

**DIAGNÓSTICO DO BURNOUT EM CONTEXTO  
ANGOLANO**

**SHEILA DE MARA VICENTE ICUMA**

**TESE APRESENTADA PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE  
EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

**Orientador(a):**

**Prof. Dr<sup>a</sup> Camila Tapadinhas, Prof Auxiliar, ISCTE Business School, Departamento  
de Gestão**

**ABRIL, 2010**

# RESUMO

O Burnout é um conceito multidimensional e é definido como “*um síndrome psicológico de exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional e pode ocorrer em indivíduos que trabalhem com outras pessoas* (Maslach e Jackson, 1986).

O facto de não existirem estudos referentes ao *Burnout* em contexto angolano, constituiu uma das motivações para a realização do estudo. Destinou-se também contribuir para a validação dos instrumentos utilizados.

A presente dissertação pretende analisar:

- Quais as dimensões do *Burnout* que são mais evidenciadas pelos profissionais de saúde do Hospital Ngola Kimbanda;
- Se o género, o tempo de experiência profissional na organização, o tempo no actual cargo, ter segundo emprego, o grupo profissional, o cargo actual e o ajustamento com determinadas áreas da vida laboral influenciam o *Burnout* percepcionado pelos profissionais de saúde desta unidade hospitalar.

Para tal, através de uma amostra de 44 profissionais de saúde angolanos aplicaram-se três questionários: o MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey); “Areas of Worklife Scale” e um questionário sociodemográfico que, juntos, permitirão identificar outros factores que poderão estar na origem do *Burnout* e concluir, através do tratamento dos dados em SPSS, se a população em estudo apresenta ou não os níveis de *Burnout*.

*Palavras-Chave: Burnout; Stresse ocupacional; Profissionais de Saúde; Angola*

Jel Classification: I10 J24

# ABSTRACT

Burnout is a multidimensional concept and is also defined as "a psychological syndrome of emotional exhaustion, depersonalization and reduced professional accomplishment and may occur in individuals who work with others people. (Maslach and Jackson, 1986).

The fact that, there aren't studies about Burnout in Angolan context, was one of the reasons to make this investigation. The main goal was also to contribute to the validation of the instruments.

This dissertation aims to analyze: What are the dimensions of Burnout that are most valued by professionals healthcare of the Hospital Ngola Kimbanda; If sex, time of professional experience in organization, time in actual position, having another job, professional group, the current position and areas of working life influence Burnout perceived by health professionals in this hospital.

Through a sample of 44 health professionals Angolans, have applied three questionnaires: the MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey), "Areas of Worklife Scale Manual and a sociodemographic questionnaire, which together will allow to identify other factors, that which may be the cause of Burnout, and to conclude by handling data in SPSS, if the population under study presented or not the levels of Burnout.

**Keywords:** Burnout, Occupational Stress, Health Professionals, Angola;

# AGRADECIMENTOS

A realização desta obra é o culminar do contributo de diversas pessoas, a quem tenho de prestar a minha gratidão. Mais do que um simples agradecimento, deixo aqui o meu reconhecimento a todos que tornaram possível a conclusão desta obra.

Em primeiro lugar, quero deixar o meu agradecimento à minha orientadora Prof. Dr<sup>a</sup> Camila Tapadinhas, pela disponibilidade, ensinamento, pela aposta e estímulo para que não perdesse o rigor e a exigência, mesmo diante das dificuldades.

À Tia Zarita, pela generosidade, pela inspiração, pelo suporte, pela importante influência na minha vida, a minha maior gratidão. Sem a tia não teria conseguido chegar nem a metade do caminho. Esta tese é sua sobretudo!!

À Aline e ao Sandro pelos nove anos de convivência. Agradeço-vos do fundo do meu coração por terem permitido partilhar o vosso espaço

Ao Dr. Duarte Madeira (INDEG), o meu muito obrigada pela compreensão.

À Dr<sup>a</sup> Nazaré Henriques, a quem estou profundamente grata pela amabilidade com que se dispôs a “co-orientar esta dissertação”. Agradeço a amizade, a disponibilidade, o apoio e o conhecimento partilhado e adquirido que será de grande importância para o resto da minha vida. MUITÍSSIMO obrigada, Nazaré!!!

Ao Dr. M. Mengucci pela inspiração.

Ao Mestre Nuno Henriques e à Sr<sup>a</sup> Dona Maria Eugénia Neves pelo apoio.

À minha mãe, luz da minha vida (Luísa Vicente), às minhas manas, (Maura, Miriane, Nurca, Érica e Tércia), sem vocês a vida não faz sentido. Ao meu padasto, foste o maior!

Às tias: Clotilde, Fatinha, Toninha, Silvia, Nanda. E aos tios: Manuel Baptista, Isidro Baptista, Mário Joao e Fabian. À Maya e a Djorene. Aos meus primos e sobrinhos.

Ao Vado, Neno, Bijú, Nelito Bambi, palavras para quê?

Ao meu pai, obrigada.

À minha amiga Isaura Vicente, detesto o teu mau feitio mas és muito especial pra mim.  
Obrigada pelas traduções e por existires.

Aos meus amigos: Dr<sup>a</sup> Joana Neto (Tia Tucha), Dr. Rubino Xavier, Dr<sup>a</sup> Maria Luísa (Mima), António Lima, Tala, Djamila, Nélida, Orlando, Patricia Mesquita, keitte (Hilton), Josefina Barros Nelo e Jucelino, pela amizade e colaboração.

Queria muito agradecer às Sr<sup>as</sup>: Tunicha Cristovão, Augusta Tito, Fátima Cascais que colaboraram na distribuição e recolha dos questionários

Ao Dr. João Paulo pela disponibilidade na colaboração do tratamento dos dados estatísticos.

À família Ezequiel Silva ( D<sup>a</sup> Eugénia, Odílio, Eunice), o meu obrigado.

Ao turno da noite da biblioteca do ISCTE, obrigada por me aturarem.

Agradeço ao ISCTE/INDEG.

E que Deus nos abençoe a todos!

# INDICE

1.	INTRODUÇÃO .....	1
2.	CONTEXTUALIZAÇÃO .....	3
2.1	Breves considerações sobre Angola .....	3
2.1.1	Situação Geográfica .....	3
2.1.2	Organização Administrativa de Angola .....	3
2.1.3	População .....	4
2.1.4	Contexto Político e Económico .....	4
2.2	O Sistema de Saúde Angolano .....	5
2.2.1	Caracterização .....	6
2.2.2	Organização e Estrutura .....	8
2.2.2.1	Sector Público .....	8
2.2.2.2	Sector Privado .....	8
2.3	Recursos Humanos do Ministério de Saúde de Angola .....	9
3.	STRESSE E BURNOUT .....	12
3.1	STRESSE .....	12
3.1.1	Stresse Ocupacional .....	13
3.2	<i>Burnout</i> .....	15
3.2.1	História do conceito .....	15
3.2.2	Definição do Construto .....	17
3.2.3	Abordagem e Modelos Explicativos de <i>Burnout</i> .....	20
3.2.3.1	Abordagem Individual .....	20
3.2.3.1.1	Modelo Progressivo de Edelwic e Brodsky .....	21
3.2.3.1.2	Modelo de Meier .....	21
3.2.3.1.3	Modelo existencial de Pines .....	22
3.2.3.2	Abordagem Organizacional .....	23
3.2.3.2.1	Modelo do Processo de <i>Burnout</i> de Cherniss .....	23
3.2.3.2.2	Modelo de Golembiewski .....	23
3.2.3.2.3	Modelo geral explicativo do <i>Burnout</i> de Maslach et al. ....	24
3.2.3.2.4	Modelo de House e Wells .....	25
3.2.3.2.5	Modelo Bi-dimensional do <i>Burnout</i> .....	26
3.2.3.2.6	Modelo de fases de <i>Burnout</i> de Leiter .....	26
3.3	Modelo das Exigências - Controlo Laboral (JD-C) de Karasek .....	28
3.4	Sintomas e Fases de Desenvolvimento do <i>Burnout</i> .....	29
3.4.1	<i>Sintomas</i> .....	30
3.5	Factores que Influenciam no Desenvolvimento do <i>Burnout</i> .....	31
3.5.1	Causas do <i>Burnout</i> : as características pessoais e os locais de trabalho .....	31
3.5.1.1	Factores individuais .....	32
3.5.1.1.1	Características demográficas .....	32
3.5.1.1.2	Características da Personalidade .....	33
3.5.1.1.3	Atitudes para com o trabalho .....	34

3.5.1.2	Factores Situacionais .....	34
3.5.1.2.1	Características do trabalho .....	34
3.5.1.2.2	Características das ocupações .....	35
3.5.1.2.3	Características organizacionais .....	37
3.6	<i>Burnout Stresse e Depressão</i> .....	37
3.6.1	Stress e o <i>Burnout</i> .....	38
3.6.2	Burnout e Depressão .....	40
3.7	Engagement e Burnout .....	40
3.8	Medidas de Prevenção e Intervenção do Burnout .....	41
4.	METODOLOGIA .....	44
4.1	Metodologia .....	44
4.2	Questão de Investigação e Hipóteses.....	45
4.3	População e Amostra .....	47
4.4	Variáveis e sua Operacionalização .....	47
4.4.1	Variável Dependente.....	47
4.4.2	Variáveis Independentes .....	49
4.5	Instrumentos de colheita de dados.....	51
4.6	Procedimentos Éticos e Formais .....	52
4.7	Tratameto Estatístico .....	53
5.	RESULTADOS.....	57
5.1	Apresentação e Análise de Dados .....	57
5.2	Caracterização Sócio-demográfica da Amostra .....	57
5.3	Caracterização Sócio-Profissional da Amostra .....	58
5.4	Caracterização Laboral da Amostra .....	60
5.5	Caracterização do Burnout Percepcionado pelos Indivíduos.....	61
5.6	Teste de Hipóteses .....	65
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	71

## REFERÊNCIAS

## ANEXOS

# INDICE DE QUADROS

Quadro 1: Indicadores económicos.....	5
Quadro 2: Distribuição dos Enfermeiros do SNS por Província, 2005 .....	10
Quadro 3: Distribuição dos Médicos do SNS por Província, 2005 .....	11
Quadro 4: Dimensões e número de itens da escala Human Services Survey.....	48
Quadro 5: Dimensões e categorização do burnout avaliado pela escala Human Services Survey .....	48
Quadro 6: Dimensões e número de itens do questionário “áreas de vida laboral” .....	51
Quadro 7: Resultados do teste de normalidade para as escalas Human Services Survey e Áreas de Vida Laboral .....	54
Quadro 8: Consistência interna das escalas Human Services Survey e Áreas de Vida Laboral .....	56
Quadro 9: Distribuição dos indivíduos segundo o género .....	58
Quadro 10: Distribuição dos indivíduos segundo o grupo profissional.....	58
Quadro 11: Distribuição dos indivíduos segundo o cargo que ocupam na instituição .....	59
Quadro 12: Distribuição dos indivíduos segundo o tempo em que trabalham na organização .....	59
Quadro 13: Distribuição dos indivíduos segundo o tempo em que trabalham no actual cargo na organização.....	60
Quadro 14: Distribuição dos indivíduos segundo o regime de trabalho na organização .....	60
Quadro 15: Distribuição dos indivíduos segundo se tem outro emprego fora da organização.....	61
Quadro 16: Distribuição dos indivíduos segundo a sua percepção do grau de pressão na organização.....	61
Quadro 17: Estatística descritiva dos resultados da escala Human Services Survey .....	62
Quadro 18: Distribuição dos indivíduos segundo o nível de exaustão emocional .....	62
Quadro 19: Distribuição dos indivíduos segundo o nível de despersonalização.....	63

Quadro 20: Distribuição dos indivíduos segundo o nível de Realização profissional.....	63
Quadro 21: Estatística descritiva dos resultados questionário de “áreas da vida laboral” ...	64
Quadro 22: Ordenação das principais situações apontadas pelos técnicos de saúde como causadoras de stress .....	65
Quadro 23: Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney, relativamente ao género e a percepção do <i>Burnout</i> por parte dos indivíduos .....	66
Quadro 24: Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, ao <i>Burnout</i> percebido pelos indivíduos e o tempo de experiência profissional que tem na organização .....	66
Quadro 25: Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, ao <i>Burnout</i> percebido pelos indivíduos e o tempo no actual cargo que desempenham .....	67
Quadro 26: Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney, relativamente a percepção do burnout por parte dos indivíduos e se tem outro emprego fora da organização .....	68
Quadro 27: Resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, relativamente ao grupo profissional e percepção do <i>Burnout</i> por parte dos indivíduos .....	69
Quadro 28: Resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, relativamente ao cargo actual dos indivíduos e a sua percepção do <i>Burnout</i> .....	69
Quadro 29: Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, ao burnout percebido pelos indivíduos e as suas áreas de vida laboral.....	70

# INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Profissionais de Saúde do SNS (%), 2005 .....	9
Figura 2: Fases de <i>Burnout</i> (Modelo de Golembewski) .....	24
Figura 3: Modelo geral explicativo do Burnout (Maslach;Jackson; Leiter, 1996 .....	25
Figura 4: Fases de <i>Burnout</i> (Modelo de Leiter) .....	27

# LISTA DE ABREVIATURAS

EIU	Economist Intelligence Unit
EIA	Energy Information Administration
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INE	Instituto Nacional de Estatística
Km	Quilómetro
MBI	Maslach Burnout Inventory
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MINSA	Ministério de Saúde de Angola
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SGA	Síndrome Geral de Adaptação
SNS	Sistema de Saúde Angolano
SPSS	Statically Package for Social Sciences
UNICEF	United Nations Children's Fund

# 1. INTRODUÇÃO

No desenvolvimento das suas tarefas, o profissional de saúde está sujeito a diversos agentes *stressors*, sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento, falta de controlo do ambiente de trabalho, ambiguidade, conflitos., grande envolvimento e pressão emocional, intrínsecos à actividade ou à instituição onde exerce essa mesma actividade (Costa, Morita e Martinez 2000; Vanyperen, Buunk e Schaufeli, 1992; Wilkinson, 1994).

O interesse do presente estudo prende-se com o facto do *Burnout* merecer cada vez mais interesse por parte dos investigadores, não só por ser um obstáculo à produtividade das organizações, mas sobretudo por constituir um fenómeno que extravasa o contexto ocupacional, causando efeitos negativos na qualidade de vida do trabalhador. O tipo de estudo que se propõe efectuar é um estudo quantitativo, não experimental, descritivo, analítico e correlacional do fenómeno. Os objectivos estabelecidos foram:

- Analisar o *Burnout* decorrente do trabalho dos profissionais de saúde que desempenham funções no Hospital Central Ngola Kimbada;
- Verificar se variáveis como: o género, o tempo de experiência profissional na organização, tempo no actual cargo, ter segundo emprego, grupo profissional, o cargo actual e as áreas de vida laboral estão relacionadas com o *Burnout*.

De forma a alcançar estes objectivos recorreu-se ao Maslach Burnout Inventory, MBI-HSS, desenvolvido por Maslach, Jackson e Leiter, (1996) e adaptado por Camila Tapadinhas (2009), o qual se aplicou a uma população constituída por 44 elementos.

Relativamente à estrutura, a presente dissertação está devvida em duas partes:

**a primeira parte**, constituída por dois capítulos no qual se centram o enquadramento teórico.

Assim, o primeiro capítulo é destinado a breves considerações sobre Angola, abordando aspectos relativos à situação geográfica, população, caracterização e evolução do sistema nacional de saúde e ainda o contexto económico e político do país. O segundo capítulo abordará as questões do Stresse e do *Burnout*. Numa primeira fase a reflexão incidirá sobre o surgimento do stress, analisando sucintamente as três grandes perspectivas: perspectiva do estímulo, perspectiva da resposta e a perspectiva transaccional. O stress ocupacional, a sua origem e as suas causas, também serão factores de análise nesta etapa do trabalho.

A fase seguinte do capítulo dois será dedicado ao estudo do *Burnout*, fenómeno que surge na década de 70 com Freudenderger e Maslach e é definido como um síndrome multidimensional que agrega três componentes, a exaustão emocional, a despersonalização e a falta de realização profissional que ocorre em profissionais no seu contexto laboral. A identificação dos sintomas, das causas, bem como a apresentação de alguns modelos explicativos do *Burnout* e a diferença entre *Burnout*, Stresse, Depressão, também serão desenvolvidas neste capítulo.

**A segunda parte** do trabalho corresponde ao estudo de campo.

A apresentação e a discussão dos resultados serão então abordadas nos capítulos III e IV, em que o tratamento dos dados foi efectuado através do programa informático Statically Package for Social Sciences (SPSS), versão 17.0.0.

O estudo terminará no capítulo V com as considerações finais onde se abordarão algumas limitações e possíveis sugestões para próximos estudos.

## **2. CONTEXTUALIZAÇÃO**

### **2.1 Breves considerações sobre Angola**

#### **2.1.1 Situação Geográfica**

Situada na região ocidental da África Austral, com uma superfície terrestre de 1.246.700 Km<sup>2</sup> e uma faixa costeira de aproximadamente 1.650km, Angola faz fronteira a norte com a República Democrática do Congo e a República do Congo, a sul com a Namíbia, a leste com Zâmbia e a República Democrática do Congo e a oeste com o Oceano Atlântico.

#### **2.1.2 Organização Administrativa de Angola**

Angola divide-se em 18 províncias: Bengo, Benguela, Bié, Cabinda, Cunene, Huambo, Huíla, Kuando -Kubango, Kwanza Norte, Kwanza Sul, Luanda, Lunda Norte, Lunda Sul, Malanje, Moxico, Namibe, Uíge e Zaire.

Apresenta 164 municípios, 535 comunas, 1.271 povoações sendo a capital, Luanda na província de Luanda.

### **2.1.3 População**

A população angolana é estimada em cerca de 17 milhões de habitantes, dos quais mais de 50% são menores de 18 anos (UNICEF, 2009). A esperança média de vida em Angola é de 42 anos, 40 anos para os homens e 44 anos para as mulheres. A taxa de natalidade é muito alta, calculada em 48 nascimentos por 1000 habitantes. A taxa global de fertilidade em 2007 correspondia a 6,5 filhos por mulher e o crescimento anual da população foi de 2,9% neste ano.

O PNUD, através do relatório de desenvolvimento humano de 2008/2009, apontou que Angola se encontrava no 157º lugar num ranking de 179 países referente ao IDH (índice de desenvolvimento humano), concluindo deste modo que o IDH angolano é baixo.

Os dados do INE Angola (2001) confirmam que 68% da população angolana vive abaixo do limiar da pobreza e 28% vive em pobreza extrema.

Relativamente à taxa de mortalidade de menores de 5 anos, Angola encontra-se na 16ª posição num ranking de 189 países, demonstrando uma evolução positiva da saúde infantil (A UNICEF, 2009).

### **2.1.4 Contexto Político e Económico**

Angola foi colónia portuguesa durante 493 anos, tornando-se independente a 11 de Novembro de 1975.

Após alcançar a almejada independência, Angola defrontou-se com uma guerra civil que ceifou milhares de vidas, devastou o país, destruiu as infra-estruturas básicas, forçou o êxodo das populações, despovoou regiões, bloqueando o desenvolvimento do país durante quase três décadas. No entanto, o restabelecimento da paz a 4 de Abril de 2002, pôs termo ao conflito armado, permitindo ao país a oportunidade de se erguer e de dinamizar não só o crescimento económico mas, sobretudo, incitar o bem estar social da população angolana em geral.

Associada a uma vasta extensão de terra propícia para a agricultura, Angola é rica em recursos: naturais, hídricos, minerais, florestais e com uma flora e fauna diversificadas. O

país depende fortemente do petróleo, que representa cerca de 90% das receitas, seguido dos 7% da exportação de diamantes (Zinga 2007 cit EIA, 2006).

Pela Tabela nº 1 (indicadores económicos), verifica-se que em 2005, o aumento das exportações em quantidade e preço do petróleo permitiram um superavit comercial ultrapassando os 10% do PIB. Observa-se ainda a estimativa para os anos seguintes, refletindo um abrandamento no crescimento do PIB para 2006 e 2007, consequência do aumento das importações de equipamento, (Zinga 2007 cit EIU, 2006a,b).

	2001	2002	2003	2004	2005E	2006E	2007E
PIB a preços do mercado (mil milhões Kz)	208.9	489.6	984.0	1,356.9	2,017.6	-	-
PIB a preços do mercado (USD bn)	9.5	11.2	13.2	15.9	23.1	-	-
Crescimento real do PIB	3.2	15.3	4.7	12.2	15.52	11.4	6.5
Preços no consumidor (média, %)	169.7	108.0	94.9	37.3	23.4	23.9	28.7
Exportações F.O.B. (USD m)	6,534.3	8,327.9	9,508.2	13,475.0	26,450	30,680	30,690
Importações F.O.B. (USD m)	-3,179.2	-3,760.1	-5,480.1	-5,831.8	-8,165	-9,389	-10,798
Balança comercial (USD m)	3,355.1	4,567.8	4,028.1	7,643.2	18,285.0	21,291.0	19,892.0
Reservas cambiais excl. ouro (USD m)	731.9	375.6	634.2	1,374.1	3,250.0	-	-
Dívida externa total (USD bn)	9.2	9.3	9.7	9.5	9.8	9.8	9.9
Serviço da dívida (rácio, pago %)	22.7	16.2	13.7	15.0	7.0	6.0	6.3
Taxa de câmbio (média, Kzr/USD)	22.1	43.7	74.6	85.5	87.4	83.7	87.5

Fonte: Economist Intelligence Unit, 2005a, 2006

**Quadro 1: Indicadores económicos**

## 2.2 O Sistema de Saúde Angolano

O Ministério de Saúde Angolano, (MINSa), é o órgão do estado que tutela e orienta as políticas nacionais. De acordo com o Decreto-Lei nº 2/00 de 14 de Janeiro, o ministério é organizado da seguinte forma:

- a) **Órgãos de Apoio Consultivo:** Conselho Consultivo e Conselho de Direcção.
- b) **Órgãos de Apoio Técnico:** Gabinete de estudos; Planeamento e Estatísticas; Inspeção-geral de Saúde; Gabinete Jurídico; Secretaria-geral e Junta Nacional de saúde.
- c) **Órgãos de Apoio Instrumental:** Gabinete do Ministro; Gabinete dos vice – ministros; Direcção Nacional dos Recursos Humanos e Direcção Nacional de

Saúde Pública; Institutos de Combate e Controlo das Tripanossomíases e Hospitais de referência.

- d) **Órgãos Executivos Locais:** Direcções Provinciais de Saúde e Departamentos Municipais de Saúde.

### 2.2.1 Caracterização

De uma forma muito sucinta caracteriza-se o SNS (Sistema Nacional de Saúde) angolano em quatro etapas:

#### i) O sistema de saúde angolano antes de 1975

Resumidamente pode se afirmar que a saúde em Angola antes da independência abrangia apenas uma minoria privilegiada e era orientada para a resolução dos problemas dessa minoria (Calelessa, 2009).

#### ii) O sistema de saúde angolano depois de 1975

A partir de 1975 passou-se a ter em Angola um SNS baseado em princípios de universalidade, gratuidade e generalidade dos cuidados de saúde. Admitia-se na época 8 hospitais centrais, 12 provinciais, 19 municipais, 164 centros de saúde e 411 postos de saúde. Este sistema de saúde, prestado exclusivamente pelo estado, era caracterizado pela carência de recursos humanos, pelo alargamento da rede sanitária e ainda pelo recurso a profissionais de saúde *cooperantes*.

O conflito armado que assolou Angola deteriorou, entre outras áreas, o sector de saúde e a distribuição dos cuidados de saúde à população.

#### iii) O sistema de saúde angolano 2000

O SNS apresentava uma fragilidade causada pela situação politico-militar que se assistia no país. Nessa altura, 75% da rede sanitária encontrava-se, em grande parte, destruída e deteriorada. Constituía património do SNS 9 hospitais centrais, 79 hospitais gerais, 245 centros de saúde e 1.048 postos de saúde.

#### **iv) O sistema de saúde angolano, sistema actual**

Com a situação militar estabilizada, resultando na conquista da paz em território nacional, assiste-se à expansão da cobertura sanitária que permite o usufruto dos cuidados de saúde a vários angolanos. Esta fase é caracterizada pelos esforços do MINSA, que tem desenvolvido acções que visam melhorar não só a prestação de cuidados de saúde mas sobretudo a disponibilização dos cuidados primários e a distribuição equitativa deste bem utilíssimo às populações. Deste modo, o MINSA tem enfrentado desafios desde a implementação de novas tecnologias no sector, o empenho na formação de quadros e contratação de novos quadros expatriados, fornecimento de novos equipamentos, reaproveitamento e melhoria de infra-estruturas já existentes e a construção de novas.

Em 2001, o INE e a UNIFEC estimaram que a taxa de mortalidade infantil (referente a crianças com menos de 5 anos) é a terceira mais elevada no mundo – 250 crianças mortas por cada 1000 nascidas vivas. 45% das crianças menores de 5 anos apresentam problemas de má nutrição. Entre as causas da mortalidade destas crianças apontam-se a malária, doenças diarreicas agudas, infecções respiratórias agudas, sarampo, tétano neo-natal e a desnutrição associada às doenças. As doenças diarreicas agudas, junto com a malária e as doenças respiratórias representaram em 2007 aproximadamente 80% das causas de mortalidade (Neves, 2009). Os casos de má nutrição aguda reduziram de 21.397 casos em 2007 para 19.268 em 2009.

Os dados publicados por MICS, 2001 estimam que a taxa de mortalidade materna é também muito alta, apontando 1.500 mortes por 100.000 nascidos vivos. A malária estabelece também a primeira causa de morbilidade e mortalidade das mulheres grávidas (40% de mortes perinatais e 25% de mortalidade materna).

## **2.2.2 Organização e Estrutura**

Constituído por três níveis, baseada nas estratégias dos cuidados primários de saúde, o SNS divide-se em:

- a) Cuidados primários de saúde ou nível primário, no qual se estabelece o primeiro contacto da população com o sistema de saúde. Posicionam-se aqui os postos de saúde, os centros de saúde, os hospitais municipais, os postos de enfermagem e os consultórios médicos;
- b) O nível secundário é formado pelos hospitais gerais e constitui referência para os cuidados primários de saúde;
- c) No nível terciário encontram-se os hospitais, mono ou polivalentes, diferenciados ou especializados, e representam o nível de referência para os estabelecimentos sanitários do nível secundário.

Fazem parte do SNS o sector público e o sector privado.

### **2.2.2.1 Sector Público**

Agrega os serviços de saúde das Forças armadas, ministério do interior e das empresas públicas.

### **2.2.2.2 Sector Privado**

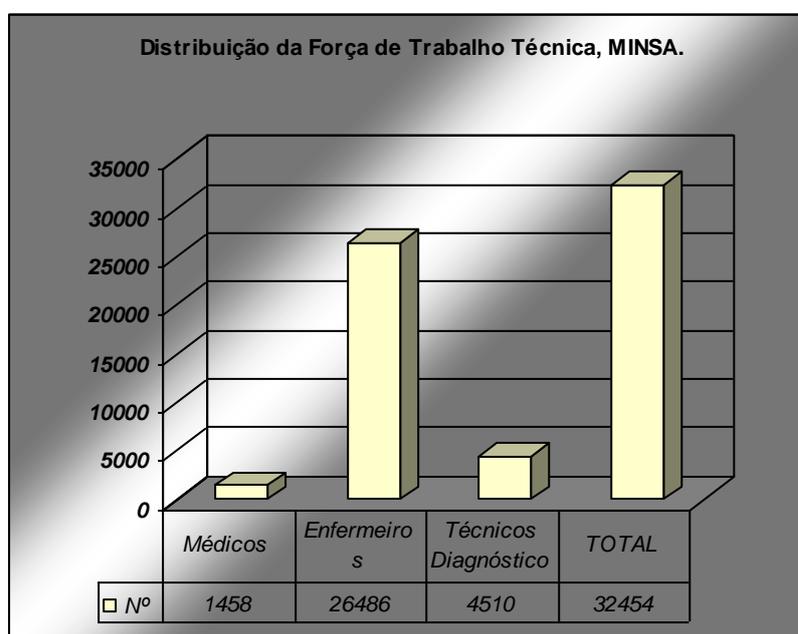
É caracterizado pelos estabelecimentos sanitários privados, lucrativos e não lucrativos, (instituições não governamentais, instituições religiosas que prestam cuidados de saúde sobretudo às populações mais carenciadas).

É importante referir as unidades sanitárias informais que operam no país. Prestam serviços precários, que na maior parte das vezes representam um grande risco para a saúde pública, consequência da falta de fiscalização e controle por parte das autoridades locais.

## 2.3 Recursos Humanos do Ministério de Saúde de Angola

Os recursos humanos do sector na década de 90 caracterizavam-se por serem pouco capacitados, mal distribuídos e desmotivados.

Dados de 2005 reflectem que os recursos humanos do MINSA, estimavam 65.578 trabalhadores, dos quais 24.017 (37%) do regime geral de carreiras e 32.454 (49%) dos regimes especiais de carreiras, no qual se incluem: 1.458 médicos, dos quais 995 nacionais; 26.486 enfermeiros e um total de 4.510 entre técnicos de diagnóstico e terapêutica, como se verifica na figura nº 1 (Profissionais de Saúde do SNS (%), 2005).



Fonte: MINSA, 2005

**Figura 1: Profissionais de Saúde do SNS (%), 2005**

Através do Quadro 2 verifica-se que em 2005, Angola apresentava em média 1,75 enfermeiros por cada 1.000 habitantes.

<b>ENFERMEIROS POR 800 HABITANTES - 2005 (Provincial e Total)</b>					
<b>PROVINCIAS</b>	<b>POP. ESTIM.</b>	<b>NÚMERO DE ENFERMEIROS</b>			<b>Enf./800 Hab</b>
		<b>Existente</b>	<b>Prev. Adm.</b>	<b>TOTAL</b>	
BENGO	384.111	393	457	<b>850</b>	<b>1,77</b>
BIE	1.095.813	942	408	<b>1.350</b>	<b>0,99</b>
BENGUELA	1.614.883	2.138	525	<b>2.663</b>	<b>1,32</b>
CABINDA	207.628	751	422	<b>1.173</b>	<b>4,52</b>
CUNENE	406.028	327	458	<b>785</b>	<b>1,55</b>
HUAMBO	1.598.734	910	526	<b>1.436</b>	<b>0,72</b>
HUILA	1.225.004	1.291	397	<b>1.688</b>	<b>1,10</b>
LUANDA	2.824.891	7.252	716	<b>7.968</b>	<b>2,26</b>
LUNDA NORTE	403.721	482	307	<b>789</b>	<b>1,56</b>
LUNDA SUL.	451.014	420	276	<b>696</b>	<b>1,23</b>
MALANJE	855.888	542	397	<b>939</b>	<b>0,88</b>
MOXICO	387.572	704	431	<b>1.135</b>	<b>2,34</b>
NAMIBE	275.684	486	397	<b>883</b>	<b>2,56</b>
KUANZA NORTE	403.721	569	408	<b>977</b>	<b>1,94</b>
KUANZA SUL	807.441	503	489	<b>992</b>	<b>0,98</b>
KUANDO KUBANGO	385.265	311	233	<b>544</b>	<b>1,13</b>
UIGE	986.232	601	331	<b>932</b>	<b>0,76</b>
ZAIRE	288.372	353	333	<b>686</b>	<b>1,90</b>
<b>TOTAL</b>	<b>14.602.002</b>	<b>18.975</b>	<b>7.511</b>	<b>26.486</b>	<b>1,45</b>

Fonte: Governo de Angola Ministério do Planeamento, Monografia Geral de Angola Luanda, 2001

#### **Quadro 2: Distribuição dos Enfermeiros do SNS por Província, 2005**

Angola assistiu a uma evolução da cobertura médica nos últimos anos que rondou, em 1997, os 0,4 médicos por habitantes, em 2000 a cobertura médica passou para 0,7 por 10.000 habitantes e, em 2005 o valor subiu para 0,96 médicos por 10.000 habitantes.

Pelo Quadro 3 (Distribuição dos Médicos do SNS por Província, 2005) observa-se que dos 1.458 médicos em efectividade no MINSA 995 (68%) são nacionais e 463 (32%) estrangeiros.

PROVINCIAS	POP.ESTIM*	NÚMERO DE MÉDICOS (SNS)			MÉDICOS/ 10.000 Hab
		NACIONAIS*	ESTRANGEIROS	TOTAL	
BENGO	384.111	19	11	30	0,78
BIE	1.095.813	13	24	37	0,34
BENGUELA	1.614.883	39	26	65	0,40
CABINDA	207.628	33	9	42	2,02
CUNENE	406.028	15	19	34	0,84
HUAMBO	1.598.734	19	29	48	0,30
HUILA	1.225.004	42	21	63	0,51
LUANDA	2.824.891	680	122	802	2,84
LUNDA NORTE	403.721	22	16	38	0,94
LUNDA SUL	451.014	16	24	40	0,89
MALANJE	855.888	12	20	32	0,37
MOXICO	387.572	10	17	27	0,70
NAMIBE	275.684	17	14	31	1,12
KUANZA NORTE	403.721	9	19	28	0,69
KUANZA SUL	807.441	24	38	62	0,77
KUANDO KUBANGO	385.265	5	9	14	0,36
UIGE	986.232	12	21	33	0,33
ZAIRE	288.372	8	24	32	1,11
<b>TOTAL</b>	<b>14.602.002</b>	<b>995</b>	<b>463</b>	<b>1.458</b>	<b>1,00</b>

Fonte: Governo de Angola Ministério do Planeamento, Monografia Geral de Angola Luanda, 2001

**Quadro 3: Distribuição dos Médicos do SNS por Província, 2005**

## 3. STRESSE E BURNOUT

### 3.1 STRESSE

“(…) é um conjunto de reacções que o organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exija esforço de adaptação” (Alves, 1997:5, cit Hans Selye, 1936)

A palavra inglesa significa, entre outros termos, pressão e tensão.

Através da literatura verifica-se que a definição do Stresse não encontra consenso entre os investigadores (Sonnetag & Frese, 2003; Kahn & Byosiere, 1994). Isto pode ser explicado pelo facto de ser um campo partilhado por distintas disciplinas como a Biologia, a Física, a Sociologia e a Psicologia (Buunk, Jonge, Yema & Wolf, 1998). Deste modo, Marmot e Madge (1997) referem que esta falta de consenso se deve não só ao significado do stresse propriamente dito, mas também à forma como este é avaliado e medido.

Para Maslach (1986), apesar da não existir unanimidade no conceito, é possível agrupar as várias definições em três pontos de vista. Na mesma linha de pensamento Sonnetag e Frese, (2003) e Kahn e Byosiere, (1994), apresentam três grandes perspectivas do stresse:

1. A perspectiva do estímulo;
2. A perspectiva da resposta;
3. A perspectiva transaccional.

Numa primeira abordagem o Stresse é entendido como uma «resposta». Esta perspectiva baseia-se nos trabalhos de Selye que, em 1974/1975 apresenta o seu modelo teórico de stresse denominado Síndrome Geral de Adaptação (SGA), o qual evolui ao longo de três fases: reacção de alarme (resposta inicial do organismo); fase da resistência (respostas

adaptativas) e a fase de exaustão (esgotamento dos mecanismos de adaptação). O modelo considera que o stresse é uma resposta não específica às exigências colocadas ao indivíduo. No entanto, apesar dos contributos do modelo, a abordagem é criticada por ignorar aspectos como o impacto psicológico do stresse no organismo e o facto de não deixar espaço relativamente às diferenças nas avaliações cognitivas que cada indivíduo faz dos acontecimentos (Cruz, José et al. 2000; Sá, Luis 2002).

Uma abordagem alternativa sustenta-se no conjunto de definições de que o stresse é baseado num estímulo. O stresse é abordado como uma condição do meio ambiente exterior ao indivíduo. Esta abordagem confere aos grandes acontecimentos da vida e aos microstressores o papel de agentes stressores de natureza psicossocial, influenciando quer o indivíduo quer o próprio grupo.

A última abordagem é uma concepção mais recente do stresse, que encara o fenómeno como um processo dinâmico transaccional. O stresse é definido como consequência da interacção contínua e ao longo do tempo entre os estímulos stressores do meio ambiente e a respostas individuais adaptativas, de forma a retomar um estado de equilíbrio consentâneo com o bem estar. Cruz, José et al. (2000) afirmam que nesta abordagem o stresse surge quando o indivíduo considera que as exigências externas excedem as suas capacidades de lidar com as mesmas.

Para Maslach (1986), é possível abordar o stress segundo um modelo tridimensional denominado burnout

### **3.1.1 Stresse Ocupacional**

Os efeitos do distress<sup>1</sup> têm grandes repercussões na esfera laboral, afirma Vaz Serra, (1999). As consequências do distress, através do comportamento do indivíduo, influenciam directamente o clima organizacional: pela redução dos resultados organizacionais, pelo fraco desempenho das tarefas, pelos acidentes de trabalho, pelo absentismo, pelo abandono do emprego e pelas reformas antecipadas.

---

<sup>1</sup> Selye, 1956 diferencia distresse de eustress, afirmando que ao distress constitui as repostas com valências negativas com prejuízos em termos de doença. Já o eustress, é responsável pelas repostas positivas que resultam numa fortificação da saúde e do bem-estar.

O Stresse Ocupacional visto por Vaz Serra, (1999), não é senão a interacção existente entre as características individuais do próprio funcionário e o ambiente de trabalho, sendo que as exigências do trabalho são superiores aos recursos do indivíduo.

O Modelo de Stress Ocupacional procura identificar as principais fontes de stresse ocupacional e analisar os resultados e as consequências para a organização e para o indivíduo.

O Modelo transaccional de Lazarus aplicado ao contexto de trabalho, configura uma inadaptação do indivíduo face às capacidades reais ou percebidas de enfrentar o meio laboral considerado adverso (Vives, 1994 cit Lazarus e Folkman). Este desajuste do indivíduo pode ser ocasionado, entre outros aspectos, pela falta de ligação entre as capacidades do indivíduo e as exigências do trabalho; por uma realidade que impede a realização do trabalho e ainda pelo facto de o indivíduo não satisfazer as suas necessidades e as suas expectativas na organização, afirma (Vives, 1994).

Para Albuquerque (1987) o Stresse Ocupacional decorre quando não se consegue satisfazer as necessidades no trabalho ou quando os valores individuais não se coadunam com o trabalho.

Entre os vários factores que desencadeiam o Stresse Ocupacional apontam-se os seguintes:

- a) A função, o papel organizacional, a carreira, o clima organizacional, a família, bem como os grupos de referência, (Jesuíno, 1988). O mesmo autor, baseando-se nos trabalhos de McGrath, diferencia três fontes geradoras de Stresse:
  - i) As tarefas (inclui as dificuldades, a ambiguidade, a sobrecarga, etc);
  - ii) Os conflitos de papéis (inclui os conflitos, a ambiguidade, a sobrecarga)
  - iii) O contexto comportamental.
  
- b) Para Ganhão (1993), os agentes produtores do Stresse Ocupacional são:
  - i) Estrutura organizacional;
  - ii) Ambiguidade do papel;
  - iii) Cruzamento de limites territoriais;
  - iv) Centralização e baixa participação;
  - v) Política e jogos de poder na organização;
  - vi) Progresso na carreira dentro da organização;
  - vii) Sobrecarga e falta de trabalho;

- viii) Falta de sentido de pertença;
- ix) Relações interpessoais complexas;
- x) Características da função directiva;
- xi) Responsabilidade por pessoa a cargo.

A ambiguidade e o conflito de papéis, são para Ganhão (1993), os agentes produtores de Stresse Ocupacional mais frequentes em contexto laboral.

- c) Cooper, aponta como fontes de stresse os factores intrínsecos ao trabalho como o papel na organização; as relações no trabalho; o desenvolvimento da carreira; o clima e estrutura organizacional e factores extra-organizacionais de stresse, Daqui resultam sintomas e consequências a nível individual (aumento do risco da doença cardiovascular e da pressão arterial, estado de humor depressivo, consumo excessivo de álcool e psicofármacos, sentimentos de irritabilidade, perturbações psicológicas e doenças coronárias) e organizacional (absentismo, abandono, fraco controlo da qualidade) Cruz, José et al. (2000).

## **3.2 *Burnout***

### **3.2.1 História do conceito**

Entre outros significados, a palavra *Burnout* pode ser traduzida por: “falha”, “queimado para fora”, “exaustão por gastos excessivos de energia”, ou como “estoíro”.

Teve a sua origem nos E.U.A, com Bradley, em 1969 que identificou, pela primeira vez, o fenómeno. O autor, citado por Schaufeli & Buunk (1996 e 2003), referia-se ao «*staffburnout*» de profissionais que acompanhavam um programa comunitário para jovens delinquentes. O conceito *Burnout* tem desde então despertado a atenção por parte dos investigadores devido às consequências que trás para a organização e para o indivíduo.

Em meados dos anos 70, com o objectivo de explicar o esgotamento emocional, a perda de motivação e de comprometimento com a organização, surgem dois grandes autores que defendem o estudo do *Burnout* como fenómeno psicológico, Herbert Freudenberger e Cristina Maslach (Freudenberger, 1974, 1975; Maslach, 1976). Freudenberger, de

formação psicanalítica, foi o primeiro autor a utilizar o termo *Burnout* ao denunciar a deteriorização dos cuidados e dos próprios profissionais dos serviços sociais.

O autor em 1974/75 reparou na tensão psicológica apresentada pelos voluntários com quem trabalhava em unidades de saúde. Entre os vários sintomas, os voluntários apresentavam uma perda gradual das emoções, falta de motivação e empenhamento, acompanhado de diversos sintomas físicos e mentais, observando-se deste modo um estado de *exaustão*.

A psicóloga social Maslach, debruçou-se sobre investigações acerca das estratégias de *coping* utilizadas pelos profissionais de ajuda para combater as emotividades causadas pelo trabalho (Maslach, 1993). A autora desenvolveu o modelo multidimensional e a construção do MBI-Maslach Burnout Inventory (Maslach e Jackson (1986), Maslach et al. (1996), contribuindo, decisivamente, na conceptualização e estudo do fenómeno (Pinto, Alexandra et al. cit Cox, Tisserand e Taris, 2005).

As atitudes negativas como o *distanciamento*, o *cinismo* e o *desprendimento*, relativamente aos indivíduos que se cuidam constituem manifestações do *Burnout*, afirmou Maslach (1976).

Maslach (1977), adiciona a *perda de preocupação* que se revela por *exaustão física*, *exaustão emocional* e as *atitudes desumanizantes*. E em 1978 chama a atenção para a importância do stress resultante dos contactos interpessoais e da incapacidade de lidar com o stress emocional crónico provocado pelo trabalho.

De acordo com Maslach; Schaufelli; Marck (1993) e Maslach; Schaufelli; Leiter (2001), as investigações do conceito de *Burnout* dividem-se em duas fases:

- i. A primeira fase, caracterizada por ser pioneira e exploratória. Surge na década de 70 nos EUA, com os estudos de Freudenberger e os estudos de Maslach.
- ii. A segunda fase, baptizada por fase empírica é constituída pelos estudos sistematizados, pela criação de escalas e pelos estudos psicométricos.

Relativamente à fase pioneira, Maslach et. Al (2001), relata que os artigos iniciais foram muito influenciados pelas perspectivas clínicas e de psicologia social.

As investigações desenvolvidas nessa fase foram do tipo naturalista, descritivas e qualitativas, utilizando-se sobretudo técnicas como entrevistas, estudos de caso e observações participantes.

A fase empírica é caracterizada pelas investigações quantitativas e metodologias rigorosas. Após a década de 80, os questionários ganham maior importância nas investigações dos estudos desenvolvidos. É nessa fase que surgem instrumentos como **MBI**<sup>2</sup> e versões seguintes, **MBI-HSS**<sup>3</sup>; **MBI-ES**<sup>4</sup>; **MBI-GS**<sup>5</sup>. A **TM**<sup>6</sup> de Pines, Aronson e Kafry (1981); o **BM**<sup>7</sup> de Pines & Aronson (1988).

Os anos noventa trazem metodologias mais evoluídas: as ferramentas estatísticas e os métodos mais sofisticados. Os estudos deixam de ser desenvolvidos em apenas profissões de ajuda para abarcar agora profissionais como clérigo, informáticos, polícias, militares e gestores. Nesta fase assiste-se a uma consolidação da relação entre as três componentes do Burnout e os factores organizacionais.

O final da década dos anos 90 é caracterizado pelo prolongamento a todas as outras profissões, assistindo-se, deste modo, ao desenvolvimento de estudos longitudinais e ao surgimento e experimentação de modelos explicativos consistentes.

### 3.2.2 Definição do Construto

*Burnout* é “ um conjunto de sintomas médico-biológicos e psicossociais inespecíficos, produto de uma exigência excessiva de energia no trabalho e que ocorre particularmente nas profissões envolvidas numa relação de ajuda” (Santos, cit Schaufeli e Enzmann, 1998 in A. Pinto, 2000)

A palavra *Burnout*, coloquialmente utilizada pelos advogados, foi utilizada por Maslach ao identificar os mecanismos de *coping*<sup>8</sup> que os profissionais de ajuda recorriam em virtude da emotividade resultante do trabalho.

---

<sup>2</sup> MBI - Maslach Burnout Inventory;

<sup>3</sup> MBI - Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey;

<sup>4</sup> MBI - Maslach Burnout Inventory - Educators Survey;

<sup>5</sup> MBI - Maslach Burnout Inventory - General Survey);

<sup>6</sup> TM - Tedium Measure;

<sup>7</sup> BM - Burnout Measure.

<sup>8</sup> Cruz ,António cit (2001), Vaz Serra (1999) cit Lazarus e Folkman, o coping refere-se aos comportamentos cognitivos efectuados pelo indivíduo para lidar com os problemas ou assuntos perturbadores.

Apresentar uma única definição do *Burnout* constitui uma tarefa difícil na medida em que existe uma variedade de definições e uma grande falta de consenso, promovendo um conflito entre duas perspectivas: a da psicologia clínica e a da psicologia das organizações.

Freudenderger (1974), a partir de uma perspectiva clínica, define o *Burnout* como um estado de exaustão que se estabelece nos trabalhadores dos serviços de ajuda resultante de excessivas exigências do trabalho, causando esgotamento, decepção e perda de interesse pelas actividades desenvolvidas no trabalho. Santos, (2008) cit Delbrouck, (2006), reforça esta ideia dizendo que o *Burnout* cria grandes alterações emocionais, que comportam a incapacidade para o trabalho, o fracasso pessoal e o sentimento de vazio.

O cinismo, o aborrecimento, a impaciência, o ódio, a irritabilidade, as paranóias, os sentimentos de impotência, a desorientação e as queixas psicossomáticas formam os sintomas do *Burnout* identificados por Freudenderger (Maslach & Schaufeli, 1993).

Em 1978, Maslach, caracteriza o *Burnout* como uma conjugação entre cansaço físico, emocional, resultado de uma atitude negativa e perda de interesse em relação ao trabalho e aos clientes. Por seu lado, os estudos desenvolvidos juntamente com Jackson levaram à criação das definições mais em uso hoje em dia no estudo do *Burnout* determinando o surgimento de um conjunto de modelos. Segundo Maslach e Jackson (1986), o conceito *Burnout* é multidimensional e definem-no como “um síndrome psicológico de exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional e pode ocorrer em indivíduos que trabalhem em profissões de ajuda que exigem um contacto muito próximo e de grande envolvimento emocional com as com outras pessoas”.

Maslach e Schaufeli, (1993) referiram que o *Burnout* pode conduzir, entre outras consequências negativas, ao absentismo, à insónia, à exaustão emocional, ao aumento de consumo de álcool e drogas, a problemas familiares e conjugais.

Os estudos desenvolvidos por Maslach e Jackson (1986) através de uma abordagem sociopsicológica, possibilitaram identificar três dimensões associados ao *Burnout* em profissionais de ajuda:

- i) Exaustão emocional;
- ii) Despersonalização;
- iii) Perda de realização profissional.

Esgotamento ou exaustão emocional é a dimensão central do Burnout, caracteriza-se pelo desgaste do indivíduo, perda de energia, fadiga e falta de entusiasmo nas actividades laborais. O trabalhador já não consegue dar mais de si próprio, sente-se emocionalmente esgotado em virtude do contacto diário com os clientes. A exaustão também é caracterizada pela frustração e tensão entre os colegas, levando o indivíduo a distanciar-se emocionalmente e cognitivamente do seu trabalho.

A Despersonalização/ Cinismo refere-se a sentimentos, atitudes e respostas negativas e distantes dos clientes. Não se atende às necessidades emocionais dos que precisam de ser cuidados que passam a ser considerados de forma impessoal. Normalmente é acompanhada de irritação e falta de motivação. Por último, a Perda da Realização Profissional diz respeito aos sentimentos de auto-desvalorização, perda de sentimentos relativamente às suas próprias competências e ao sucesso profissional no trabalho (Maslach, 1993; Schaufeli e Buunk, 2001). O indivíduo acha-se incapaz de realizar as suas actividades no trabalho. Este indivíduo apresenta uma auto-estima baixa e uma incapacidade em suportar a pressão. É muito comum, nesta fase, as pessoas apresentarem altos níveis de absentismo, falta de pontualidade, constantes interrupções e abandono do serviço (Queirós, 2005).

Importa salientar que outra definição considerada por muitos autores como uma das mais precisas, é a apresentada por Brill, (1984) que afirma que, “ o *Burnout* é um estado disfórico e disfuncional, relacionado com o trabalho, num indivíduo sem psicopatologias que tenha funcionado por algum tempo na mesma situação de trabalho com níveis de desempenho e afectivos adequados; e não recupera sem ajuda externa ou alterações de contexto” (Santos cit Maslach e Schaufeli, 1993 e Buunk, 2001).

Berkeley, em 1982 definiu o *Burnout* como um estado de isolamento do indivíduo relativamente aos colegas e à organização.

Em 1988, Pines e Aronson definiram o *Burnout* como uma exaustão no estado físico, caracterizada pela falta de energia, fraquezas, fadiga crónica; no plano emocional, relativa aos sentimentos de abandono, desamparo e de ser enganado; e plano mental, caracterizada pelas atitudes negativas perante o trabalho, a vida e a si próprio (Cooper et al., 2001). Não muito diferente desta ideia encontra-se a perspectiva fornecida por Larouche (1985), que apresenta o *Burnout* como um estado de esgotamento físico, emocional e mental que está relacionado com as árduas condições de trabalho, reflectindo negativamente no desempenho.

Distinguir as duas abordagens científicas quanto à definição do *Burnout*, é de grande relevância nesta fase do trabalho. Assim, existe: o grupo que define o *Burnout* como um estado; e um outro que o define como um processo dinâmico. Torna-se ainda importante referir que os autores apresentados até aqui, constituem o grupo que observa a síndrome como um estado.

Entre os vários autores que consideram o *Burnout* como um processo, encontra-se Cherniss (1980), que advoga que o “*Burnout* é um processo que se inicia com um excessivo e prolongado nível de tensão no trabalho, resultado das exigências destes serem superiores aos recursos de que o indivíduo dispõe, resultando em mudanças comportamentais e de atitudes” (Maslach e Schaufeli, 1993; Cooper et. al., 2001). O *Burnout* visto pelos olhos do autor é constituído pelas características pessoais, pelo ambiente de trabalho e pelas fontes de stresse. A conjugação destas três variáveis eleva a complexidade do fenómeno.

Golembiewski e Doly, citados por Gonzáles (1995), afirmaram que o *Burnout* é consequência de um desajuste entre as necessidades do trabalhador e dos interesses da empresa.

### **3.2.3 Abordagem e Modelos Explicativos de Burnout**

O *Burnout* é um fenómeno complexo que não encontra consenso na sua definição, resultando assim numa variedade de abordagens.

As distintas abordagens constituem propostas de explicação do *Burnout*, sendo que cada perspectiva sugere uma visão parcial do fenómeno, consequência do ponto de vista do autor.

#### **3.2.3.1 Abordagem Individual**

Nesta perspectiva agrupam-se os modelos que defendem as variáveis e processos individuais na explicação do *Burnout*, destaque para Freudenberger (1974) pioneiro no estudo.

### 3.2.3.1.1 Modelo Progressivo de Edelwic e Brodsky

Edelwick e Brodsky (1980), afirmam que o “*Burnout* é um processo dinâmico de desilusão progressiva, resultante do desajustamento entre as expectativas iniciais dos profissionais de ajuda e a realidade nua e crua das suas vidas profissionais”. O modelo é composto por quatro etapas diferentes:

- 1) A primeira etapa é a **do idealismo e do entusiasmo**. O indivíduo, nesta etapa, apresenta uma variedade de expectativas irreais acerca da realidade profissional;
- 2) A segunda etapa é a de **estagnação ou imobilismo**. Assiste-se a uma perda do idealismo e do entusiasmo inicial, podendo ainda ocorrer fadiga intensa, queixas psicossomáticas e irritabilidade;
- 3) A terceira etapa é a da **frustração**. É reflectida pela não resposta das expectativas e pela falta da satisfação das necessidades pessoais, resultando num sentimento de desgaste e de culpabilidade. A frustração constitui o núcleo central do *Burnout*;
- 4) Finalmente, a quarta etapa é caracterizada pela **apatia** e desmoralização. Desenvolvem nesta etapa mecanismos de defesa contra a frustração crónica, levando o indivíduo a apresentar atitudes de desinteresse e indiferença, absentismo, negativismo e sentimento de vazio total.

A progressão deste modelo é cíclica, “podendo repetir-se várias vezes no tempo de forma que uma pessoa pode completar o ciclo em distintas épocas e em diferentes trabalhos.” (Queiros, 2005)

A saúde do trabalhador no decurso do processo pode estar ameaçada, podendo estar à beira de doença física ou mental, não se excluindo a hipótese do suicídio.

### 3.2.3.1.2 Modelo de Meier

Baseando-se nos trabalhos de Bandura (1977), Meier definiu o *Burnout* como: “... um estado em que os indivíduos esperam pouca recompensa e punição considerável no trabalho por causa de uma falha de reforço positivo, resultados controláveis ou competência pessoal” (Meier, 1983 ap. Nunes, 1990).

Meier argumenta no seu modelo que determinadas expectativas ao interagirem com as experiências de trabalho repetitivas ou rotineiras, constituem a génese do *Burnout*, podendo o indivíduo desta forma apresentar as seguintes expectativas:

- i) Expectativas diminuídas para a presença de reforços positivos;
- ii) Expectativas aumentadas para a punição do trabalho;
- iii) Expectativas diminuídas relativamente ao controlo das formas de reforços presente;
- iv) Expectativas diminuídas da competência pessoal para o desempenho de comportamentos que visem o controlo de reforço.

Queirós (2005; cit. Parreira (1998) afirma, que os indivíduos ao apresentarem uma diminuição nas suas expectativas, consequentemente tenderão a apresentar sentimentos negativos e comportamentos de baixa performance.

Gomes (1995), explica que o modelo é teórico, interacionista e agrupa conclusões de estudos anteriores do *Burnout*. Refere também que este modelo procura solucionar a discordância existente na localização das causas da síndrome (se têm origem nas organizações ou no indivíduo), concluindo que no *Burnout* as causas são influenciadas por aspectos ambientais e individuais.

### **3.2.3.1.3 Modelo existencial de Pines**

Pines (1993) classifica as expectativas como: “de carácter universal, de natureza profissional específicos do grupo, e pessoais com grande idealismo e com base em imagens românticas do trabalho e das funções” (Queirós, 2005).

As expectativas e a motivação para o trabalho, desenvolvido num ambiente de suporte, permite fortalecer e reforçar a motivação e consequentemente o sucesso e a existência com significado. Desta forma, os indivíduos se revelam muito empenhados e motivados.

Se o caminho é feito de forma contrária, o indivíduo falha, perde a motivação e surge entretanto o *Burnout*.

### **3.2.3.2 Abordagem Organizacional**

Nesta abordagem tende-se a analisar o *Burnout* sobre o ponto de vista da relação estabelecida com o ambiente organizacional.

#### **3.2.3.2.1 Modelo do Processo de Burnout de Cherniss**

Cherniss sugere em 1980 um modelo de *Burnout* na sequência de um estudo de dois anos realizado no sector público em quatro áreas profissionais (saúde mental, enfermagem, ensino e direito). A partir deste estudo, Cherniss argumenta que os aspectos do ambiente de trabalho, bem como as características podem funcionar como fontes de stresse.

O Modelo é classificado pelo autor como um processo de três fases:

- i) *Primeira fase* é caracterizada pela falta de equilíbrio entre os recursos individuais e organizacionais face às exigências do trabalho;
- ii) As respostas de natureza emocional, consequência do desequilíbrio entre os recursos individuais e organizacionais, acabam por gerar stresse;
- iii) A última *fase* consiste na existência mudanças nas atitudes e comportamentos do indivíduo, tais como: desprendimento emocional, responsabilidade nos resultados e alienação no trabalho.

O autor considera ainda que as mudanças de atitude não padronizadas variam de indivíduo para indivíduo, dependendo das estratégias que cada um utiliza. Existem indivíduos que lidam de forma activa e outros com atitudes negativas, incluindo-se aqui o “cinismo” e o afastamento emocional, a que denominou *Burnout*.

#### **3.2.3.2.2 Modelo de Golembiewski**

Golembiewski (1986) estrutura um modelo baseado no instrumento MBI de Maslach e Jackson. O modelo apresenta oito fases evolutivas que visam observar a ocorrência do *Burnout* no indivíduo. Através deste modelo o indivíduo poder estar num nível alto ou baixo de *Burnout*.

Este modelo apresenta uma sequência de valores que no princípio são baixos mas que vão evoluindo.

As fases agrupam-se em três grupos que classificam o grau de severidade do *Burnout*. As fases 1, 2, 3 reflectem baixo *Burnout*; as fases 4 e 5 indicam um nível intermédio de

*Burnout* as fases 6,7 e 8 denotam *Burnout* elevado. (Queirós, 2005 cit Mirvis, et al. 1996, ap Fiadzo, et al., 1996).

A despersonalização é a primeira manifestação do *Burnout* e tem efeitos negativos no desempenho. A falta de Realização profissional é a segunda fase do *Burnout*.

O aumento da despersonalização e a falta de Realização profissional estão na origem do aumento da exaustão emocional.

Subescala	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Despersonalização	B	A	B	A	B	A	B	A
Realização profissional	B	B	A	A	B	B	A	A
Exaustão Emocional	B	B	B	B	A	A	A	A

Nota: B= baixo A= alto

Fonte: “ Burnout Profesional en Organizaciones” Garcia, M. 1990

**Figura 2: Fases de *Burnout* (Modelo de Golembewski)**

### 3.2.3.2.3 Modelo geral explicativo do Burnout de Maslach et al.

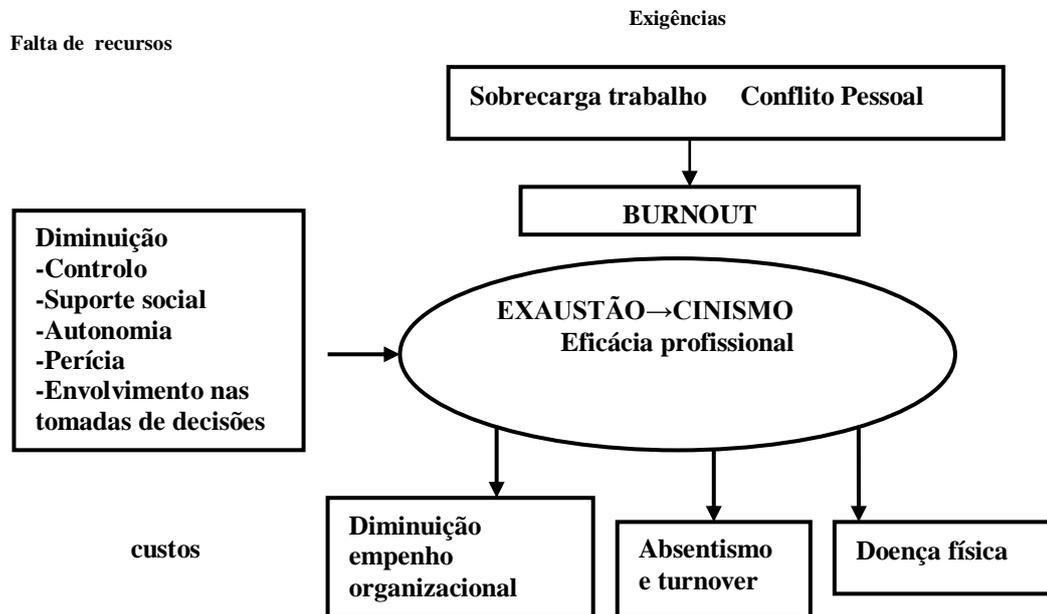
Maslach; Jackson; Leiter, (1996), sugerem um modelo geral explicativo do *Burnout* que se baseia na associação de factores como o conflito pessoal e a sobrecarga de trabalho, em conjugação com a diminuição do controlo, do suporte social, da autonomia, da perícia e do envolvimento na tomada de decisões, desencadeando a exaustão, o cinismo e redução na eficácia profissional.

O Modelo Geral explicativo de Maslach et al., (1996) afirma que a diminuição no empenhamento na organização, bem como o aumento do absentismo, do turnover e da doença física, constituem consequências do *Burnout*.

Pela figura nº3 (Modelo geral explicativo do *Burnout* de Maslach; Jackson; Leiter, 1996) observa-se que Leiter e Maslach (1989), afirmam que a Exaustão, despersonalização (ou cinismo), e realização profissional (ou eficácia) constituem o centro do modelo.

Segundo os autores há uma relação directa entre a exaustão e a despersonalização. Quanto à falta de realização profissional parece ser uma dimensão mais indepedente das duas anteriores e ser também muito influenciada por factores organizacionais.

Os aspectos do envolvimento no trabalho influenciam directamente no sentido de realização dos indivíduos no trabalho. A exaustão diminui o sentido de realização, mas o desânimo decorrente do trabalho não causa necessariamente exaustão (Queirós, 2005).



Fonte: Leiter e Maslach, 1998

**Figura 3: Modelo geral explicativo do Burnout (Maslach; Jackson; Leiter, 1996)**

### 3.2.3.2.4 Modelo de House e Wells

O modelo de House e Wells baseia-se em identificar as variáveis individuais e organizacionais que eventualmente possam estar relacionadas com o *Burnout*. O modelo assenta numa abordagem cognitiva-perceptual com interpretação sobre o meio envolvente do indivíduo e as variáveis pessoais.

As três dimensões do *Burnout* reflectem as três categorias de sintomas de stresse de principais:

- Fisiológicos, evidencia os sintomas físicos (exaustão física);
- Afecto-cognitivos, evidencia as atitudes e os sentimentos (exaustão emocional e despersonalização);
- Comportamental, evidencia os comportamentos sintomáticos (despersonalização e diminuição da produtividade no trabalho), (Queirós, 2005 cit Pereira, 1992; Queirós, 2005 cit Gomes, 1995).

O modelo é desenvolvido numa perspectiva cognitiva-perceptual, sendo que, a forma como o indivíduo consegue ou não lidar eficazmente com situações de stresse vai determinar a percepção e o impacto que o *Burnout* tem no próprio indivíduo.

O modelo de House e Wells considera quatro fases em que se âncora o *Burnout*:

- i. Fase 1: Grau de intensidade da situação que conduz ao stresse – Identificação de duas situações em que pode surgir o stresse, sendo que numa situação o sujeito por não ter competências e aptidões suficientes não consegue dar resposta às exigências da organização, e noutra situação as expectativas relativamente ao trabalho não são atingidas;
- ii. Fase 2: Stresse percebido – Esta fase é caracterizada pela influência da personalidade e das variáveis organizacionais sobre a auto-percepção do stresse, condicionando assim a passagem da 1ª à 2ª fase;
- iii. Fase 3: Resposta ao stresse;
- iv. Fase 4: Resultado do stresse. Esta fase corresponde ao stresse crónico perspectivado como experiência multifacetada: O *Burnout*.

#### **3.2.3.2.5 Modelo Bi-dimensional do *Burnout***

A Exaustão emocional e as atitudes negativas constituem os dois polos que conceptualizam este modelo. Para Schaufeli e van Dierendonck, a adaptação da bi-dimensionalidade é melhor nos resultados empíricos.

Os autores referem-se que relativamente à exaustão emocional, esta se relaciona com as queixas somáticas e a tensão psicológica. Já as atitudes negativas, representam ao sentimento de despersonalização e diminuição do desempenho pessoal.

#### **3.2.3.2.6 Modelo de fases de *Burnout* de Leiter**

Em oposição a Golembiewsk, Leiter e Maslach afirmam que a exaustão emocional se desenvolve na primeira fase do *Burnout* e não na última. O contacto interpessoal que se estabelece no trabalho conduz o indivíduo à exaustão emocional. A exaustão deve ser

assim considerada como consequência directa das excessivas pressões do ambiente de trabalho.

É, no decorrer da exposição do stresse no trabalho que os indivíduos experimentam a exaustão emocional e enfrentam as situações de stresse, despersonalizando a sua relação com os utentes e colegas de trabalho.

A despersonalização funciona como mediadora na relação entre a exaustão emocional e a falta de Realização profissional. Surge como resposta da tentativa do indivíduo lidar com sentimentos de exaustão. Ocorre, quando o indivíduo começa a perder a noção de realização profissional, pois o contacto interpessoal que mantém com os clientes e colegas diminuem os seus valores profissionais.

A diminuição da realização profissional ou eficácia profissional pode constituir um elemento independente associado a factores do ambiente de trabalho e pode também ser influenciado pela exaustão emocional. Leiter em (1993), reformula que a realização profissional pode desenvolver-se independentemente da exaustão emocional e da despersonalização e que a despersonalização não resulta da exaustão emocional.

O modelo de Leiter defende que a exaustão emocional é agravada pela pressão no ambiente de trabalho, aumentando a despersonalização. A realização profissional é influenciada pela existência de recursos, apoio social, oportunidades para o desenvolvimento de aptidões.

FASES	1	2	3	4
Exaustão emocional	B	B	A	A
Despersonalização	B	A	B	A
Realização profissional	B	B	B	A

Nota: B= baixo A= alto

Fonte: Garcia, M. 1990

**Figura 4: Fases de *Burnout* (Modelo de Leiter)**

### 3.3 Modelo das Exigências - Controlo Laboral (JD-C) de Karasek

Considerado como um dos modelos explicativo mais reconhecido, no âmbito do stress ocupacional, o Modelo das Exigências-Controlo Laboral (JDC) pretende explicar os efeitos característicos do contexto laboral no desenvolvimento do stress, e desenvolver recomendações que visam proporcionar qualidade de vida no ambiente do trabalho.

Baseado em aspectos psicossociais, o JD-C, desenvolvido por Karasek (1979), centrou-se numa primeira fase em duas dimensões:

- i. No grau de controlo ou latitude da decisão, caracterizado pelo modo como o indivíduo recorre às suas capacidade para controlar as actividades profissionais
- ii. No nível de exigência do trabalho, que corresponde à sobrecarga no contexto laboral, e que se refere às pressões psicológicas e aos conflitos.

O controlo ou a latitude da decisão, na fase inicial agregava duas componentes: a autonomia (autoridade para decidir) e a *skill description* (uso de habilidades). Actualmente muitos autores referem que estas duas componentes do controlo são medidas diferentes. A autonomia é caracterizada como o grau em que o indivíduo tem a possibilidade de controlar as suas tarefas e decidir como o seu trabalho será feito. A *skill description* corresponde ao aspecto relativo à oportunidade de aprender novas coisas e a desenvolver capacidades e à variedade das competências utilizadas.

De acordo com Johnson, (1989) o factor Apoio Social corresponde à terceira dimensão do modelo. Este factor, agregado numa fase posterior, considera que o apoio exercido por superiores e colegas de trabalho, ajuda a lidar com as situações de exigência e de controlo laboral

De acordo com o modelo é possível classificar quatro categorias do trabalho:

- i. Trabalho de elevado “strain” – elevada exigência e baixa percepção de controlo;
- ii. Trabalho activo – elevada exigência e elevada percepção de controlo
- iii. Trabalho passivo – baixa exigência e baixa percepção de controlo.
- iv. Trabalho de baixo “strain” – pouca exigência e elevada percepção de controlo.

De acordo com Castanheira (2008), os maiores níveis de *Burnout* são esperados em funções caracterizadas por elevadas exigências e baixa autonomia. Assim, quando há aumento das exigências e um não aumento da capacidade de tomada de decisões, o trabalhador aumenta o seu esforço para dar continuidade às exigências. Este desequilíbrio

entre altas exigências, baixa autonomia e falta de controle, permite ao indivíduo experimentar a sensação de desânimo. Se a sensação se torna característica de determinada tarefa, instalam-se entretanto os estados constantes e crônicos, conduzindo à exaustão; e os estados de desânimo, em conjunto com a perda dos recursos energéticos, conduzirão a mecanismos defensivos de afastamento. (Karasek & Theorell, 1990; Maslach, 1993).

Em suma, o modelo para além de explicar os “strain”, revela também a importância da motivação, da aprendizagem e do desenvolvimento do indivíduo no contexto laboral. Estabelece ainda uma associação entre a satisfação, a depressão e o nível de atividade do trabalho, referindo que o Trabalho de elevado “strain” está relacionado com a satisfação e a depressão reduzida. Karasek (1979), afirma que através deste estudo é possível melhorar a saúde mental no trabalho sem pôr em causa a produtividade, aumentando deste modo o controle sobre o trabalho.

### **3.4 Sintomas e Fases de Desenvolvimento do *Burnout***

Na literatura, existem autores que defendem que o *Burnout* evolui sobre uma série de fases distintas. Fazem parte deste conjunto de autores Edelwich e Brodsky (1980) Para estes autores, o *Burnout* desenvolve-se em quatro fases, atrás descritas:

- i) Fase do Entusiasmo idealista;
- ii) Fase da Estagnação;
- iii) Fase da Frustração;
- iv) Fase da Apatia.

Em 1994, Verstraete acrescenta o *Desespero* como última fase do desenvolvimento do *Burnout*. O Desespero para o autor, constitui a fase em que o indivíduo acredita que já não há nada a fazer senão o abandono da profissão.

Já Cherniss (cit por: Matos, Vega e Urdániz, 1999) reduz em apenas três, as fases evolutivas do *Burnout*:

- i. Fase de Stresse Ocupacional - apresenta-se por falta de ajuste entre as exigências laborais e os recursos humanos e materiais;

- ii. Fase do esforço excessivo – caracterizado pelo aparecimento de sintomas emocionais (ansiedade, fadiga, irritabilidade) e laborais (perda de compromisso organizacional, idealismo), devido ao desajuste e ao esforço excessivo;
- iii. Fase do enfrentamento defensivo- o indivíduo cria um mecanismo de defesa capaz de o defender do stresse em que se encontra. Tem como consequências o afastamento emocional, a vontade ou o abandono da profissão, os níveis altos de turnover e de absentismo laboral, o cinismo e ainda a culpabilização dos outros como responsáveis e causadores dos seus problemas.

### **3.4.1 Sintomas**

Os sintomas ligados ao *Burnout*, dividem-se em três categorias:

- i. Os sintomas físicos: insónia, dores de costas, falta de energia, fadiga crónica, tensão muscular, distúrbios de sono, enxaquecas, náuseas, desequilíbrios, gastrite e úlcera;
- ii. Os sintomas psicológicos: depressão, ansiedade, obsessões, fobias, ideias suicidas, ideias paranóicas e o cinismo;
- iii. Os sintomas comportamentais: irritabilidade, conflitos interpessoais, críticas excessivas aos colegas, falta de vontade de trabalhar, comportamentos adictos (álcool e drogas), absentismo e retirada precoce do trabalho.

## 3.5 Factores que Influenciam no Desenvolvimento do *Burnout*

### 3.5.1 Causas do *Burnout*: as características pessoais e os locais de trabalho

Maslach e Leiter (1997), afirmam que o *Burnout* é consequência do desajuste entre o indivíduo e o ambiente organizacional. Os autores também identificam seis áreas responsáveis «pela erosão do envolvimento»:

- i. **Carga de trabalho**, que corresponde à carga excessiva no trabalho que leva à exaustão emocional;
- ii. **Controlo**; que se reflecte nas decisões, na autonomia profissional e na eficácia.
- iii. **Recompensa**, uma recompensa desadequada ao trabalho executado desvaloriza o trabalho e a pessoa
- iv. **Comunidade**, fragmentação das relações interpessoais
- v. **Justiça**, percepção de falta de equidade e justiça;
- vi. **Valores**, referente ao conflito de valores.

O Modelo das Seis áreas da vida laboral, desenvolvido por Leiter, refere que a probabilidade de ocorrência do *Burnout* aumenta em consequência do desajuste entre a pessoa e as seis áreas de trabalho, enquanto que a probabilidade da ocorrência de *engagement*, (estado de alta eficácia, sentido de energia e envolvimento com o trabalho) surge em virtude do equilíbrio entre a pessoa e as seis áreas de trabalho

Para Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), existem factores individuais que respondem à questão ” quem experiencia o *Burnout*?” e factores situacionais que respondem “onde ocorre o *Burnout*? “

### 3.5.1.1 Factores individuais

#### 3.5.1.1.1 Características demográficas

- **Idade**

Para Seltzer e Numerof (1988, in Parreira, 1988), a *idade* ligada à experiência profissional, estabelece uma relação linear positiva com o *Burnout*.

Para Golembiewski, et al. (1986), existe uma ligação entre o baixo *Burnout* e o tempo de actividade profissional dos indivíduos com menos de dois anos e mais de dez anos em actividade profissional. Todavia, os estudos efectuados por McCraine e Brandsma, citado por Vaz Serra (1999), não encontraram qualquer relação entre o *Burnout e a idade*.

Para Anderson e Iwanicki (1984) e de Cordes e Dougherty (1993), indivíduos com mais experiências exibem níveis mais baixos na exaustão emocional e despersonalização e os indivíduos com menos experiência apresentam níveis mais elevados nas dimensões de *Burnout* ( Queirós, 2005).

Para Queirós (2005) cit Abalo e Roger (1988), as pessoas com mais tempo de exercício profissional apresentam valores menores na escala do MBI.

- **Género**

Não existe unanimidade quanto ao facto de o género sexual ter maior incidência no *Burnout*.

Os estudos desenvolvidos por: McCraine e Brandsma, citados por Vaz Serra (1999); Kandolin, 1993; cit por A.Mendes (1995) não encontram qualquer relação entre o *Burnout* e o género. No entanto, alguns estudos propõem outras conclusões nomeadamente os estudos de Maslach (1981; Schaufeli e Bunnk, 2001; Maslach et. al, 2001 e Golembiewski et. al (1985), que referem que de modo geral as mulheres apresentam níveis mais altos de exaustão emocional e os homens apresentam níveis mais elevados de despersonalização e de Realização profissional.

Contrariamente, Gil- Monte, Peiró e Valcárcel ( 1996); Cahon e Rowey cit por Queirós 2005, referem que os homens apresentam valores mais altos do que as mulheres e que a

despersonalização é a única dimensão com diferenças significativas em função do *género*.

- **Estado civil**

Indivíduos casados apresentam níveis mais baixos de *Burnout* (Maslach et al, 2001; Crosby, 1982 in Mendes Garcia, 1995). Os solteiros e os divorciados podem apresentar valores mais altos de *Burnout* (Burke e Greenglass, 1989; Leiter, 1990; Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001).

- **Filhos**

Não existe consenso na relação entre esta e o *Burnout*.

Para Maslach et. al (1985), os indivíduos com filhos revelam níveis baixos nas componentes de *Burnout*.

- **Nível de Educação**

Para Leal (1998), quanto maior o grau académico maior é a exaustão emocional e a Realização profissional e menor é a despersonalização.

### 3.5.1.1.2 Características da Personalidade

- **Personalidade Tipo A**

Os indivíduos com personalidade do Tipo A são bastante activos, altamente competitivos e com um grande sentido de urgência e de necessidade de controlo e por isso mais incapazes de lidar com as frsutações.

A personalidade Tipo A pode ser facilitadora do surgimento do Burnout. Os indivíduos detentores deste traço de personalidade tendem a sofrer de stresse crónico, pois apresentam-se constantemente ansiosos mais deprimidos e muito mais insatisfeitos.

- **Coping**

Para Pines et. al (1981), as estratégias de coping activas (confrontar o problema com o intuito de o resolver) estão ligadas a baixos níveis de Burnout e as estratégias de coping passivas (lidar com as emoções decorrentes do encontro stressor por vezes de um forma inadequada como comportamentos adictivos) estão associadas a altos níveis de Burnout.

- **Comportamentos Codependentes**

Queiros, 2005 cit Loff (1996, p29), “os codependentes são os primeiros candidatos ao *burnout* principalmente porque estão programados a dar sempre mais do que aquilo que podem dar”. O autor refere que estes indivíduos são naturalmente pessoas que gostam de prestar cuidados a pessoas com alguma dificuldade, tornando o acto posteriormente compulsivo e autodestrutivo. Os indivíduos a determinada altura passam a necessitar de ajuda em virtude de estarem psicologicamente dependentes do cuidado que prestam a terceiros.

### **3.5.1.1.3 Atitudes para com o trabalho**

Para Maslach et. al (2001), a relação entre as altas expectativas, a exaustão emocional e o cinismo surge quando não produz os efeitos esperados.

### **3.5.1.2 Factores Situacionais**

#### **3.5.1.2.1 Características do trabalho**

A ambiguidade da tarefa e o conflito de tarefas estabelecem ligação com níveis moderados de *Burnout*, sobretudo a componente exaustão (Maslach, et al. 2001). Outra questão importante é relativa ao suporte emocional no trabalho, sobretudo aquele que é oferecido por supervisores. Com base nisso, algumas investigações sobre o comportamento das características do trabalho, como os de Lee e Asforth (1996), afirmam que a falta de apoio emocional dos supervisores justifica 14% da variância estabelecida com a exaustão emocional, 6% da despersonalização e 2% da falta de Realização profissional (Schaufeli e Buunk, 2002). Outras categorias do trabalho como a informação, o controlo e a autonomia relacionam-se com as componentes do *Burnout* (Maslach, et al., 2001). Com o tempo, a sobrecarga e a pressão apresentam uma forte ligação com o *Burnout*, principalmente com a exaustão.

### 3.5.1.2.2 Características das ocupações

A maior parte das investigações afirmam que independentemente do facto de qualquer pessoa poder vir a sofrer do stress ocupacional, a incidência está em profissionais que prestam assistência (médicos, enfermeiros, professores, psicólogos, polícias, assistentes sociais...).

- **Tempo na instituição:**

A manifestação do *Burnout* tem início logo a partir do primeiro ano na organização, afirmaria Freudenberg (1974).

- **Trabalho por Turnos ou Nocturno:**

Em 1999, Peiró demonstraria que o trabalho nocturno e por turnos acaba por afectar 20% dos trabalhadores, influenciando negativamente a nível psicológico e físico. Os transtornos são mais visíveis em indivíduos que efectuem trocas do período diurno para o nocturno (ou vice-versa) a cada 2 ou 3 dias.

- **A sobrecarga de trabalho**

É uma das variáveis mais apresentada como influenciadora do aparecimento do *Burnout* (Gil-monte e Peiró, 1997; Kurowsk, 1999; Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Schaufel, 1999<sup>a</sup>; Veja e Urdaniz, 1997).

- **A Relação Profissional -Cliente:**

Fernandez e Nunes 1999; Kahn, 1978; Skorupa e Agresti, 1993, argumentam que os profissionais que interagem com clientes que apresentam necessidades especiais têm maior probabilidade de desencadear o *Burnout*.

Raquepaw e Miller (1989) defendem que não existe uma correlação positiva entre o número de pacientes atendidos e o *Burnout*.

- **O relacionamento entre os colegas de trabalho:**

O relacionamento entre os colegas de trabalho constituem 60% dos agentes stressores, afirmaria Folkman (1982).

- **O conflito\ ambiguidade de papel:**

O facto das normas, métodos e objectivos não estarem bem definidos e claros na organização desencadeiam a ambiguidade e o conflito de papéis, promovendo deste modo um ambiente natural para o desenvolvimento da síndrome (Gil- Monte e Peiró, 1997; Kurowski, 1999; Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001).

Assim, quanto maior o conflito de papéis e a ambiguidade dos papéis, maior a probabilidade do desencadeamento do *Burnout* (Gil -Monte e Peiró, 1997; Kurowski, 1999; Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Veja e Urdániz, 1997).

- **Suporte Organizacional:**

A falta ou ineficácia do suporte organizacional estabelecidas no seio das organizações pode propiciar ao desencadeamento do *Burnout* (Gil-monte e Peiró, 1997; Kurowski, 1999; Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Schaufeli, 1999). O Suporte Organizacional, através das relações estabelecidas entre colegas e superiores, bem como o sentimento de pertença, entreaajuda, orientação, respeito e consideração constituem variáveis importantes para atenuar o desenvolvimento da síndrome (Gil-Monte e Peiró, 1997; Kurowski, 1999; Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Schaufeli, 1999).

- **Controlo:**

O facto das pessoas deterem o poder de controlar o seu trabalho e as situações que decorrem no seio do mesmo, influencia positivamente no bem estar do indivíduo. Ora, quanto maior for o nível de controlo e a participação nas decisões, maior é a satisfação e menor é a hipótese de ocorrer o *Burnout*. (Kurowski, 1999; Maslach e Leiter; Peiró, 1999; Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Schaufeli, 1999).

As investigações propostas pelos autores Glass, McKnight e Valdimarsdottir, 1993 mostram que os enfermeiros com pouco controlo apresentam elevados níveis de *Burnout* e de *Depressão*. Já Ackerley, Burnell, Holder e Kurdek (1988) referiram-se aos psicólogos que mediante a falta de controlo nas actividades e decisões, apresentavam altos níveis de exaustão e pouca Realização profissional.

- **Responsabilidade:**

Grubis, (2003) cit. Veja e Urdániz, (1997), defendem que este factor está mais ligado à área da medicina, devido às responsabilidades que estes profissionais estão sujeitos em virtude das questões civis e penais do erro médico e do facto de cada vez mais se

deparem com utentes mais bem informados e menos tolerantes com possíveis equívocos.

- **Pressão no trabalho:**

As pressões no trabalho podem eclodir sobretudo na Exaustão emocional, (Carlotto, 2001; Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Schaufeli, 1999),

- **Percepção de iniquidade:**

O sentimento de injustiça em questões como a carga de trabalho, o salário, a falta de equidade nas relações no trabalho e os direitos, constituem também factores que desencadeiam o *Burnout* (Maslach e Leiter, 1999; Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001).

Dierendonck, Schaufeli e Buunk, 2001 referem que a iniquidade interfere grandemente na exaustão emocional.

- **Falta de Feedback:**

Garcia (1990), a falta de feedback pode incrementar a Despersonalização.

### 3.5.1.2.3 Características organizacionais

O ambiente físico; (ruído, iluminação, temperatura,) aspectos sociais, (falta de suporte) e os aspectos organizacionais, (cultura pouco focada nas relações humanas, lideranças pouco flexíveis e autoritárias) relacionam-se com o desenvolvimento do *Burnout*.

## 3.6 *Burnout Stresse e Depressão*

Erradamente tende-se a confundir *Burnout*, Stresse e a Ansiedade. Alvarez et. al. (1993), afirmam que cada um dos fenómenos se baseia numa resposta exclusivamente diferenciada a situações e estímulos diferentes.

### 3.6.1 Stress e o *Burnout*

A diferença fundamental entre os dois conceitos pode residir na concepção processual (Pinto e Chambel, 2008 cit Maslach, 1993 e 1999) e na adaptação (Pinto e Chambel, 2008 cit Barlett, 1988). Enquanto o stress é visto como um fenómeno cuja adaptação é temporária o *Burnout* vem romper com a adaptação contínua do stress profissional a que o indivíduo está exposto, tendo como consequência o disfuncionamento crónico (Pinto e Chambel, 2008 cit Brill, 1984).

Uma outra diferença é identificada nas estratégias de *coping*, que do lado do stress podem ter um efeito amortecedor do stress. Do lado do *Burnout* a despersonalização ou cinismo constituem uma estratégia de coping disfuncional trazendo consequências negativas para o indivíduo, e levando a cronicidade e ao agravamento do próprio *Burnout* (Pinto e Chambel, 2008 cit Maslach, 1993 e 1999).

Diferente do stress, o *Burnout* pode ser medido através do MBI e ser visto como uma síndrome multidimensional que incorpora outras questões como o desgaste de energia, comportamentos e atitudes negativas.

Para Pinto & Chambel, (2008) cit Nelson & Simmons, (2003), o stress é uma experiência vivida por todos os seres humanos, daí considerarem-no como fenómeno vital. Já o *Burnout* só sucede em indivíduos muito envolvidos no trabalho e que apresentem expectativas e objectivos elevados (Pinto e Chambel, 2008 cit Brill, 1984; Pines, 1993). Enquanto os efeitos do stress podem ser positivos ou negativos, o *Burnout* apresenta apenas efeitos negativos (Farber, 1984, cit Gil-Monte & Peiró, 1997).

Para Etzion, (1987) (, a diferença entre o Stress e o *Burnout* reside no facto do *Burnout* ser um processo iminente das perturbações psicológicas produzido pela exposição prolongada ao stress ocupacional. Para o autor, apesar de registar alguns sintomas parecidos com os da Depressão, o *Burnout* constitui uma quebra de adaptação ao processo, acompanhado assim de sintomas disfóricos e multifuncionais crónicos.

Rodriguez, (1995) baseando-se na perspectiva psicossocial, afirma que o *Burnout* não pode ser visto como stress psicológico mas sim como uma resposta a fontes de stress crónico que resultam das relações sociais entre os profissionais e clientes. Já Lee e Ashforth, (1996) defendem que dentro do modelo de Maslach, o *Burnout* corresponderia a uma terceira fase do stress, a fase de esgotamento. Assinalam também que o *Burnout* ocorre

quando os efeitos obtidos por acumulação do stress são bastante rígidos e impossibilitam a adaptação do indivíduo. (Grubits et al., 2005)

O *Burnout* difere do stress ocupacional, na medida em que, o *Burnout* é apenas um problema dos profissionais de ajuda e, já o stress ocupacional pode ocorrer em qualquer outra área profissional, afirma Goolsby e Rhoads (cit por García de Los Fayos, 2000). Na mesma linha de pensamento, Manassero et. al, 1995 defende que o *Burnout* tem um carácter eminentemente idiossincrático, que surge numa forma especial de trabalho: os serviços humanos e a relação com os seus clientes, onde implica o envolvimento emocional, o confronto diário com distintas pessoas consequentemente distintos problemas (como a dor, sofrimento ou outras dificuldades).

O *Burnout*, é considerado pela generalidade dos autores como sendo uma resposta complexa ao stress profissional prolongado ou crónico (Gil- Monte e Peiró, 1997), portanto, é importante analisar e compreender o *Burnout* através dos principais modelos de Stresse.

A relação entre o Stress e *Burnout* pode ser analisada mediante as três perspectivas do estudo do stress, afirma Pinto e Chambel (2008):

- **Stresse sobre o ponto de vista das respostas do indivíduo**, O *Burnout* pelo modelo de Seyle, é um processo gradual que conduz a um estado limite de exaustão e consequente doença. A existência de um paralelismo entre o *Burnout* e o Stresse, é argumentada por Maslach e Schaufeli, (1993) citando Etzion, (1987) que destacam que o *Burnout* é um processo de desgaste psicológico decorrente da exposição prolongada ao stress profissional, corroborando do modelo de Seyle.
- **Estímulos ambientais stressores**: não são apenas os grandes acontecimentos de vida que funcionam como estímulos stressores de natureza psicossocial, como afirmou Pinto e Chambel (2008) cit Holmes e Rahe (1967). Os aborrecimentos diários ou microstressores são invocados como causa fundamental do *Burnout* e do stress crónico (Pinto e Chambel 2008 cit Bartlett, 1998). Uma outra regra de investigação sobre stress baseada nas características dos estímulos ambientais foi desenvolvido no contexto profissional e considera que existe uma relação entre os níveis de stress e o *desempenho*, (Pinto e Chambel 2008).

Segundo a **perspectiva transaccional**, o stress não pode ser visto apenas como uma síndrome resultante da *adaptação fisiológica não específica*, e nem definido unicamente

pelo paradigma estímulo-resposta. É no modelo transaccional que se centra o estudo do *Burnout*. A perspectiva defende que os estímulos que geram stress, originam respostas diferentes, acentuando que tais respostas não são iguais entre os indivíduos mas influenciadas pelos recursos individuais e pelas avaliações cognitivas (Buunk et al., 1998).

### **3.6.2 Burnout e Depressão**

Apesar de ambos apresentarem características semelhantes como a exaustão emocional, o *Burnout* é um fenómeno que ocorre única e exclusivamente como consequência do trabalho. Já a *Depressão* pode não estar associada ao trabalho e pode ser entendida “livre do contexto” (Leiter e Durup, 1994; Maslach e Schaufelli, 1993).

O *Burnout* como se tem vindo a referir é um fenómeno multidimensional e mais abrangente que não se «fecha» apenas na exaustão como a *Depressão*. As outras componentes do *Burnout* não apresentam grande relação com a *Depressão*, (Pinto e Chambel, 2008 cit Schaufeli & Enzmann, 1998).

O *Burnout* é intrínseco ao contexto laboral ou ocupacional ao contrário da *Depressão* que se estende a todas as áreas da vida (social, familiar, recreativa, sexual) do indivíduo (Pinto e Chambel, 2008 cit Maslach & Schaufeli, 1993).

## **3.7 Engagement e Burnout**

O surgimento do engagement no trabalho prende-se com o aparecimento da psicologia positiva que focaliza a força humana e o seu bom funcionamento (Schaufeli e Salanova, 2007).

O engagement é abordado em duas perspectivas:

De acordo com Maslach, Leiter e Schaufeli (2000), o engagement constitui o oposto do *Burnout* e refere-se a um estado positivo mental de alta energia e envolvimento com o trabalho em contexto ocupacional.

Posteriormente, Schaufeli e colaboradores referiram que o *engagement* é uma dimensão distinta de bem estar e não um estado oposto do *Burnout* (Schaufeli et al., 2000). O engagement é definido como uma construção motivacional positiva, reconfortante, que

representa um estado afecto - cognitivo persistente no tempo que se encontra relacionado com o trabalho.

Segundo esta perspectiva o engagement no trabalho é composto por três componentes:

**Vigor**, caracterizado pelos níveis de energias e pela capacidade de persistência face às dificuldades, pelo esforço e resistência mental.

**Dedicação**, referente a elevada identificação ao entusiasmo, ao estar extremamente envolvido, sendo que a organização inspira, orgulha e desafia.

**Absorção** traduz-se num estado completamente concentrado e inserido no trabalho.

Para (Schaufeli e Bakker, 2004), o contínuo que vai desde o vigor até esgotamento é caracterizado por energia ou activação; e já o contínuo que vai desde a dedicação até cinismo denomina-se identificação.

O vigor e a dedicação são consideradas polos opostos à exaustão e ao cinismo. O engagement está associado a altos níveis de energia e uma forte identificação com o trabalho, e já o burnout, é caracterizado por baixos níveis de energia associados a uma falta de identificação com o próprio trabalho (Schaufeli e Bakker, 2004).

### **3.8 Medidas de Prevenção e Intervenção do Burnout**

O desenvolvimento de medidas preventivas e de intervenção da Síndrome do *Burnout* tem sido um caminho árduo e distante de alcançar. No entanto, as diversas investigações do fenómeno têm, de certa forma, ajudado a estabelecer linhas de intervenção e de prevenção.

Os métodos de prevenção do *Burnout* são de forma geral iguais aos de prevenção do stress, defende Garcia (1990). O autor referiu-se a três áreas importantes de actuação para o *Burnout*, o plano individual, o plano organizacional e o apoio social. No mesmo sentido Pines (1993), cit. por Vaz Serra (1999), sugere uma intervenção aos mesmos níveis.

No plano individual: estabelecer medidas que possibilitem manter uma auto-estima adequada e definir estratégias inibidoras dos agentes stressors, prevenindo deste modo respostas e atitudes negativas.

O manter-se calmo e sereno em relação aos objectivos estabelecidos e a possibilidade de usufruir de frequentes planos de férias, representam estratégias no plano individual que conduzem a atitudes positivas em relação ao Trabalho, (Garcia 1990).

No plano Organizacional: através da abordagem organizacional observa-se que o *Burnout* ocorre em consequência de agentes stressors do meio laboral. Neste sentido, as actividades e outros aspectos relativos à organização devem melhorar o ambiente e o clima de trabalho (Sá, 2002). O suporte dos colegas e supervisores, permite ao indivíduo não só reestruturar-se mas também auto-avaliar a percepção que tem dos recursos para lidar com as diferentes situações Garcia (1990).

Apoio social: o papel da família, amigos e colegas é fundamental quer no suporte social organizacional quer no suporte social pessoal para moderar o *Burnout*.

O compromisso dos profissionais com a organização, constitui segundo Maslach, (2000) na melhor forma de prevenir e intervir no *Burnout*. A autor refere que estas medidas devem ser planeadas a longo prazo e que os resultados para as organizações são de um valor incalculável. Garcia (1990) afirma que o trabalho em equipa influencia positivamente para dissipar atitudes negativas e consequentemente permitir ao indivíduo a melhor compreensão dos problemas que o afectam.

Na intenção de apresentar estratégias capazes de proteger os indivíduos, Shaufeli (1992), propõe a elaboração de seminários muito comuns nos EUA: *burnout workshops*, que estes seminários comportam um conjunto de sessões práticas e teóricas que ajudam o indivíduo a identificar o *Burnout* na fase inicial, conhecer as práticas de enfrentamento e a preveni-lo.

Queirós, (2005) cit Marques – Teixeira (2002), sugere que os “grupos balint” são de grande importância na medida em que permitem ao sujeito encontrar estratégias próprias, propiciando mais confiança no desempenho das suas tarefas e mais auto estima.

Entre as várias propostas indicadas pela literatura como potenciais inibidores do stress e do *Burnout*, apontam-se as seguintes (Sá, 2002):

- i) De MacIntyre (1994), que afirma que constitui uma acção imprescindível tomar-se consciência dos sintomas de stress e *Burnout*;
- ii) Comunicar de forma aberta e honesta e saber ouvir, sugerido por Cornel (1993);
- iii) Intensificar práticas de relaxamento, apontadas por Tsai e Crocket (1993);

e ainda

- iv) De Leidy (1992) que afirma que saber rir e ter sentido de humor reduz o stress e melhora o sistema imunitário.

A nível das organizações são de grande importância os aspectos como:

- i) Variar as tarefas nas rotinas chave;
- ii) Privilegiar o trabalho em equipa;
- iii) Promover locais de trabalho agradáveis;
- iv) Manter uma livre circulação de informação;
- v) Encorajar as pessoas a falar das dificuldades;
- vi) Envolver as pessoas nas tomadas de decisão;
- vii) Reconhecer o trabalho efectuado;
- viii) Criar grupos de suporte e fóruns de discussão dos problemas institucionais (Queiros, 2005; Marques- Teixeira, 2002).

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Metodologia

Pretende-se neste capítulo descrever a metodologia utilizada no estudo, a população alvo, os objectivos, as variáveis, assim como apresentar as questões de investigação e as hipóteses formuladas.

A investigação científica é um processo que permite examinar, descrever, explicar e prever fenómenos, factos ou acontecimentos no sentido de confirmar hipóteses (Fortin, 1999). No presente estudo foi escolhida a metodologia que nos parece ser a mais apropriada com vista à obtenção das respostas adequadas às questões de investigação formuladas.

Na metodologia utilizada é fundamental “indicar minuciosamente os procedimentos adoptados na investigação”. (Gil 1994, p. 192).

A metodologia utilizada foi estruturada e dividida em etapas, a saber:

- |   |   |
|---|---|
| 1 - Questões de investigação e hipóteses; | 5 - Procedimentos administrativos e éticos; |
| 2 - População e amostra;                  | 6 - Tratamento estatístico;                 |
| 3 - Variáveis e sua operacionalização;    | 7 - Análise psicométrica das escalas        |
| 4 - Instrumento de colheita de dados;     |   |

O tipo de estudo que nos propomos efectuar é um estudo quantitativo, não experimental, descritivo, analítico e correlacional, do *Burnout*, percebido pelos profissionais de saúde num Hospital Central do Namibe, (Ngola Kimbanda)

É quantitativo, não experimental, pois é baseado na recolha de dados através da resposta a um questionário sem que haja manipulação de variáveis, pelo que os dados recolhidos são objectivos, não havendo qualquer intervenção do investigador.

É descritivo, porque tem como objectivo observar, descrever e documentar os aspectos de um fenómeno que ocorre de uma forma natural, podendo haver o estabelecimento de relações entre as variáveis do estudo.

É analítico pois dá continuidade aos estudos descritivos, analisando a relação entre as variáveis e o modo como influenciam o fenómeno em estudo. É ainda um estudo não experimental pois não é feita qualquer tipo de intervenção, apenas observação, descrição, análise e correlação de fenómenos sem os manipular.

Com este estudo pretende-se (objectivos):

- i) Identificar o *Burnout* decorrente do trabalho dos profissionais de saúde que desempenham funções no referido Hospital;
- ii) Verificar se variáveis, como: o género, o tempo de experiência profissional na organização, tempo no actual cargo, ter um 2º emprego, grupo profissional, o cargo actual e o desajuste nas 6 áreas de vida laboral estão relacionados com o *Burnout*.

## 4.2 Questão de Investigação e Hipóteses

Uma questão de investigação é uma interrogação explícita, relativamente a um problema a examinar e a analisar com o fim de obter novas observações. A sua construção deve ser feita de forma clara e precisa, com termos observáveis e mensuráveis.

Assim para precisar a direcção que será dada à nossa investigação, o presente estudo pretende responder a duas questões fundamentais:

- i) Quais as dimensões do *Burnout* que são mais evidenciadas pelos profissionais de saúde do Hospital em estudo?

- ii) Será que o género, o tempo de experiência profissional na organização, tempo no actual cargo, ter um 2º emprego, grupo profissional, o cargo actual e o desajuste com as áreas de vida laboral influenciam o *Burnout* percebido pelos técnicos de saúde da unidade hospitalar?

A elaboração de hipóteses é um passo fundamental em qualquer trabalho de investigação, pelo que após a delimitação do problema em estudo, torna-se necessário proceder à sua formulação. A hipótese “é a proposição testável que pode vir a ser a solução do problema” (Gil, 1994, pág. 35).

A partir do momento em que a hipótese é formulada, vai servir de fio condutor para todo o trabalho, permitindo ao investigador recolher sobre determinado assunto os dados mais pertinentes. São eles “que dão direcção à obtenção e interpretação de dados” (Polit e Hungler, 1995, pág. 103).

De acordo com a questão enunciada e com os objectivos desta pesquisa, formulámos as seguintes hipóteses:

- H1: Existe relação entre o género dos profissionais de saúde e os níveis de *Burnout* que evidenciam;
- H2: Existe diferença nos níveis de *Burnout* dos profissionais de saúde consoante o tempo de experiência profissional que tem na organização;
- H3: Existe relação entre os níveis de *Burnout* dos profissionais de saúde e o tempo no actual cargo que desempenham;
- H4: Existe diferença nos níveis de *Burnout* dos técnicos de saúde consoante se tem ou não outro emprego;
- H5: Existe relação entre os níveis de *Burnout* dos técnicos de saúde e grupo profissional a que pertencem;
- H6: Existe relação entre os níveis de *Burnout* dos técnicos de saúde e o cargo actual;
- H7: Existe diferença nos níveis *Burnout* dos técnicos de saúde consoante as áreas de vida laboral em desajuste.

## 4.3 População e Amostra

Uma população é “ (...) toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios”. (Polit e Hungler, 1995, pág. 143).

Nesta perspectiva a população alvo do estudo é o conjunto de todos os profissionais de saúde dos serviços do Hospital Ngola Kimbanda.

Na impossibilidade de estudar toda a população, recorreremos a técnica de amostragem, ou seja, “escolher uma parte (amostra), de tal forma que ela seja a mais representativa possível do todo” (Lakatos e Marconi, 1992, pág. 108).

A amostra seleccionada pode considerar-se não probabilística por conveniência, apesar de FORTIN (1999), referir que as amostras não probabilísticas têm maior risco de não serem representativas.

Foram distribuídos para preenchimento 100 questionários, tendo sido devolvidos 60, destes eliminámos dezasseis, dadas as incorrecções existentes no seu preenchimento ou por estarem consideravelmente incompletos. Deste modo, a amostra total é de 44 profissionais de saúde do Hospital Ngola Kimbanda, distribuídos por, 24 elementos do masculino e 20 do feminino.

## 4.4 Variáveis e sua Operacionalização

### 4.4.1 Variável Dependente

A variável dependente é designada como a resposta, o efeito, o critério, o comportamento ou o resultado, que o investigador quer predizer ou explicar. Para Polit e Hungler (1995, p.26) “...o efeito presumível é a variável dependente”. No nosso estudo foi determinada como variável dependente, *Burnout*. Dada a complexidade desta variável, começamos por conceptualizá-la.

O *Burnout* define-se como uma resposta prolongada no tempo a stressores interpessoais crónicos no trabalho. Assim, para operacionalizar a variável *Burnout*, recorreremos ao Questionário *Human Services Survey (MBI-HSS)*, que é uma adaptação para a população portuguesa feita por Camila Tapadinhas (2009), do Maslach Burnout Inventory Manual

desenvolvida por (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). Trata-se de uma escala de autoavaliação de tipo Likert em que é pedido ao sujeito que avalie, em sete possibilidades que vão de “nunca” a “todos os dias”, com que frequência sente um conjunto de sentimentos expressos em frases. Actualmente existem três versões distintas em função da área profissional do respondente. Neste estudo utilizamos a versão com 22 itens para profissionais da área da saúde (MBI-HSS, de *Human Services Survey*).

Trata-se de uma escala composta por três dimensões chave: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional (Maslach, 1993). Por exaustão emocional entende-se esgotamento dos recursos emocionais, morais e psicológicos da pessoa. A despersonalização traduz um distanciamento afectivo ou indiferença emocional em relação aos outros, nomeadamente àqueles que são a razão de ser da actividade profissional (pacientes, alunos, etc.). Finalmente, a redução ou perda da realização profissional exprime uma diminuição dos sentimentos de competência e de prazer associados ao desempenho de uma actividade profissional.

DIMENSÕES	ITENS
Exaustão emocional	1,2,3,6,8,13,14,16,20
Despersonalização	5,10,11,15,22
Realização profissional	4,7,9,12,17,18,19,21

**Quadro 4: Dimensões e número de itens da escala Human Services Survey**

Grau de Burnout	Baixo	Médio	Alto
Exaustão emocional	≤18	19-26	≥27
Despersonalização	≤ 5	6-9	≥10
Realização profissional	≥40	39-34	≤33

**Quadro 5: Dimensões e categorização do burnout avaliado pela escala Human Services Survey**

#### 4.4.2 Variáveis Independentes

Para Polit e Hungler (1995, p.26) “A causa presumível é a variável independente”, as variáveis independentes são, portanto, variáveis que afectam outras variáveis, correspondendo a suspeitas de causas do problema que estamos a estudar.

Neste estudo as variáveis independentes consideradas foram:

- a) Género;
- b) Tempo de experiência profissional na organização;
- c) Tempo no actual cargo;
- d) Ter um 2º emprego;
- e) Grupo profissional;
- f) Cargo actual;
- g) Áreas de vida laboral (carga de trabalho, controlo, recompensa, comunidade, justiça e valores)

Relativamente às variáveis independentes já descritas anteriormente, são operacionalizadas da seguinte forma:

- a) Género: Variável dicotómica: masculino e feminino, além das diferenças anatómicas e fisiológicas que caracterizam homens e mulheres, cada um vive experiências específicas.
- b) Tempo de experiência profissional na organização: refere-se ao tempo decorrido desde o início de actividade na organização até ao momento do preenchimento do instrumento de colheita de dados, consideramos oito itens fechados:
  - 0 - 6 meses;
  - 7 -11 meses;
  - 1 - 2 anos;
  - 3 - 5 anos;
  - 6 -10 anos;
  - 11 -15 anos;
  - 16 - 20 anos;
  - $\geq$  21 anos.

c) Tempo no actual cargo: refere-se ao tempo decorrido desde que foi empossado do actual cargo até ao momento do preenchimento do instrumento de colheita de dados, consideramos oito itens fechados:

- 0 - 6 meses;
- 7 -11 meses;
- 1 - 2 anos;
- 3 - 5 anos;
- 6 -10 anos;
- 11 -15 anos;
- 16 - 20 anos;
- $\geq$  21 anos.

d) Ter um 2º emprego: consideraram-se dois itens fechados (sim e não trabalha apenas nessa organização).

e) Grupo profissional: apresentamos como alternativa de resposta 7 itens fechados:

- Médico/a;
- Enfermeiro/a;
- Outros Profissionais da Saúde;
- Administrativo (analista, assistente de atendimento, comercial, financeiro, recursos humanos, aprovisionamento);
- Operacional (auxiliar de alimentação, auxiliar de limpeza, técnico de manutenção, vigilante);
- Grupo Executivo (gerente, superintendente, supervisor);
- Outro.

f) Cargo actual: consideramos cinco itens:

- Pessoal da linha da frente;
- Supervisor/Coordenador;
- Gestor (Primeiro nível);
- Gestor (Intermediária);
- Gestor (Sénior).

g) Percepções dos técnicos de saúde acerca da forma como encaram a sua vida laboral; foi operacionalizada através do recurso do questionário de “áreas de vida laboral” adaptado de “áreas of worklife Survey manual” construído por Leiter, P e Maslach, C. (2006). O questionário de “áreas de vida laboral” é constituída por 29 perguntas tipo Likert, para cada questão existem cinco alternativas de resposta: discordo totalmente, discordo; difícil de decidir, concordo e concordo totalmente.

A cotação atribuída por cada item varia de um ponto (discordo totalmente), até cinco pontos (concordo totalmente). Os itens: 1, 2, 3, 4, 12, 13, 18, 23, 24 e 29 devem ser cotados de forma inversa, uma vez que as questões são colocadas na negativa.

Trata-se de um questionário composto por seis dimensões (áreas): Carga de trabalho; Controlo; Recompensa; Comunidade; Justiça e Valores.

<b>DIMENSÕES</b>	<b>ITENS</b>
Carga de trabalho	1,2,3,4,5 e 6
Controlo	7,8,e 9
Recompensa	10,11,12 e 13
Comunidade	14,15,16,17 e 18
Justiça	19,20,21,22,23 e 24
Valores	25,26,27,28 e 29

**Quadro 6: Dimensões e número de itens do questionário “áreas de vida laboral”**

## **4.5 Instrumentos de colheita de dados**

Todas as fases do processo de pesquisa são muito importantes, no entanto, a colheita de dados é a peça fulcral desse processo. Para a colheita de dados é necessário utilizar um instrumento fidedigno e válido, pois segundo Polit e Hungler (1995), sem métodos de alta qualidade para a colheita de dados, a precisão e a força das conclusões da pesquisa são facilmente desafiadas.

Um dos métodos utilizados para a colheita de dados é o questionário, que para Fortin (1999:249), “é um método de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos... é habitualmente preenchido pelos próprios sujeitos sem assistência”. Ainda segundo esta autora quando elaboramos um instrumento de recolha de dados,

devemos ter em atenção, o objectivo do estudo, o nível de conhecimento do fenómeno em estudo e das variáveis.

Por conseguinte, o instrumento de recolha de dados por nós adaptado, foi o questionário (Anexo I), constituído por quatro partes distintas: a primeira parte visa determinar o Burnout dos indivíduos (escala HSS). A segunda, tinha como objectivo avaliar a forma como os indivíduos encaram a sua vida laboral (questionário “áreas de vida laboral). A terceira parte caracteriza a amostra nas vertentes sócio-demográficas e sócio-profissionais, sendo composta por sete questões. Por fim, na última parte, eram apresentados 18 possíveis situações stressantes, sendo solicitado que os indivíduos indicassem quais é que consideravam stressantes.

Atendendo à amostra a estudar, à sua capacidade de ler e interpretar, relacionada com o seu nível de escolaridade e à sua idade, parece-nos adequado e facilitador do processo de recolha de dados, a escolha deste tipo de instrumento, para ambas as partes, investigador e técnicos de saúde. Assim ao primeiro, sai mais económico em tempo e dinheiro, dispensando-o de estar presente na recolha de dados e libertando-o para outras actividades do processo de investigação; aos segundos guia-os para a resposta a dar dentro de um leque de alternativas.

## **4.6 Procedimentos Éticos e Formais**

Para o desenvolvimento deste estudo pretende-se ter sempre em consideração o respeito pela pessoa, a garantia do anonimato e a protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.

Para Fortin (1999, p.114) “a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

Assim, ao papel de investigador associam-se obrigações e responsabilidades morais para com a sociedade, comunidade científica e participantes nos estudos, considerando estes princípios e direitos fundamentais do ser humano.

Deste modo, e garantindo o anonimato e a confidencialidade, a identidade do sujeito não foi associada às respostas individuais, numerando-se os questionários e os resultados vão ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes no estudo possa ser

reconhecido pelo investigador ou pelo leitor do relatório de investigação. Todos os participantes tiveram conhecimento de que todos os instrumentos de recolha de dados serão anónimos e confidenciais.

Para que houvesse um consentimento informado na participação do estudo pretendeu-se que todos os indivíduos da amostra tivessem conhecimento da finalidade e objectivos a alcançar neste estudo, quais os critérios de selecção dos participantes, que instrumentos de recolha de dados vão ser utilizados e os benefícios adjacentes da participação neste estudo como o aumento do conhecimento nesta área que implicará melhores intervenções. Foi explicado que existe a possibilidade de as pessoas negarem a participação no estudo e considerado o direito à intimidade explicando ao sujeito que ele próprio decide qual a extensão da informação que deseja partilhar.

## 4.7 Tratamento Estatístico

Depois de colhidos os dados, recorreremos ao computador, os dados foram introduzidos e tratados no programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science), na versão 17.0.0

O tratamento estatístico foi a dois níveis:

- **Análise estatística descritiva** – que permitiu fazer uma descrição geral da amostra e a apresentação dos dados em quadros. Recorreremos aos seguintes testes estatísticos:
  - **FREQUÊNCIAS:**
    - absolutas (n)
    - relativas (%)
  - **MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL:**
    - médias aritméticas ( $\bar{x}$ )
    - modas ( $M_o$ )
    - mediana ( $M_d$ )
  - **MEDIDAS DE DISPERSÃO OU VARIABILIDADE:**
    - desvios padrão (DP)

- COEFICIENTES:  
- “alpha” de Cronbach

- **Análise estatística inferencial** – que permitiu testar as hipóteses de investigação formuladas e prever a possibilidade de generalização dos resultados para a população.

Com a finalidade de seleccionar os testes de hipóteses recorreu-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov, com o intuito de verificar se as variáveis seguem uma distribuição normal na população. Os valores encontrados (níveis de significância inferiores a 0,05) para todas as dimensões da escala “Human Services Survey”, bem como para a escala de “áreas de vida laboral” (excepção da dimensão recompensa), levam-nos a inferir que a distribuição não será normal. Mediante estes resultados, e a dimensão da amostra (n=44), elegemos para o nosso estudo a utilização de testes estatísticos não paramétricos.

Assim, os testes eleitos foram: teste de significância da Correlação de Spearman, teste de Mann-Whitney e teste de Kruskal-Wallis.

O nível de significância ( $\alpha$ ) utilizado no estudo foi de 0,05 ( $p < 0,05$ ).

ESCALAS		Kolmogorov-Smirnov	Nível de Significância
HSS	Exaustão emocional	0,289	0,000
	Despersonalização	0,250	0,000
	Realização profissional	0,240	0,000
Áreas de vida laboral	Carga de trabalho	0,155	0,010
	Controlo	0,147	0,017
	Recompensa	0,126	0,078
	Comunidade	0,142	0,026
	Justiça	0,159	0,007
	Valores	0,198	0,000

**Quadro 7: Resultados do teste de normalidade para as escalas Human Services Survey e Áreas de Vida Laboral**

### 3.8. Análise Psicométrica das Escalas

Tendo por base os dados recolhidos, procedeu-se à análise psicométrica e consistência interna dos instrumentos utilizados, através do programa SPSS. Para avaliarmos as qualidades psicométricas de qualquer instrumento de medida necessitamos de efectuar estudos de fiabilidade e validade que, no seu conjunto, nos indicam o grau de generalização que os resultados poderão alcançar.

Os estudos de fiabilidade dizem algo sobre o grau de confiança ou de exactidão que podemos ter na informação obtida. Avaliam a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens.

A consistência interna refere-se ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem a prova, isto é, avalia o grau em que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item. Deste modo, o estudo da homogeneidade dos itens (consistência interna) foi conduzida realizando através da determinação do coeficiente alfa de Cronbach tanto para os factores como para o total da escala. Este indicador permite medir a variância devido à heterogeneidade dos itens.

No seu conjunto, os índices de consistência interna (Quadro 8) obtidos para a escala “Human Services Survey “ podem ser considerados muito bons na dimensão “Exaustão emocional” ( $\alpha=0,845$ ) e “Realização profissional”, a dimensão “despersonalização” apresenta o valor mais baixo ( $\alpha=0,557$ ), o que pode ser considerado satisfatório se tivermos em conta o nº de itens (5). O questionário de “áreas de vida laboral” apresenta razoáveis indices de fidelidade, oscilaram entre um máximo de 0,709 (valores) e o mínimo de 0,606 (comunidade) contudo inferior ao verificado pelos autores da escala.

ESCALAS		Nº de itens	Consistência interna ( $\alpha$ )
HSS	Exaustão emocional	9	0,845
	Despersonalização	5	0,557
	Realização profissional	8	0,817
Áreas de vida laboral	Carga de trabalho	6	0,655
	Controlo	3	0,634
	Recompensa	4	0,643
	Comunidade	5	0,606
	Justiça	6	0,690
	Valores	5	0,709

**Quadro 8: Consistência interna das escalas Human Services Survey e Áreas de Vida Laboral**

## **5. RESULTADOS**

### **5.1 Apresentação e Análise de Dados**

Uma vez recolhidos os dados, a partir da aplicação do questionário à amostra seleccionada e após o seu tratamento estatístico, é possível, agora, proceder à sua organização e sistematização em quadros. As fontes vão ser omitidas, visto que todos os dados dizem respeito aos dados colhidos através do instrumento de colheita de dados.

O objectivo da apresentação dos dados em quadros é permitir uma leitura clara e objectiva dos mesmos, de forma a analisá-los e estabelecer relações entre a variável dependente e as variáveis independentes.

### **5.2 Caracterização Sócio-demográfica da Amostra**

Como referido no ponto 3.2 – Caracterização Sócio- demográfica da Amostra foram distribuídos para preenchimento 100 questionários, tendo sido devolvidos 60, destes eliminámos dezasseis, dadas as incorrecções existentes no seu preenchimento ou por estarem consideravelmente incompletos. Deste modo, a amostra total é de 44 profissionais de saúde do Hospital Ngola Kimbanda.

Da observação do Quadro 9, verifica-se que a distribuição dos indivíduos em estudo, segundo o género é heterogénea, 45,5% são do feminino e 54,5% são do masculino.

<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	24	54,5
Feminino	20	45,5
Total	44	100,0

**Quadro 9: Distribuição dos indivíduos segundo o género**

### 5.3 Caracterização Sócio-Profissional da Amostra

No que concerne ao grupo profissional dos indivíduos em estudo (Quadro 10), constatou-se que a maior parte (47,7%) são enfermeiros, seguindo-se 29,5% que são médicos e 18,2% outros profissionais de saúde. De salientar que apenas 2,3% são administrativos e igual percentagem pessoal operacional).

<b>Grupo Profissional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Médico/a	13	29,5
Enfermeiro/a	21	47,7
Outros Profissionais da Saúde	8	18,2
Administrativo	1	2,3
Operacional (auxiliar de alimentação, auxiliar de limpeza,...)	1	2,3
Total	44	100,0

**Quadro 10: Distribuição dos indivíduos segundo o grupo profissional**

Em relação ao cargo que desempenham na instituição (Quadro 11), constatámos que a maior parte (43,2%) pertence a pessoal da linha da frente, seguindo-se 25,0% que são supervisores/coordenadores e 18,2% gestores (vários níveis). De referir que 13,6% dos indivíduos em estudo não responderam.

<b>Cargo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Pessoal da linha da frente	19	43,2
Supervisor/coordenador	11	25,0
Gestor (primeiro nível)	4	9,1
Gestor (intermediário)	3	6,8
Gestor (sénior)	1	2,3
Não Respondeu	6	13,6
Total	44	100,0

**Quadro 11: Distribuição dos indivíduos segundo o cargo que ocupam na instituição**

Relativamente ao tempo de exercício profissional na actual organização (quadro 12), verifica-se que, a maior parte (45,5%) o faz a mais de 20 anos. De salientar que apenas 4,6% dos indivíduos em estudo trabalham na organização há menos de um ano e 22,7% entre um ano e cinco anos.

<b>Tempo de trabalho na Organização</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
0 - 6 Meses	1	2,3
7 -11 Meses	1	2,3
1 - 2 Anos	6	13,6
3 - 5 Anos	4	9,1
6 -10 Anos	2	4,5
11 -15 Anos	3	6,8
16 -20 Anos	7	15,9
≥21 Anos	20	45,5
Total	44	100,0

**Quadro 12: Distribuição dos indivíduos segundo o tempo em que trabalham na organização**

Em relação ao tempo de serviço dos indivíduos no actual cargo que desempenham na organização (Quadro 13), constatámos que 20,5% o fazem entre um e dois anos e igual percentagem entre 3 e 5 anos. De salientar que 18,2% o fazem a mais de 20 anos e 4,5% a seis ou menos meses.

<b>Tempo de trabalho no cargo actual na Organização</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0 - 6 Meses	2	4,5
7 -11 Meses	1	2,3
1 - 2 Anos	9	20,5
3 - 5 Anos	9	20,5
6 -10 Anos	7	15,9
11 -15 Anos	5	11,4
16 -20 Anos	3	6,8
≥21 Anos	8	18,2
Total	44	100,0

**Quadro 13: Distribuição dos indivíduos segundo o tempo em que trabalham no actual cargo na organização**

## 5.4 Caracterização Laboral da Amostra

Quanto à distribuição dos indivíduos segundo o seu regime de trabalho na organização (quadro 14), pode-se constatar que metade trabalha a tempo completo, 11,4% apenas em regime de meio horário, sendo que 38,6% não responderam a esta questão.

<b>Regime de trabalho</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tempo Completo	22	50,0
Meio Horário	5	11,4
Não Respondeu	17	38,6
Total	44	100,0

**Quadro 14: Distribuição dos indivíduos segundo o regime de trabalho na organização**

Quando questionados os indivíduos em estudo se tinham outro emprego fora da organização (quadro 15), a grande maioria respondeu negativamente (72,7%), sendo que 20,5% respondeu afirmativamente e 6,8% não responderam.

Outro Emprego?	n	%
Sim	9	20,5
Não	32	72,7
Não Respondeu	3	6,8
Total	44	100,0

**Quadro 15: Distribuição dos indivíduos segundo se tem outro emprego fora da organização**

O quadro 16, permite verificar a percepção dos indivíduos em estudo do grau de pressão na organização, assim, a maioria (56,8%) não responderam a esta questão. 27,3% referiram um grau de pressão moderada e 6,8% bastante. De referir que 4,5% dos indivíduos em estudo referiram não sentir nenhuma pressão na organização.

Grau de Pressão	n	%
Nenhum	2	4,5
Pouca	1	2,3
Moderada	12	27,3
Bastante	3	6,8
Muita	1	2,3
Não Respondeu	25	56,8
Total	44	100,0

**Quadro 16: Distribuição dos indivíduos segundo a sua percepção do grau de pressão na organização**

## 5.5 Caracterização do Burnout Percepcionado pelos Indivíduos

O Quadro 17, permite-nos observar o *Burnout* percepcionado pelos indivíduos em estudo (avaliado pela escala Human Services Survey). Em relação à exaustão emocional o valor médio observado foi de 17,84 (sendo o máximo possível de 54) com um desvio padrão de 10,27 e a mediana de 21. Quanto à despersonalização o valor médio observado foi de 7,63 ( $\pm 4,47$ ), com uma mediana de 8 tendo os valores oscilaram entre um mínimo de 0 e um máximo de 16 (máximo possível de 30). Por último, em relação à percepção de realização

profissional (a redução da realização profissional exprime uma diminuição dos sentimentos de competência e de prazer associados ao desempenho de uma actividade profissional) o valor médio observado foi de 36,43 ( $\pm 5,29$ ), sendo a mediana de 36.

Burnout	$\bar{X}$	DP	Mediana	Mínimo Observado	Máximo Observado	Mínimo Possível	Máximo Possível
Exaustão emocional	17,84	10,27	21	0	34	0	54
Despersonalização	7,63	4,47	8	0	16	0	30
Realização profissional	36,43	5,29	36	24	48	0	48

**Quadro 17: Estatística descritiva dos resultados da escala Human Services Survey**

Para uma melhor análise dos resultados, os autores da escala categorizaram as suas dimensões, através de grupos de corte, classificando-as, em:

- Baixo;
- Médio;
- Alto.

Assim, a análise do quadro 18, permite-nos verificar que a maior parte (45,4%) dos indivíduos apresentavam níveis baixos de exaustão emocional, contudo para 27,4% esses níveis eram médios e para igual percentagem altos.

Exaustão emocional	n	%
Baixo ( $\leq 18$ )	20	45,4
Médio (19-26)	12	27,3
Alto ( $\geq 27$ )	12	27,3
Total	44	100,0

**Quadro 18: Distribuição dos indivíduos segundo o nível de exaustão emocional**

**Quadro 18:**

Em relação à despersonalização, o quadro 19, revela que a maior parte (38,6%) dos indivíduos percepciona altos níveis de despersonalização. Apenas 29,5% percepcionam baixos níveis e 31,8% moderados.

<b>Despersonalização</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Baixo (≤5)	13	29,5
Médio (6-9)	14	31,8
Alto (≥10)	17	38,6
Total	44	100,0

**Quadro 19: Distribuição dos indivíduos segundo o nível de despersonalização**

Conforme se verifica no quadro 20, 47,7% dos indivíduos apresentam um nível de realização profissional “médio” e 27,3% alto. De salientar que para 25% dos indivíduos o nível de realização profissional é baixo.

<b>Realização profissional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Baixo (≥ 40)	11	25,0
Médio (34-39)	21	47,7
Alto (≤33)	12	27,3
Total	44	100,0

**Quadro 20: Distribuição dos indivíduos segundo o nível de realização profissional**

O quadro 21, permite avaliar a percepção dos indivíduos quanto a forma como encaram a sua vida laboral (avaliado pela questionário de “áreas da vida laboral”). A avaliação das dimensões obteve-se através do score médio dos itens que a constituem. Assim, é na dimensão “controlo” que se verifica o valor médio mais elevado 3,60 ( $\pm 0,83$ ), seguindo-se a dimensão “comunidade” (3,55;  $\pm 0,83$ ) e “carga de trabalho” (3,46;  $\pm 0,62$ ). O valor médio mais baixo foi na dimensão “justiça” (2,70;  $\pm 0,59$ ). Os valores observados em todas as dimensões (excepção de: justiça e valores) foram superiores aos valores médios normativos.

Áreas de vida laboral	$\bar{X}$	DP	Mediana	Mínimo Observado	Máximo Observado	$\bar{X}$ Normativa
Carga de trabalho	3,46	0,62	3,66	1,83	4,50	2.87
Controlo	3,60	0,83	3,33	1,67	5,00	3.36
Recompensa	3,28	0,83	3,50	1,00	5,00	3.20
Comunidade	3,55	0,67	3,60	1,80	4,80	3.46
Justiça	2,70	0,59	2,75	1,00	3,83	2.84
Valores	3,14	0,60	3,20	2,00	4,20	3.42

**Quadro 21: Estatística descritiva dos resultados questionário de “áreas da vida laboral”**

No que diz respeito às principais situações apontadas pelos profissionais de saúde como causadoras de stress (Quadros 22), os equipamentos funcionarem mal e a falta de enfermeiros, foram as situações mais apontada (25 indivíduos), seguindo-se a falta de médicos (23) e logo depois o não terem equipamentos disponíveis (22); a falta de conhecimentos técnicos dos colegas e o excesso de ruído de equipamentos foi apontado como situação stressante por 19 técnicos de saúde. Por outro lado, as situações que foram menos apontadas (9) como causadoras de stress foram: ter falta de treino especializado para o cargo que ocupam, ter de se ausentarem do serviço para gerir problemas domésticos e a falta de energia eléctrica alternativa (gerador).

Situações stressantes	n
Equipamentos que funcionam mal	25
Falta de enfermeiros	25
Falta de Médicos	23
Equipamentos não disponíveis	22
Falta de conhecimentos técnicos (colegas)	19
Excesso de ruído nos equipamentos	19
Falta de transporte (ambulância) para os doentes	17
Necessidade de transferir o doente para outras unidades	17
Recursos materiais inadequados	17
Falta de energia eléctrica	15

Situações stressantes	n
Executar tarefas que estão fora da minha competência	15
Sentir falta de apoio dos colegas	14
Passar o tempo a “apagar fogos” em vez de seguir um plano de actividades	13
Higiene e conforto das instalações do hospital	12
Ter dificuldade em gerir o meu tempo, face as solicitações dos outros	11
Lidar com novas técnicas e equipamentos	10
Ter falta de treino especializado para o cargo que ocupo	9
Ter de me ausentar do serviço para gerir problemas domésticos	9
Energia eléctrica alternativa (gerador)	9

**Quadro 22: Ordenação das principais situações apontadas pelos técnicos de saúde como causadoras de stress**

## 5.6 Teste de Hipóteses

De forma a testar a relação entre as variáveis procedeu-se a análise de cada uma das hipóteses de investigação. Os resultados são apresentados em quadros antecedidos da respectiva análise. Foi considerado um nível de significância de 0,05.

### **H1: Existe relação entre o género dos profissionais de saúde e os níveis de burnout que evidenciam;**

No estudo conjunto da informação referente aos níveis de *Burnout* percebido pelos indivíduos de o género destes (Quadro 23), podemos verificar que: os indivíduos do feminino obtiveram ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões do que os seus pares do masculino.

Para testar se essas diferenças são estatisticamente significativas aplicámos o teste de Mann-Whitney, que identificou que as diferenças verificadas não são estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ). De referir, que na dimensão “despersonalização” o valor observado ( $p=0,053$ ) foi no limiar da significância definida para o estudo (0,05). Logo, podemos refutar a primeira hipótese de

investigação: existe relação entre o gênero dos técnicos de saúde e os níveis de *Burnout* que evidenciam.

Gênero Burnout	Masculino (n=24)	Feminino (n=20)	Z	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Exaustão emocional	19,73	25,83	-1,572	0,116
Despersonalização	19,08	26,60	-1,939	0,053
Realização profissional	21,31	23,93	-0,674	0,500

**Quadro 23: Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney, relativamente ao gênero e a percepção do *Burnout* por parte dos indivíduos**

**H2: Existe diferença no *Burnout* dos técnicos de saúde consoante o tempo de experiência profissional que tem na organização**

Ao relacionarmos a forma como *Burnout* se relaciona com o tempo de experiência profissional que os indivíduos tem na organização (correlação de Spearman), em termos globais, observa-se uma tendência para o tempo de experiência profissional que os indivíduos tem na organização se correlacionar positivamente com o *Burnout* (exceção dimensão “Realização profissional”), contudo essa diferença é estatisticamente significativa apenas em relação a exaustão emocional ( $r_s = 0,377$ ;  $p=0,012$ ), o que nos permite afirmar que: consoante aumenta o tempo de experiência profissional que os indivíduos têm na organização estes tendem a evidenciar maior exaustão emocional. Assim aceitamos parcialmente H2: existe diferença no *Burnout* dos profissionais de saúde consoante o tempo de experiência profissional que tem na organização no que se refere a exaustão emocional.

Burnout	Rs	P
Exaustão emocional	0,377	0,012
Despersonalização	0,244	0,110
Realização profissional	-0,133	0,389

**Quadro 24: Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, ao *Burnout* percebido pelos indivíduos e o tempo de experiência profissional que tem na organização**

**H3: Existe relação entre o nível de *Burnout* dos profissionais de saúde e o tempo no actual cargo que desempenham;**

Ao relacionarmos a forma como o tempo no actual cargo que desempenham com o burnout dos indivíduos (correlação de Spearman), observa-se uma tendência para o tempo no actual cargo se correlacionar positivamente com o *Burnout*, em relação a exaustão emocional e despersonalização, sendo que em relação a Realização profissional essa correlação é negativa. Contudo a correlação só é estatisticamente significativa ( $r_s = 0,356$ ;  $p = 0,018$ ) em relação a exaustão emocional. Estes resultados permitem-nos afirmar que consoante aumenta o tempo no actual cargo os indivíduos tendem a perceber maior exaustão emocional. Assim aceitamos  $H_3$  no que se refere a exaustão emocional.

<b>Burnout</b>	<b>Rs</b>	<b>P</b>
Exaustão emocional	<b>0,356</b>	<b>0,018</b>
Despersonalização	0,196	0,202
Realização profissional	-0,197	0,199

**Quadro 25: Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, ao *Burnout* percebido pelos indivíduos e o tempo no actual cargo que desempenham**

**H4: Existe diferença no *Burnout* dos profissionais de saúde se tem ou não segundo emprego;**

Pela análise do Quadro 26, relativa a percepção do *Burnout* por parte dos indivíduos e se tem outro emprego fora da organização, constatámos que os indivíduos que tem outro emprego para além da actual organização percebem mais burnout (ordenações médias mais elevadas na “exaustão emocional” e “despersonalização”), por outro lado, obtiveram ordenações médias mais baixas na dimensão “Realização profissional”.

A fim de testarmos a quarta hipótese de investigação, e desta maneira, verificarmos se o facto de ter outro emprego fora da organização influencia o burnout, utilizámos o teste de Mann-Whitney, que não identificou existência de diferença significativa ( $p > 0,05$ ). Desta forma, rejeitamos a quarta hipótese de investigação.

Segundo Emprego Burnout	Sim (n=9)	Não (n=32)	Z	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Exaustão emocional	25,67	19,69	-1,326	0,185
Despersonalização	24,17	20,11	-0,900	0,368
Realização profissional	14,50	22,83	-1,851	0,064

**Quadro 26: Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney, relativamente a percepção do burnout por parte dos indivíduos e se tem outro emprego fora da organização**

**H5: Existe relação entre *Burnout* dos profissionais de saúde e grupo profissional a que pertencem**

Comparando o grupo profissional dos indivíduos e a sua percepção do *Burnout* (Quadro 27), podemos observar que, são os enfermeiros que percebem maior *Burnout* nas dimensões “exaustão emocional” e “despersonalização” (ordenações médias mais elevadas, sendo que são os médicos aqueles que percebem menor “exaustão emocional (18,00) e “despersonalização” (15,04). Quanto a realização profissional, são os enfermeiros aqueles que se sentem mais realizados (ordenação média mais baixa).

A fim de testarmos a quinta hipótese e, desta maneira, verificarmos se existe ou não diferença significativa entre os valores apresentados e os três grupos em estudo, utilizámos o teste Kruskal-Wallis, que identificou existência de diferença estatisticamente significativa ( $p= 0,41$ ) entre os grupos apenas na dimensão “despersonalização”. Logo, podemos aceitar parcialmente a quinta hipótese: existe relação entre *Burnout* dos profissionais de saúde e grupo profissional a que pertencem, no que se refere a despersonalização.

Grupo Profissional	Médico (n=13)	Enfermeiro (n=21)	Outros Profissionais (n=10)	$\chi^2$	P
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Exaustão emocional	18,00	25,93	21,15	3,219	0,200
Despersonalização	15,04	26,21	24,40	6,400	0,041
Realização profissional	23,81	18,76	28,65	4,239	0,120

**Quadro 27: Resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, relativamente ao grupo profissional e percepção do *Burnout* por parte dos indivíduos**

#### **H6: Existe relação entre *Burnout* dos técnicos de saúde e o cargo actual**

Pela análise do Quadro 28, relativo a forma como o cargo actual dos indivíduos influencia a sua percepção do burnout, constatámos que: o pessoal da “linha da frente” são aqueles que percebem mais exaustão emocional (23,18), os gestores aqueles que percebem mais despersonalização (24) e os supervisores/ /coordenadores os que percebem menor Realização profissional (25,36). Contudo, devemos salientar uma grande semelhança entre todas as ordenações médias obtidas para todas as dimensões nos grupos em estudo. Logo, o teste estatístico utilizado (teste Kruskal-Wallis) veio confirmar essa primeira análise. Os valores de “p” são sempre muito superiores ao nível de significância fixado ( $\alpha = 0,05$ ), o que nos permite também rejeitar a hipótese que afirma existir relação entre o *Burnout* dos técnicos de saúde e o cargo actual.

Cargo	Linha Frente (n=20)	Supervisor Coordenador (n=11)	Gestor (n=13)	$\chi^2$	P
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Exaustão emocional	23,18	22,09	21,81	0,105	0,949
Despersonalização	23,40	19,09	24,00	1,057	0,590
Realização profissional	19,63	25,36	24,50	1,879	0,391

**Quadro 28: Resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, relativamente ao cargo actual dos indivíduos e a sua percepção do *Burnout***

**H7: Existe diferença no *Burnout* dos técnicos de saúde consoante as áreas de vida laboral.**

Ao relacionarmos o *Burnout* percebido pelos profissionais de saúde consoante as áreas de vida laboral (correlação de Spearman), observa-se uma tendência para a exaustão emocional se correlacionar negativamente com as áreas de vida laboral (exceção da dimensão comunidade), ou seja, consoante aumenta a satisfação com as áreas de vida laboral estes tendem a evidenciar menor exaustão emocional. Quanto a dimensão despersonalização, esta correlaciona-se positivamente com as dimensões “controlo”, “recompensa” e “comunidade” e negativamente com as restantes. Por último, no que se refere a dimensão “Realização profissional”, observa-se uma tendência para esta se correlacionar positivamente com as áreas de vida laboral (exceção da dimensão “carga de trabalho”), ou seja, consoante aumenta a satisfação com as áreas de vida laboral, os indivíduos tendem a evidenciar maior realização profissional. Contudo, devemos salientar que as diferenças encontradas em todas as dimensões não são estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ). O que nos leva a rejeitar a sétima hipótese de investigação: existe diferença no *Burnout* dos técnicos de saúde consoante o desajuste com as áreas de vida laboral.

Burnout Áreas de vida laboral	Exaustão emocional		Despersonalização		Realização profissional	
	rs	p	rs	p	rs	p
Carga de trabalho	-0,289	0,057	-0,159	0,301	-0,161	0,296
Controlo	-0,093	0,549	0,154	0,318	0,094	0,546
Recompensa	-0,255	0,095	0,046	0,765	0,087	0,574
Comunidade	0,026	0,868	0,118	0,845	0,150	0,331
Justiça	-0,035	0,823	-0,088	0,569	0,081	0,602
Valores	-0,255	0,095	-0,104	0,500	0,294	0,053

**Quadro 29: Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, ao burnout percebido pelos indivíduos e as suas áreas de vida laboral**

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

### **Discussão dos resultados, sugestões e limitações**

Após a apresentação dos resultados impõem-se dar resposta aos objectivos do nosso estudo. Assim a discussão dos dados, permite-nos referir aquilo que, empiricamente, foi o mais evidente e que importa salientar. A discussão dos resultados permite, antes de mais, compreender os dados recolhidos no trabalho de campo, para depois podermos estabelecer a ligação com as conceptualizações de índole teórica que deram suporte à nossa investigação.

Ao analisar os resultados deste trabalho, não obstante a presença e/ou ausência de relação entre as variáveis, detectámos algumas associações dignas de referência:

- Quanto aos níveis de burnout percebido pelos indivíduos em estudo, 38,6% perceberam altos níveis de despersonalização e 31,8% níveis moderados;
- 47,7% apresentam um nível de realização profissional “médio” e 27,3% alto;
- 45,4% dos indivíduos apresentavam níveis baixos de exaustão emocional.
- De notar que mais de 50% dos inquiridos já apresentam um grau de exaustão emocional e mais de 60% apresentam despersonalização Isto poderá estar de acordo com o facto de existir baixa autonomia, altas exigências no trabalho e elevada dissonância emocional. Para tal, será necessário que o Hospital , através de políticas estabelecidas redifina os processos, diminuindo a carga de trabalho e aumentando a autonomia nas decisões; reavalie o seu modelo de gestão, criando uma cultura em que se valorize a participação dos indivíduos, na tomada de decisões, no trabalho em equipa, no suporte social e, sobretudo no desenvolvimento dos recursos humanos

- Às principais situações apontadas pelos técnicos de saúde como causadoras de stress foram: os equipamentos funcionarem mal, a falta de enfermeiros e de médicos, não terem equipamentos disponíveis, a falta de conhecimentos técnicos dos colegas e o excesso de ruído de equipamentos.

O grupo profissional dos indivíduos que percebem maior burnout são os enfermeiros nomeadamente no que concerne à despersonalização “distanciação afectiva ou indiferença emocional em relação aos outros, nomeadamente àqueles que são a razão de ser da actividade profissional” ( $p= 0,41$ ).

A despersonalização poderá ser uma estratégia de coping reflexo do longo período de guerra, que permite os indivíduos distanciarem-se face á situações adversas.

O presente estudo permitiu verificar a relação entre a exaustão emocional e o tempo de experiência profissional que os indivíduos têm na organização ( $r_s = 0,377$ ;  $p=0,012$ ), bem como com o tempo no actual cargo que desempenham ( $r_s =0,356$ ;  $p=0,018$ ).

Existem limitações subjacentes à realização e desenvolvimento desta investigação, e que nos parece pertinentes serem apontadas, são elas:

- A limitação de base prende-se com o seu carácter exploratório e com a própria limitação geográfica da recolha da amostra, o que à partida reduz o campo de extensão das generalizações;
- O facto de não se ter conseguido resultados estatisticamente significativos e o desajuste nas áreas da vida laboral poder-se-á prender com a possibilidade que o recurso ao questionário de resposta individual possibilita aos indivíduos de escolherem as respostas que lhes parecem ser mais aceites socialmente;

Para uma abordagem futura sugerimos que se analise em que medida a escassez de recursos em ambiente hospitalar influencia no desenvolvimento do *Burnout* já que neste caso específico, por ausência ou insuficiente resposta por parte dos inquiridos, não foi possível fazê-lo.

Outro aspecto que ficou aqui comprometido foi medir a relação que o profissional de saúde tem com o trabalho/ tarefa

A aplicação do instrumento commitment que ajuda a avaliar o envolvimento do profissional de saúde com a unidade seria outra abordagem a fazer-se, ainda que não contemplada, neste trabalho.

Foi um estudo inovador porque realizado em contexto social e organizacional. Vale pela aposta em estudar em ambiente laboral até agora inacessível a qualquer estudo e abre caminho para estudos futuros mais elaborados e complexos.

# Referências

**Afonso**, A. P. (2008), *Burnout e o Significado do trabalho – A Impostância das Redes Sociais em Guardas Prisionais*. Tese de Mestrado. Lisboa. ISCTE.

**Albuquerque**, A. (1987), *Stress: Causa, Prevenção e Controlo – Um guia prático*. Lisboa: Texto Editora Lda.

**Alvarez**, C. et al. (1993), *Revisión teórica del burnout o desgaste profesional en trabajadores de la docencia*. Caesura-Revista Crítica da Ciências Sociais e Humanas. 2:47-65

**Alves**, T. (1997), *Guia Prático de Combate ao stress* (2ª ed). Rio de Janeiro. Qualitymark

**Alves** F.(1994), *Burnout docente: A fadiga-exaustão dos professores* (professores queimados ou professores desgastados). O Professor, 3 (39), 15-19.

**Brill**, P.L, (1984), *The need for an operational definition of burnout*, Family and Community Health, 6 (4), 12-24.

**Brunner**; L. e Suddart, D. (1985), *Tratado de Enfermagem Medico-cirúrgica* (5ª ed.) Rio de Janeiro. Interamericana.

**Burke**, R.J e A.M. Richardson (1996), *Stress, Burnout and Health*, em cooper, C. L. (Ed.), Handbook of stress, Medicine and Health, London, 101-120

**Burke**, R. J e Greenglass, E. R. (1989), *Psychological burnout among men and womem in teaching: An examination of the Cherniss model*, Human Relations 42 (3), 261-273.

**Calelessa**, J. (2009), *Política Educativa Para a Saúde em Angola*. Tese de Doutoramento. Lisboa. Universidade Técnica

**Callegari**, A. (2000), *Como Vencer o Stress, a Ansiedade e a Depressão* (1ª ed.). Lisboa: Editora Estampa.

- Carlotta**, M.S e M. Gobbi (2000), Síndrome de Burnout: um problema do indivíduo ou do contexto de trabalho? *Aletheia* 10, 103-114
- Carvalho**, R. (1995), *Stress profissional*. Revista segurança (120), 31-35
- Castanheira**, S. F (2009), *Burnout no Serviço ao Cliente – o Papel das organizações na criação de ambientes de trabalho saudáveis*. Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa
- Chambel**, M. J e Pinto M.A (2008), *Burnout e Engagement em contexto Organizacional*. Livros Horizonte
- Cherniss**, C. (1980), *Professional Burnout in Human Service Organizations*. New York: Praeger.
- Cordes**, C. Dougherty, T. (1993), *A review and an integration os research on job burnout*. *Academy of Management Review*. 18:621-657
- Cruz**, A. (2001), *Desgaste Profissional em Enfermeiros do Bloco Operatório*. Tese de Mestrado em Gestão pública, Universidade dos Açores.
- Cruz**, F. (2000), *Stress e Burnout nos psicólogos portugueses*. Braga
- EIA** (2006): “Angola: Country analysis briefs,” *Energy Information Administration*, pp. 1–8, [www.eia.doe.gov](http://www.eia.doe.gov).
- EIU** (2005a): Angola: Country outlook,” Discussion paper, Economist Intelligence Unit, New York
- Fayos**, G. E. E Lopez, C e Montalvo, C. G. El síndrome de Burnout y su evaluación una revisión de los principales instrumentos de medida. Facultad de Psicología: universidad de Murcia.
- Ferreira**, J e Neves, J e Caetano, A.(2001), *Manual de Psicossologia das organizações*. Amadora: McGraw – Hill
- Fortin**, M-F (1999), *O Processo de Investigação–da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Ganhão**, M.(1993), *Condicionantes e Estratégias Redutoras do Stress Organizacional*. Fórum sociológico (3), 89-106.
- García**, M (1990), Burnout profesional en organizaciones.*Boletín de psicología*.29:7-27
- Gil**, A (1994), *Metódos e Técnicas de Pesquisa Social 3ª*. São Paulo: Editora Atlas.
- Gil**, A (1995), *Metódos e Técnicas de Pesquisa Social 4ª*. São Paulo: Editora Atlas
- Gil**, M.(1997), *Estrés: tu riesgo más oculto, estudios sobre el estrés*. Feba net.

- Gil M, P. R e J. M. Peiró** (1997), *Desgaste Psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Grubits, S. e Guimarães, L** (2003), *Saúde Mental e Trabalho* (1ª edição). São Paulo: Casa do Psicólogo
- Golembiewski, R.** (1993), *Handbook of Organizational Behaviour*. New York: Marcel Decker, inc.
- Gomes, A. R e Cruz, F.** (2004), *A Experiência de Stress e Burnout em Psicólogos portugueses: um estudo sobre diferenças de género*, *Teoria, Investigação e Prática* 9 (2), 193-212
- Gomes, L.** (1992), *Stress e enfermagem*. *Divulgação* (23), 36-40
- Jesuino, J.** (1988), *Liderança e Stress- efeitos de actuação*. *Psiquiatria clínica*, 9 (4), 219-229
- Karasek, R. A.** (1979), Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R. A., & Theorell, T.** (1990), *Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Free Press.
- Lakatos, V. E. e Marconi, A. M.** (1992), *Metodologia científica*. 2ed. São Paulo. Atlas
- Larouche, L. M** (1985), *Aproche globale du Burn-out, ou syndrome d'épuisement professionnel*. *Annals Médico-psychologiques*, 143 (7), 605. Lausanne: ed. Payot.
- Lazarus, R e Folkman, S.** (1986), *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martinez Roca S.A
- Leiter**, (1993), Burnout. *Encyclopedia of Mental Health* vol, 1:347-357
- Leiter, M.P e C. Maslach** (1993), *Burnout as a development process: Consideration of models* in W.B.Schaufeli e C. Maslach e Tarek(eds.), professional burnout (pp. 237 *Encyclopedia of Mental Health* vol, 1:347-357) Washington: Taylor e Francis.
- Leiter, M.P e C. Maslach** (1988), The Impact of Interpersonal environment on Burnout and organizational commitment, *journal of organizational behaviour* 9, 297-308.
- Leiter, M.P e C. Maslach** (1991), coping patterns as predictors of Burnout: the function of control and escapist coping patterns, *journal of organizational behaviour* 12 (2), 123-124.
- Marques -Teixeira, J.** (2002), Burnout ou a Síndrome de Exaustão. *Saúde Mental*. IV (2).8- 19.

- Marmot, R. M.G, e Madge, N.**(1987). An epidemiological perspective on stress and health. In S. V. Kasl e C. Cooper (eds.), *Research methods in stress and health psychology*. Chichester: Jonh Wiley e Sons, Ltd.
- Martín, A.D.F, et al.** (1994), Estudio de la morbilidad psiquiátrica en personal sanitario. *Actas Luso-espanolas de neurologia Psiquiatria y Ciencias Afines*. XXII, (2), 71-76.
- Maslach, C.**(1976), Burned-out, *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach C. e Jackson, S.** (1981), *Maslach Burnout Inventory, Manual*. Pablo Alto. Univerty of California consulting Psychologists.
- Maslach, C.** (1991), Measurement of experienced burnout, *Indústria and Organizational Psychology* 2, 253-266
- Maslach, C.** (1991), Burnout in health professionals *Cambridge Handbook of Psychology: health and Medicine*, 275-278
- Maslach, C.** (1998), Multidimensionl theory of burnout, *Theories of Organizational stress*
- Maslach, C. e Schaufeli, W e Leiter, M** (2001), Job Burnout, *Annual Review of psychology*, 52,397-422.
- Maslach, C. e Leiter, M.** (1997), *The Truth About Burnout. How organizations Cause Personal Stress and What to do About it*. San Francisco: Jossey -Bass Publisheres.
- Maslach C. e Jackson, S.** (1997), MBI inventário “ Burnout” de Maslach. Síndrome del “queimado” por estrés laboralassintencial. Madrid: TEA Publicações de Psicologia Aplicada
- Maslach C. e Jackson, S.** (1986), *Maslach Burnout Inventory, Manual (2ª ed.)*, Pablo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach C. e Jackson, S.** (1996), *Maslach Burnout Inventory, Manual (3ª ed.)*, Pablo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Mcintyre, T.M.** (1994), Stress e os Profissionais de saúde: Os que tratam também sofrem, *Análise psicológica* 2-3 (xii), 193-200
- Matos, H.e Veja, E e Urdániz, A,** (1999), Estudo do Síndrome de Burnout entre profissionais de saúde dum hospital geral. *Psiquiatria Clínica*, 20(1): 125-138.
- Mendes, A** (1995), *Síndrome de Burn\_ out em enfermeiros de psiquiatria. Contribuição para o estudo dos factores do ambiente e da pessoa no seu desenvolvimento*.Tese de Mestrado. Lisboa. Faculdade de Medicina.
- Mendes, A** (2002), Stress e imunidade, Coimbra. Formasau. Formação e Saúde Lda

- Neves, Nélia** (2010) Estágio Profissionalizante no Hospital Pediátrico David Bernardino-Luanda, Angola. Tese Mestrado. Universidade do Porto
- Nunes, R.** (1989), *A importância do suporte social na prevenção do burnout na comunidade hospitalar*. C.E.S.E em Saúde Mental comunitária Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- OCDE** (2005), “Perspectivas económicas na África: Angola,” Discussion paper, Organization for Economic Cooperation and Development, pp. 50-63
- Parreira, p.** (1998), *Contacto com a morte e síndrome de burnout: estudo comparativo com três grupos de enfermeiros de oncologia*. Tese de Mestrado. Lisboa. Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- Pereira, J.** (1992), *Síndrome de Burnout: Impacto em Fisioterapeutas Hospitalares* Monografia de fim de curso de pós-graduação em Reabilitação. Lisboa. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pereira, B. T. A.** (2002), *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pines, A.** (1993), *Burnout: An existencial perspective*. In W.schaufeli, C. Maslach e T. Marek (eds), *professional burnout. Recent developments in theory and research*. Washington: Taylor e Francis.
- Pines, A., e Aronson, E.** (1988), *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press.
- Polit, D. e Hungler, B.P** (1995), *Nursing research: principals and methods* (5 ed.). Philadelphia: Lippincott
- Queirós, P.** (2005), *Burnout no trabalho conjugal em enfermeiros portugueses*. Edições Sinais vitais
- Ramos, M.** (2001), *Desafiar o desafio, prevenção do stresse no trabalho*. Lisboa: Ed. RH
- Raquepaw, J. M., e Miller, R. S.** (1989), *Psychotherapist burnout: A componential analysis*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 32-36
- Skorupa, J., e Agresti, A. A** (1993). *Ethical beliefs about burnout and continued professional practice*. *Professional psychology: Research and Practice*, 24, 281-285.
- Santos, A.** (2009), *Burnout nos enfermeiros dos serviços de psiquiatria de doentes agudos - um contributo para a gestão*. Tese de Mestrado em Gestão de Serviços de saúde. Lisboa. ISCTE

**Sonnentag, S.** e Frese, M. (2003), *Stress in organizations*, in W.C. Borman, D.R. Ilgen e R.J. Klimoski (eds.), *Handbook of psychology, Industrial and organizational psychology* (vol.12, pp.453-491), New Jersey: John Wiley e Sons.

**Schaufeli, W.B** e Maslach, C. e Marek, T.(1993) *Professional Burnout. Recent developments in theory and research*. Washington: Taylor e Francis.

**Schaufeli, W.B,** (1993), *Burnout in: firth cozens, J. e payne, R* (1999). *Stress in health professionals*. West Sussex: john Wiley e sons.

**Vaz serra, A.** (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: gráfica de Coimbra,

**Verstraete, P.** (1994), *Burnout Stress Syndrome in Child Protection*. *Child e Youth care Administrator*, pág 5, 25-29

**Vives, J.** (1994), *Respuesta emocional al estrés laboral*. *Revista Rol* (186), 31-39.

**Zinga, C.**(2007), *Os Determinantes do Empreendedorismo – Um estudo Emmpírico*

# **ANEXOS**