BURNOUT*.

Em relação ao objectivo em que se pretendia avaliar a relação entre o absentismo e a magnitude das dimensões que caracterizam o *burnout*, constatou-se que:

Não se verificou associação significativa entre ter ou não absentismo e as três dimensões que caracterizam o *burnout*, como se pode verificar no quadro N° 18. No entanto, verificou-se uma correlação significativa entre o número de dias de absentismo, por atestado, e a exaustão emocional, de uma forma positiva, e entre aqueles e a realização pessoal, mas de uma forma negativa, o que significa que o absentismo, por atestado médico, pode estar relacionado com o local de trabalho, como resultado da existência de exaustão emocional e pouca realização pessoal. Nestas duas dimensões, confirma-se a hipótese de que quanto maior o absentismo, por atestado médico, verificado nos funcionários dos Centros de Saúde, maior a prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout*.

Em conclusão poderemos dizer que um maior número de dias de absentismo, por atestado médico, determina a existência de uma maior exaustão emocional e uma baixa realização pessoal.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 - CONCLUSÕES

O termo *burnout* foi apresentado pela primeira vez por Freudenberg, em 1974, para se referir à problemática que envolvia alguns trabalhadores do âmbito dos serviços sociais. No entanto, este conceito só se tornou notório com as investigações de Maslach e colaboradores (Maslach e Leiter, 1997).

As manifestações desta síndrome têm sido verificadas em profissionais ligados à segurança social, educação e saúde, todas estas profissões exigindo intensa relação dos utentes com os serviços profissionais. Para Maslach e Leiter (1997) a preparação destes profissionais não seria suficiente para afrontar situações habituais do seu trabalho, levando, com frequência, a alterações emocionais e de conduta, ligadas a um sentimento de fracasso pessoal e incapacidade para o exercício da sua profissão. No início, as exigências do trabalho excedem os recursos materiais e humanos, levando a um esforço suplementar, onde o sujeito apresentará sinais de ansiedade, fadiga, irritabilidade, assim como uma redução nas metas a atingir e uma diminuição da responsabilidade pessoal. Como consequência, surgem alterações das atitudes: distanciamento emocional, desejo de fuga, cinismo e rigidez.

Em Portugal, esta síndrome não faz parte da lista das doenças profissionais, embora, se fosse reconhecida, em tribunal, a relação causa/efeito, poderia ser considerada como tal, como o foi com o stress pós-traumático.

Dos estudos portugueses consultados, que incluíssem a avaliação das três dimensões do *burnout*, os mais consistentes referiam-se a professores e psicólogos, de Mota-Cardoso et al.(2002) e Cruz, Gomes e Melo (2000), respectivamente. Dos estudos internacionais, os de Maslach e colaboradores (Maslach, Jackson e Leiter, 1996) pareceram ser os mais

importantes. Não foram encontrados, em Portugal, estudos que englobassem médicos, enfermeiros, administrativos e auxiliares dos Centros de Saúde.

No presente estudo constatou-se uma boa participação dos funcionários dos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Évora, verificando-se uma média de idades, dos participantes, compatível com a média da globalidade dos funcionários dos Centros do país. Tal como nos quadros da referida Sub-Região e Centros de Saúde, constatou-se um predomínio do género feminino, o qual apresentava uma média de idades mais baixa, efectuava menos horas extraordinárias e estava menos tempo em contacto com os utentes, pelo que apresentavam menos exaustão emocional que o género masculino. Este resultado é concordante com os estudos de Beer e Beer (Mota –Cardoso et al., 2002: 110), mas difere dos estudos de Maslach e colaboradores (Maslach, Jackson e Leiter, 1996: 47), em que o género feminino é o mais afectado. Como se pôde verificar nos quadros da referida Sub-Região, os administrativos também constituíram a profissão com mais participantes.

Da análise global constatou-se uma baixa prevalência das dimensões que caracterizam o *burnout* nos funcionários dos quadros dos Centros de Saúde que contactavam directamente com o público, o que pode estar relacionado com o vínculo à função pública sentido, pelos funcionários, como definitivo, o que constitui uma segurança para os profissionais, e pelo paradigma de administração que, ainda, parece prevalecer nos cuidados de saúde, a burocracia, em que as regras e as normas técnicas são impessoais e regulam a conduta de cada indivíduo em cada cargo, podendo os funcionários, como forma de defesa, tornarem-se pouco flexíveis. No entanto, verificou-se que quanto maior era a idade, os anos de profissão e os anos de permanência no Centro de Saúde por parte dos funcionários, maior era a despersonalização. Assim, estes factores parecem constituir formas de aquisição de competências de fuga, por parte dos funcionários, levando-os a fazerem o atendimento, aos utentes dos serviços, com maior frieza e indiferença. Quanto maiores

fossem as habilitações literárias e o número de dias de absentismo, por atestado médico, maior era a exaustão emocional. Uma menor realização pessoal surgiu com o número elevado de dias de absentismo, por atestado médico, e com as elevadas habilitações literárias. Os cargos de chefia determinaram maior exaustão emocional e o ser praticante de uma religião, menor exaustão emocional.

Verificou-se, ainda, que quanto maior era o absentismo, por atestado médico, maior era a exaustão emocional e menor a realização pessoal. Uma maior responsabilidade intrínseca à profissão, determinada por habilitações literárias mais elevadas e pelo cargo de chefia exercido, parece determinar, também, uma maior exaustão emocional. Por outro lado, a percepção de pertencer a um grupo social, parece determinar menor exaustão emocional. Os médicos, sendo confrontados frequentemente com a responsabilidade intrínseca à sua profissão, foram os funcionários que apresentaram valores mais elevados de exaustão emocional e despersonalização, justificado, também, por terem uma média de idades mais elevada, fazerem um maior número de horas extraordinárias e estarem um maior número de horas em contacto com os utentes; os enfermeiros, os que apresentavam valores mais baixos de despersonalização, provavelmente por terem uma formação de base que privilegia, de uma forma marcada, a personalização da actividade que desenvolvem; os administrativos, os que faziam menos horas extraordinárias e estavam menos horas em contacto com os utentes, pelo que não apresentavam valores significativos das dimensões que caracterizam o *burnout*; e os auxiliares, os que apresentavam menos exaustão emocional e maior realização pessoal, o que poderá ser explicado pela sensação de uma menor responsabilidade, sentida por estes profissionais, no desenvolvimento da sua actividade profissional.

Ao serem usados os valores limiares preestabelecidos, foram identificados com perturbações 12,02% (31/258) de profissionais com exaustão emocional, 4,62% (12/260) com falta de realização pessoal e 3,24% (8/247) com despersonalização. Não se verificou em nenhum dos

funcionários participantes a existência de valores que indicassem serem portadores da síndrome de *burnout*.

Embora sem se poder extrapolar os resultados, devido à forma como foi seleccionada a amostra, a participação de mais de 40% dos funcionários em cada uma das profissões, parece contribuir para a consistência dos resultados.

6.2 – RECOMENDAÇÕES

Quando um ambiente organizacional não responde às aspirações, limitações e à forma como trabalham os funcionários, o aparecimento das dimensões que caracterizam o *burnout* parece inevitável.

Após a avaliação do presente estudo e embora não pareça, ainda, constituir um problema para os funcionários dos Centros de Saúde, que nele participaram, constatou-se que a carga e o número de horas de trabalho, a idade, os anos de profissão e a responsabilidade sentida em relação aos cargos e à profissão, parecem constituir os factores mais marcantes para o desenvolvimento das dimensões que caracterizam o *burnout*. Neste contexto e não se podendo intervir em todos os factores, parece ser recomendável a moderação da carga e do número de horas de trabalho, e o desenvolvimento de acções de formação em áreas que possam privilegiar a melhor adaptação dos funcionários ao seu local de trabalho.

Outros factores que reconhecidamente favorecem o aparecimento das dimensões que caracterizam o *burnout* são o reconhecimento do trabalho desenvolvido pelo funcionário por parte dos seus superiores hierárquicos, os vencimentos auferidos, o desenvolvimento das carreiras profissionais e as relações com os colegas e superiores (Maslach e Leiter, 1997), que embora não tenham sido investigadas neste trabalho, constituem um desafio para futuros estudos, assim como as alterações



nos cuidados de saúde que se avizinham, com a gestão privada ou privatização dos cuidados.

Com a persistência por parte dos funcionários e das organizações, é possível criar locais de trabalho que sejam mais saudáveis e humanos.

7 – BIBLIOGRAFIA

Abramovici NB et al.. Gestão de Recursos Humanos. Lisboa: Editorial Presença, Lda.; 1989.

Abrantes A et al.. Manual de Métodos de Investigação em Saúde. Lisboa: Edições Especiais APMCG; 1989.

Albarello L et al.. Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva-Publicações, Lda; 1997.

Bernoux P. A Sociologia das Organizações. 3ª ed. Porto: Rés.

Bert C. L' effet Hawthorne: un mythe des sciences hummaines. In: Les organisations – etat des savoirs. Paris: Sciences Humaines Éditions; 1999.

Bertolote JM, Fleischmann A. Staff Burnout. COHNET 2002; (2): 5-7.

BÍBLIA SAGRADA. Instituto Bíblico. 14ª ed. Lisboa: Difusora Bíblica; 1988.

Boudon R. Os Métodos em Sociologia. Lisboa: Edições Rolim; 1990.

Bryman A, Cramer D. Análise de Dados em Ciências Sociais. 3ª ed. Oeiras: Celta Editora Lda.; 2003.

Camara PB, Guerra PB, Rodrigues JV. Humanator – Recursos Humanos e Sucesso Empresarial. 2ª ed. Lisboa: Publicações Dom Quixote; 1998.

Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *British Medical Journal* 1994; 309: 1261-3.

Carapinheiro G. Saberes e Poderes no Hospital. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento; 1993.

Carneiro R. As pessoas e as organizações inteligentes. Lisboa: Ministério da Saúde; 1999.

Cascio WF. *Managing Human Resources*. 5ª ed. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.; 1998.

Chambel MJ, Curren L. *Psicossociologia das Organizações*. 3ª ed. Lisboa: Texto Editora; 2000.

Chambers R. Survival skills for general practitioners. *Family Practice* 1997; 14 (1): 1-2.

Chiavenato I. *Introdução à Teoria Geral da Administração*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Campus; 1999.

Recursos Humanos. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1995.

Cruz JF, Gomes AR, Melo B. *Stress e Burnout nos Psicólogos Portugueses*. Braga: Universidade do Minho; 2000.

Damásio AR. *O Sentimento De Si*. Mem Martins: Publicações Europa-América, Lda ; 2002.

O Erro de Decartes. 14ª ed. Mem Martins: Publicações Europa-América, Lda ; 1995.

Decenzo DA, Robbins SP. Human Resource Management. 7^a ed. New York: John Wiley & Sons Inc.; 2002.

Dortier JF, Borbalan JCR. Les théories de l'organisation: un continent éclaté?. In: Les organisations – état des savoirs. Paris: Sciences Humaines Éditions; 1999.

Etzioni A. Organizações Modernas. São Paulo: Livraria Pioneira Editora; 1972.

Fernandes T, Nunes R. O *burnout* em profissões de ajuda, pertencentes a settings de deficiência mental e/ou física. (CD-ROM). Lisboa: Universidade Lusófona; 1999.

Fish JS, Steinert Y. Helping physicians in distress. *Canadian Family Physician* 1995; 41: 249-55.

Frada JJC. Guia Prático para Elaboração e Apresentação de Trabalhos Científicos. Lisboa: Edições Cosmos; 1999.

Freire J. Sociologia do Trabalho: Uma Introdução. Porto: Edições Afrontamento; 1993.

Greenhalgh T. How to Read a Paper. London: British Medical Journal; 1997.

Hespanhol AAOP. Condições do Exercício da Clínica Geral no Norte de Portugal.(dissertação de doutoramento) Porto: Faculdade de Medicina do Porto; 1996.

Hill MM, Hill A. Investigação Por Questionário. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.; 2000.

Hirigoyen MF. *Malaise Dans Le Travail*. Paris: Syros; 2001.

Howie JGR. et al.. Attitudes to medical care, the organization of work, and stress among general practitioners. *British Journal of General Practice* 1992; 42: 181-5.

Kirwan M, Armstrong D. Investigation of burnout in a sample of British general practitioners. *British Journal of General Practice* 1995; 45: 259-60.

Leal MFP. *Stress e Burnout*. Porto: Medi Bial; 1998.

Lima MP. *Inquérito Sociológico*. Lisboa: Editorial Presença; 1995.

Lucas S. Satisfação profissional dos profissionais de saúde: Teorias e Conceitos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 1984; 2 (1): 63-8.

Malicet DP. *Éléments de Sociologie du Travail et de l' Organisation*. Paris: Anthropos; 1997.

Margot EK. Psychosocial factors in the workplace. *COHNET* 2002; (2): 7-10.

Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 3^aed. California: Consulting Psychologists Press, Inc.; 1996.

Maslach C, Leiter MP. *The Truth About Burnout*. Califórnia: Jossey-Bass; 1997.

Méda D. *O Trabalho – um valor em vias de extinção*. Lisboa: Fim de Século, Lda.; 1999.

Mendes AMOC. Síndrome de Burn-out em Enfermeiros de Psiquiatria. (dissertação de mestrado) Coimbra; 1995.

Mitchell TR, Larson JR. People in Organizations. Singapore: McGraw-Hill Book Co.; 1987.

Mota-Cardoso et al.. O *Stress* Nos Professores Portugueses – Estudo IPSSO 2000. Porto: Porto Editora; 2002.

Myerson S. Investigating stresses in general practice using an open-ended approach in interviews. *Family Practice* 1990; 7 (2): 91-5.

Neves AL. *Motivação para o Trabalho*. Lisboa: Artes Gráficas; 1998.

NIOSH. Job Stress. (2002 Dezembro 8). Disponível em: <http://www.stress.org/job.htm>.

Orton P et al.. Stress and family physicians. *Canadian Family Physician* 1995; 41: 186-8.

Pereira OG. *Fundamentos de Comportamento Organizacional*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1999.

Portney LG, Watkins MP. *Foundations of Clinical Research*. Connecticut: Appleton & Lange; 1993.

Post DM. Values, stress, and coping among practicing family physicians. *Archives Family Medicine* 1997; 252-5.

Puri BK. *SPSS In Practice*. 2ª ed. New York: Arnold Publishers; 2002.

Queirós PJP. Burnout em Enfermeiros. *Sinais Vitais* 1998; 16: 17-21.

Quinlan M. Workplace Health and Safety Effects of Precarious Employment. COHNET 2002; (2): 1-4.

Quivy R, Campenhoudt LV. Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva-Publicações Lda; 1992.

Rodrigues LAC (coord.). Compreender os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Edições Colibri; 2002.

Santo ME. A Religião na Mudança – A Nova Era. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2002.

Scheurmann E. O Papalagui. Lisboa: Edições Antígona; 1996.

Seabra A. O Técnico, a pessoa, ... e o burnout no Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior – Estudo Exploratório. (dissertação de mestrado). Lisboa; 1999.

Serra AV. O *Stress* na vida de todos os dias. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 1999.

Serrano P. Redacção e Apresentação de Trabalhos Científicos. Lisboa: Relógio D' Água Editores; 1996.

Sharpley S. A Review Of The contributions of psychologists to the study of stress. (2001 Janeiro 3). Disponível em: <http://www.isma.org.uk/psycontrib.htm>.

Silva AS, Pinto JM (orgs.). Metodologia das Ciências Sociais. Porto: Edições Afrontamento; 1986.

Smith J. Stress at Work' 99. (2001 Janeiro 3).Disponível em: <http://www.isma.org.uk/stresswork99.htm>.

Stora JB. O Stress. Porto: Rés-Editora; 1990.

Sutherland VJ, Cooper CL. Job stress, satisfaction, and mental health among general practitioners before and after introduction of new contract. *British Medical Journal* 1992; 304: 1545-7.

Taylor FW. Princípios de Administração Científica. São Paulo: Editora Atlas; 1990.

Vancouver Group - International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. (2003 Abril 17). Disponível em: <http://www.icmje.org/index.html>.

Wilkinson C. Fundamentals of Health at Work. London: Taylor & Francis; 2001.

Wilson A. et al.. Longer booking intervals in general practice: effects on doctors' stress and arousal. *British Journal of General Practice* 1991; 41: 184-7.

Winefield HR, Anstey TJ. Sources of occupational stress for Australian GPs, and postgraduate training. *Family Practice* 1994; 11 (4): 413-7.

Job stress in general practice: Practitioner age,sex and attitudes as predictors. *Family Practice* 1991; 8 (2): 140-4.

ANEXOS

ANEXO I

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração
da Administração Regional de Saúde do Alentejo.

A maioria dos funcionários dos Centros de Saúde passam bastante tempo em contacto directo com os utentes.

Esta interacção é centrada nos problemas dos utentes (psicológicos, sociais ou físicos) e é frequentemente acompanhada de sentimentos de ansiedade, medo e desespero.

Porque as soluções para os problemas dos utentes não são sempre óbvias e fáceis de obter, a situação torna-se habitualmente ambígua e frustrante.

Para a pessoa que trabalha continuamente em contacto com os utentes nestas circunstâncias, o stresse crónico pode levar ao Burnout.

No contexto de um projecto de investigação, "Burnout nos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Évora", para conclusão de um Mestrado em "Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável", proponho-me tentar compreender os sentimentos dos profissionais dos Centros de Saúde associados ao trabalho que envolve um contacto contínuo com os utentes, pelo que solicito a V.Exa. a autorização necessária à aplicação de um questionário, de auto preenchimento, confidencial e anónimo, a funcionários dos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Évora.

Grato pela melhor colaboração,

Évora, 20 de Julho de 2001

Autógrafa
O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO 01. 07. 20

O Presidente: Dr. António Luís Pinheiro Ribeiro

O Vogal

Ver
Dr. Rosa Valente Matos-Zorinho

O Vogal

Dr. João Lemos Santos

(José Alberto Noronha Marques Robalo)
(José Alberto Noronha Marques Robalo)

ANEXO II

**PROJECTO: “BURNOUT NOS CENTROS DE SAÚDE DA SUB-REGIÃO DE
SAÚDE DE ÉVORA”**

Caro(a) Senhor(a),

O objectivo deste trabalho visa a recolha de dados para a realização de um trabalho no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Sociologia, na Universidade de Évora.

A maioria dos profissionais dos Centros de Saúde passam bastante tempo em contacto directo com os utentes.

Esta interacção é centrada nos problemas dos utentes. Problemas esses, que podem ser físicos, psicológicos ou sociais, em que as soluções não são sempre óbvias e fáceis de obter, tornando-se muitas vezes ambíguas e frustrantes.

Neste contexto, proponho-me tentar compreender os sentimentos dos profissionais dos Centros de Saúde associados ao trabalho que envolve um contacto contínuo com os utentes.

Não se pretende qualquer tipo de avaliação individual, assegura-se a **confidencialidade** e o **anonimato**.

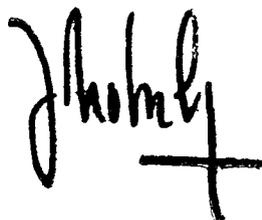
Solicito a sua colaboração e agradeço que responda a todas as questões, mesmo que não tenha a certeza absoluta, pois não existem respostas certas ou erradas. O tempo que irá despendar no preenchimento deste questionário será de cerca de 15 minutos.

Depois de ter respondido ao questionário, introduza-o no envelope anexo, fechando-o.

Grato pela melhor colaboração.

Com cumprimentos,

Évora, 15 de Setembro de 2001



(José Alberto Noronha Marques Robalo)

I – PARTE

Nesta parte, pretende-se obter algumas informações acerca de si próprio(a).

QSD1 – SEXO (assinale com um **X** no número correspondente) :

1 – MASCULINO

2 – FEMININO

QSD2 – IDADE :

_____ ANOS

QSD3 – LOCAL ONDE VIVE (assinale com um **X** no número correspondente) :

1 - MONTE

2 – ALDEIA

3 – VILA

4 - CIDADE

QSD4 – ESTADO CIVIL (assinale com um **X** no número correspondente) :

1 – SOLTEIRO(A)

2 – CASADO(A) / COMPANHEIRA(O)

3 – DIVORCIADO(A) / SEPARADO(A)

4 – VIÚVO(A)

QSD5 – TEM FILHOS(AS) ? (assinale com um **X** no número correspondente)

1 – SIM

2 – NÃO

QSD6 – SE TEM FILHOS(AS), QUANTOS(AS) VIVEM CONSIGO ?

_____ FILHOS(AS)

QSD7 – EXCLUÍDO CONJUGE OU FILHOS(AS), VIVE MAIS ALGUÉM CONSIGO?
(assinale com um X no número correspondente)

- 1 – SIM
- 2 – NÃO

QSD 8 – QUAIS SÃO AS SUAS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS ? (assinale com um X no número correspondente)

- 1 – SABE LER E ESCREVER
- 2 – ENSINO PRIMÁRIO COMPLETO (4ª classe)
- 3 – ENSINO PREPARATÓRIO
- 4 – ENSINO SECUNDÁRIO (antigo 5º ano ou actual 9º ano)
- 5 – ENSINO COMPLEMENTAR (antigo 7º ano ou actual 11º ano)
- 6 – 12º ANO DE ESCOLARIDADE
- 7 – CURSO MÉDIO
- 8 – CURSO SUPERIOR
- 9 – MESTRADO / DOUTORAMENTO

QSD9 - QUAL É A SUA RELIGIÃO ? (assinale com um X no número correspondente)

- 1 – CATÓLICA
- 2 – PROTESTANTE
- 3 – NENHUMA
- 4 – OUTRA (ESPECIFIQUE _____)

QSD 10 – É PRATICANTE DESSA RELIGIÃO ? (assinale com um **X** no número correspondente)

1 – SIM

2 - NÃO

QSD11 – QUAL É A SUA PROFISSÃO ? (assinale com um **X** no número correspondente)

1 – MÉDICO(A)

2 – ENFERMEIRO(A)

3 – ADMINISTRATIVO(A)

4 – AUXILIAR

QSD12 – HÁ QUANTOS ANOS EXERCE ESTA PROFISSÃO ?

_____ ANOS

QSD13 – NO SEU TRABALHO EXERCE FUNÇÕES DE CHEFIA ? (assinale com um **X** no número correspondente)

1 – SIM

2 – NÃO

QSD14 - HÁ QUANTOS ANOS TRABALHA NESTE CENTRO DE SAÚDE ?

_____ ANOS

QSD15 – TRABALHA (assinale com um **X** no número correspondente) :

1 – NA SEDE

2 – EM EXTENSÕES

3 – EM AMBAS

QSD16 – QUAL É O SEU REGIME DE HORÁRIO ? (assinale com um **X** no número correspondente)

1 – 35 HORAS POR SEMANA

2 – 42 HORAS POR SEMANA

3 – OUTRO

QSD17 – QUANTAS HORAS EXTRAORDINÁRIAS FAZ, EM MÉDIA, POR MÊS?

_____ HORAS

QSD18 – TEM PERÍODOS DO SEU HORÁRIO EM QUE TRABALHA DURANTE NOITE ? (assinale com um **X** no número correspondente)

1 – SIM

2 – NÃO

QSD19 – QUANTAS HORAS POR SEMANA PASSA, EM MÉDIA, EM CONTACTO DIRECTO COM OS UTENTES ?

_____ HORAS

QSD20 – EXERCE OUTRA ACTIVIDADE REMUNERADA EM REGIME DE ACUMULAÇÃO ? (assinale com um X no número correspondente)

1 – SIM

2 – NÃO

QSD21 – NO ANO DE 2000, QUANTOS DIAS ESTEVE DE ATESTADO MÉDICO ?

_____ DIAS

II - PARTE

Nas próximas páginas estão 22 afirmações relacionadas com sentimentos em relação ao trabalho. Por favor leia cada uma das afirmações e decida se já alguma vez os sentiu. Se nunca os sentiu assinale com um (X) o número zero (0). Se tem alguns destes sentimentos, indique com que frequência os tem, assinalando com um (X) um número de um (1) a seis (6).

1 - Preocupa-me que este trabalho me torne insensível.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

2 - Sinto-me emocionalmente esgotado(a) com o meu trabalho.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

3 - Sinto que trato alguns utentes como se fossem objectos impessoais.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

4 - Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que tenho este trabalho.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

5 - Sinto-me cheio(a) de energia.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

6 - É extremamente desgastante para mim trabalhar todo o dia com utentes.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

7 - Sinto-me esgotado(a) no fim de um dia de trabalho.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

8 - Sinto-me desgastado(a) pelo meu trabalho.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

9 - Sinto-me cansado(a) quando me levanto pela manhã e tenho de enfrentar outro dia no emprego.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

10 - Trabalhar directamente com pessoas causa-me uma grande tensão.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

11 - Sinto que através do meu trabalho estou a influenciar, de uma forma positiva, a vida de outras pessoas.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

12 - Eu consigo compreender facilmente o que é que os utentes sentem acerca das coisas.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

13 - Sinto-me frustrado(a) com o meu trabalho.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

14 - Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu emprego.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

15 - Consigo criar com facilidade um ambiente descontraído com os utentes.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

16 - Lido de uma forma bastante eficaz com os problemas dos utentes.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

17 - Não me preocupa nada o que acontece a alguns utentes.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

18 - Neste emprego realizei muitas coisas válidas.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

19 - No meu trabalho lido calmamente com problemas de ordem emocional.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

20 - Sinto-me como se tivesse atingido o limite das minhas forças.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

21 - Sinto-me satisfeito(a) depois de trabalhar de perto com os utentes.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

22 - Sinto que os utentes me culpam por alguns dos seus problemas.

Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO !

ANEXO III

GRUPO DE TRADUTORES

José Luís Luz

Médico

Centro de Saúde de Viana do Alentejo

Laureano Carreira

Docente Universitária

Universidade de Évora

Teresa Lopes

Médica

Centro de Saúde de Estremoz

Maria Teresa Salvador Gonçalves

Docente Universitária

Universidade de Évora

ANEXO IV

GRUPO DE PERITOS

Psicologia

Alberto Manuel Magalhães

Licenciatura em Psicologia (Psicologia Clínica)
Mestre em Sexologia
Pós-graduação em Saúde Mental Comunitária
Hospital Espírito Santo de Évora

Carlos Marinho Falcão

Licenciatura em Psicologia (Psicologia Clínica)
Hospital Espírito Santo de Évora

Maria Alexandra Risa de Oliveira

Licenciatura em Psicologia (Psicologia Clínica)
Especialização em Psicoterapia Psicanalítica
Centro de Saúde de Évora

Maria Fernanda Pereira Rodrigues

Licenciatura em Psicologia (Psicologia Clínica)
Centro de Saúde de Évora

Maria Graça Duarte Silva Santos

Licenciatura em Psicologia (Psicologia Clínica)
Mestre em Educação Especial
Universidade de Évora

Nuno Rebelo dos Santos

Doutoramento em Psicologia
Provas de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica
Universidade de Évora

GRUPO DE PERITOS

Psiquiatria

José Trigo de Sousa

Licenciatura em Medicina
Especialidade de Psiquiatria
Hospital Espírito Santo de Évora

Prata de Matos

Licenciatura em Medicina
Especialidade de Psiquiatria
Hospital Espírito Santo de Évora

GRUPO DE PERITOS

Enfermagem

Manuel José Lopes

Licenciada em Enfermagem

Mestre em Enfermagem

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Évora

Maria Dulce Cabral

Licenciada em Enfermagem

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Évora

Maria de Fátima Santos Rosado Marques

Licenciada em Enfermagem

Mestre em Ecologia Humana

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Évora

ANEXO V

Caro(a) Senhor(a),

A maioria dos funcionários dos Centros de Saúde passam bastante tempo em contacto directo com os utentes.

Esta interacção é centrada nos problemas dos utentes (psicológicos, sociais ou físicos) e é frequentemente acompanhada de sentimentos de ansiedade, medo e desespero.

Porque as soluções para os problemas dos utentes não são sempre óbvias e fáceis de obter, a situação torna-se habitualmente ambígua e frustrante.

Para a pessoa que trabalha continuamente em contacto com os utentes nestas circunstâncias, o stress crónico pode levar ao *Burnout*.

No contexto de um projecto de investigação, "***Burnout nos Centros de Saúde da Sub-Região de Évora***", para conclusão de um Mestrado em "Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentado", venho pedir a sua colaboração na avaliação do "***Maslach Burnout Inventory***" (MBI).

A tradução foi efectuada por quatro licenciados de áreas da saúde e educação que, posteriormente, se reuniram até obterem a tradução final, que lhe é presente.

O **MBI** é constituído por vinte e duas afirmações distribuídas por três sub-escalas que avaliam os diferentes aspectos do Burnout : exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

Pretende-se saber se, no seu entender, as afirmações têm relação com as sub-escalas.

Agradecia a sua colaboração na atribuição de 1 (não concordo) a 4 (concordo em absoluto) a cada uma das afirmações, dentro de cada sub-escala.

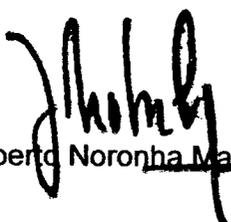
O espaço das observações servirá para fazer qualquer comentário ou para reformular a afirmação.

A sua identificação é fundamental para que possa constar no trabalho final.

Depois de ter concluído a avaliação, agradecia o seu envio pelo envelope que segue junto.

Grato pela melhor colaboração,

Évora, 20 de Julho de 2001


(José Alberto Noronha Marques Robalo)

Burnout

- 1 – NÃO CONCORDO
- 2 – CONCORDO POUCO
- 3 – CONCORDO
- 4 – CONCORDO EM ABSOLUTO

EXAUSTÃO EMOCIONAL

1 - Sinto-me emocionalmente esgotado(a) com o meu trabalho.

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

2 - Sinto-me esgotado(a) no fim de um dia de trabalho.

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

3 - Sinto-me cansado(a) quando me levanto pela manhã e tenho de enfrentar outro dia no emprego

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

6 - É extremamente desgastante para mim trabalhar todo o dia com pessoas.

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

8 - Sinto-me desgastado(a) pelo meu trabalho.

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

13 - Sinto-me frustrado(a) com o meu trabalho.

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

14 - Sinto que estou a trabalhar demasiado.

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

16 – No emprego, trabalhar directamente com pessoas põe-me debaixo de uma grande tensão.

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

20 - Sinto-me como se tivesse atingido o limite das minhas forças.

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

DESPERSONALIZAÇÃO

5 - Sinto que trato alguns utentes como se fossem objectos impessoais.

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

10 - Tornei-me mais insensível em relação às pessoas desde que tenho este trabalho.

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

11 - Preocupa-me que este trabalho me torne insensível.

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

15 - O que acontece a alguns utentes não me preocupa nada

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

22 - Sinto que os utentes me culpam por alguns dos seus problemas.

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

REALIZAÇÃO PESSOAL

4 - Eu consigo compreender facilmente o que é que os utentes sentem acerca das coisas.

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

7 - Lido de uma forma bastante eficaz com os problemas dos utentes.

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

9 - Sinto que através do meu trabalho estou a influenciar, de uma maneira positiva, a vida de outras pessoas.

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

12 - Sinto-me cheio(a) de energia.

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

17 - Posso criar com facilidade um ambiente descontraído com os utentes.

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

18 - Sinto-me satisfeito(a) depois de trabalhar de perto com os utentes.

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

19 - Neste trabalho realizei muitas coisas louváveis.

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

21 - No meu trabalho lido calmamente com problemas de ordem emocional.

1	2	3	4
---	---	---	---

OBSERVAÇÕES: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME : _____

MORADA : _____

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS : _____

HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS : _____

CONTACTO TELEFÓNICO : _____ PROFISSÃO : _____

LOCAL ONDE EXERCE A PROFISSÃO : _____