

Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas

Relatório Final

Jorge Vala (coordenação)

Alexandra Marques Pinto

Sérgio Moreira

Rui Costa Lopes

Patrícia Januário

Janeiro de 2017

Edição revista de Maio de 2017

Burnout na Classe Médica em
Portugal: Perspetivas Psicológicas
e Psicossociológicas

Índice

Índice	5
1. Introdução	9
2. Sumário executivo	11
3. Enquadramento institucional, objetivos e equipa	15
3.1. Enquadramento institucional	15
3.2. Objetivos.....	16
3.3. Equipa.....	16
Equipa científica.....	16
Equipa técnico-científica da Ordem dos Médicos	17
4. O conceito de <i>Burnout</i>	19
4.1. <i>Burnout</i> profissional, definição e prevalência.....	19
4.2. Antecedentes do <i>Burnout</i>.....	20
Variáveis sociodemográficas e profissionais	20
Fatores organizacionais, intrapessoais e sociais.....	20
<i>Burnout, Engagement</i> e Modelo das Exigências e dos Recursos do Trabalho	21
4.3. Consequências do <i>Burnout</i>.....	23
4.4. Modelo teórico.....	23
5. Métodos de recolha de dados.....	25
5.1. Universo, amostra e ponderações.....	25
5.2. Procedimentos de recolha de dados	27
Preparação do inquérito	27
Pré-teste.....	28
Lançamento do inquérito	30
Plano de comunicação e procedimentos de resposta	31
Divulgação do estudo.....	31
Formulário de pedido de inquérito em papel	32
Resposta a contactos.....	32
Anonimização.....	36
6. Medidas	39
6.1. Antecedentes.....	40
Antecedentes Sociodemográficos.....	40
Antecedentes Profissionais.....	42
Antecedentes Relativos à Carga Horária.....	45

Antecedentes Intrapessoais	46
Otimismo	46
Locus de Controlo	48
Autoeficácia Geral	50
Regulação Emocional.....	52
Autocuidado.....	54
Resolução de Problemas	55
Suporte Social	57
Antecedentes Relativos às Exigências e Recursos Organizacionais	58
Antecedentes Relativos à Identidade Profissional	62
Privação Relativa	62
Identificação com a Classe Médica.....	64
Justiça Procedimental.....	66
6.2. Medidas de Prevalência das Dimensões de Burnout, Engagement e Bem	
Estar	67
<i>Burnout</i> Profissional.....	67
<i>Engagement</i> Profissional	70
Bem-estar Pessoal	72
6.3. Consequentes Pessoais, Familiares e Organizacionais.....	73
Consequentes Pessoais.....	73
Ansiedade e Depressão	73
Somatização	75
Perceção de Saúde Física.....	76
Consumos e Dependência.....	77
Consequentes Familiares	78
Equilíbrio Trabalho-Família	78
Consequentes Organizacionais	80
Absentismo e Presentismo	80
Perceção de Desempenho.....	82
Relações Indivíduo-Organização	83
Intenções de Saída	85
7. Procedimentos de análise de dados e validação das medidas.....	87
7.1. Procedimentos	87
Análises preliminares	87
Análises fatoriais confirmatórias	87
Análises fatoriais exploratórias.....	88
Criação de indicadores	90
Análise exploratória.....	90
Análises descritivas univariadas, multivariadas e testes t.....	90

Análises de regressão linear múltipla	91
Análises de variância (ANOVAs)	92
7.2. Medidas e respetivo estudo	93
Análises fatoriais exploratórias	93
Antecedentes	93
Consequentes	99
Análises fatoriais confirmatórias	100
Prevalência	100
Indicadores	104
Presentismo	104
Absentismo	104
Horas de Trabalho Efetivas e Horas Contratadas	104
Recodificações	105
Inversão do indicador de <i>Burnout</i> de Realização Profissional	105
Categorias dos indicadores de <i>Burnout</i>	105
Categorias extremas dos indicadores de <i>Burnout</i>	105
Local de trabalho	106
Situação Face ao Trabalho	106
8. Variáveis antecedentes: análises descritivas	107
8.1. Variáveis Sociodemográficas	107
8.2. Variáveis Profissionais	111
8.3. Variáveis relativas à Carga Horária	117
8.4. Variáveis Intrapessoais	121
8.5. Exigências e Recursos Organizacionais	126
8.6. Variáveis relativas à Identidade Profissional	131
9. Dimensões do <i>Burnout</i>	135
9.1. Caracterização dos indicadores de <i>Burnout</i>	135
9.2. Caracterização dos indicadores de <i>Burnout</i> em função de variáveis	
Sociodemográficas e Profissionais	136
Exaustão Emocional	137
Despersonalização	139
Diminuição da Realização Profissional	141
10. <i>Engagement</i> e Bem-estar Pessoal	145
11. Relações entre variáveis antecedentes e dimensões do <i>Burnout</i>	149
11.1. Exaustão Emocional	149
11.2. Despersonalização	156
11.3. Diminuição da Realização Profissional	162
11.4. Análise integrada	170

12. Relações entre as Especialidades e as dimensões do <i>Burnout</i>.....	177
12.1. Seleção das Especialidades para análise.....	177
12.2. Indicadores de <i>Burnout</i> por Especialidade: descrição.....	181
Níveis dos indicadores de <i>Burnout</i> por Especialidade	181
Casos extremos	193
12.3. Indicadores de <i>Burnout</i> por Especialidade: visão integrada	196
13. Variáveis consequentes: análises descritivas.....	199
13.1. Consequentes Pessoais	199
13.2. Consequentes Familiares	204
13.3. Consequentes Organizacionais	205
14. Relações entre variáveis consequentes e dimensões do <i>Burnout</i>	211
14.1. Consequentes Pessoais	211
14.2. Consequentes Familiares	213
14.3. Consequentes Organizacionais	214
15. Conclusões	217
Prevalência e antecedentes dos indicadores de <i>Burnout</i>	217
Consequentes dos indicadores de <i>Burnout</i>	220
Envolvimento (<i>Engagement</i>) com o trabalho e Bem-Estar Pessoal.....	221
Amostra do estudo, robustez, compreensibilidade e implicações dos resultados	222
16. Bibliografia	225

1. Introdução

O **estudo** sobre as dimensões do *Burnout* na classe médica, seus antecedentes e consequentes, que se apresenta neste relatório resulta de um pedido feito pela Ordem dos Médicos ao Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS-UL). Este pedido resultou num protocolo de colaboração que foi assinado (Anexo 1) na sede da Ordem dos Médicos a 1 de Fevereiro de 2016 e que consubstancia a proposta de trabalho apresentada pelo ICS-UL e aprovada pelo Conselho Executivo Nacional da Ordem dos Médicos.

Neste relatório apresentam-se os resultados e as conclusões do estudo realizado. Estes resultados e respetivas conclusões estão descritos e organizados por forma a permitirem níveis de leitura com profundidades diferentes.

Assim, através do **sumário executivo** é possível aceder de imediato às principais conclusões do estudo, dispensando a demonstração dos resultados empíricos que sustentam tais conclusões.

As **conclusões** permitem igualmente uma apreensão global do estudo, mas retomam, ainda que apenas parcialmente, os procedimentos metodológicos que suportam essas conclusões e abrem pistas para futuras intervenções com impactos, nomeadamente, a nível da gestão dos vários tipos de contextos organizacionais em que se desenvolve a atividade médica. O leitor pode confrontar nesta secção os objetivos que levaram à realização do estudo e o seu enquadramento institucional com os resultados e as conclusões efetivamente produzidas.

Uma leitura do relatório tendo em vista um conhecimento aprofundado das dimensões do *Burnout* na classe médica em Portugal implica, porém, o conhecimento dos procedimentos de análise de dados e das opções teóricas e metodológicas subjacentes a este trabalho.

Assim, o corpo central do relatório (pontos 7 a 14) oferece uma **descrição aprofundada das análises descritivas e multivariadas dos dados e respetivos resultados**, permitindo em cada etapa um conhecimento por parte do leitor dos procedimentos usados na produção de resultados e das conclusões daí decorrentes. Todo este bloco do

relatório está assente em procedimentos estatísticos que permitem, numa lógica de probabilidades e dentro de margens de erro definidas, compreender a prevalência das dimensões do *Burnout* na classe médica, bem como os seus antecedentes e consequentes.

Finalmente, as **opções teóricas, conceptuais e metodológicas** estão largamente descritas nos pontos 4 a 6 do presente relatório. De facto, o trabalho realizado tem por base uma ampla revisão de literatura e um conjunto de opções teóricas e conceptuais que lhe conferem coerência e significado não só científico, mas também social e profissional. Tais opções teóricas e conceptuais foram acompanhadas de opções metodológicas que visaram conferir a este estudo o maior grau possível de generalização e representatividade, tendo presente os limites inerentes ao tipo de pesquisa e ao universo estudado.

No ponto seguinte, apresentamos o sumário executivo, seguindo-se-lhe o enquadramento institucional do estudo, os seus objetivos e a estrutura do grupo de investigação que o realizou.

2. Sumário executivo

Este estudo tem por base o pressuposto de que o bem-estar dos médicos é um fator chave no funcionamento do sistema de saúde e vem responder a perguntas sobre esse mesmo bem-estar que um grande número de médicos se vem colocando desde há bastante tempo. Recorrendo às dimensões do *Burnout*, essas perguntas são as seguintes: Experienciam os médicos reações de Exaustão Emocional no exercício da sua profissão? Manifestam atitudes de Despersonalização dos doentes no decorrer da sua atividade? Os sinais de Diminuição da Realização Profissional são significativos?

Os resultados do estudo realizado, que aqui se apresentam, indicam que 66% dos médicos da amostra analisada mostram um nível elevado de Exaustão Emocional, que 39% apresentam um nível elevado de Despersonalização dos doentes e que 30% revelam um índice elevado de Diminuição da Realização Profissional. Para além disso, 7% apresentam níveis elevados nos três indicadores de *Burnout* referidos.

Estes resultados mostram o bom fundamento das preocupações que levaram à realização deste estudo.

Assim, neste sumário do trabalho realizado e dos seus resultados, focaremos alguns dos fatores principais que estão subjacentes à prevalência dos indicadores de *Burnout* que muito resumidamente acabamos de reportar, as consequências dos indicadores de *Burnout* que também foram estudadas e os indicadores de adaptação positiva dos médicos às condições organizacionais adversas de exercício da profissão. São ainda referidas as implicações dos resultados obtidos para a preparação de mudanças necessárias na gestão das equipas, dos serviços e das instituições.

Analisada a prevalência, importa considerar que os níveis de Exaustão Emocional, Despersonalização dos doentes e Diminuição do sentido de Realização Profissional encontrados têm subjacentes um padrão de fatores consistentemente associados às perceções de desajustamentos na organização do trabalho, nomeadamente no que se refere a Exigências dificilmente compatíveis com a qualidade do trabalho, especificamente no que se refere à relação médico-doente.

Sem minorizar o papel de variáveis de nível Intrapessoal, nomeadamente presentes na Diminuição do sentido de Realização Profissional, é pois ao contexto organizacional e à percepção da dinâmica desse contexto e do respetivo impacto psicológico que importa atender para compreender o problema estudado. Os resultados que fundamentam esta perspetiva são sublinhados ao longo de todo o relatório.

Por outro lado, sem descurar o peso que muitas vezes se atribui a variáveis de ordem Sociodemográfica no problema estudado, e algumas delas, como a Idade, mostraram ser de facto importantes, será necessário ter presente, como indicam os resultados obtidos, que estamos perante um fenómeno de natureza Organizacional e Socioprofissional onde os fatores percetivos e as variáveis sociopsicológicas que explicam a dinâmica dessas percepções são fundamentais.

O Bem-Estar dos médicos é importante para o funcionamento do sistema de saúde em geral, mas também para os próprios médicos, as suas famílias, o exercício dos próprios atos médicos e as organizações em que se realiza a atividade médica.

Os resultados obtidos mostram que a Exaustão Emocional e a Diminuição de significado do trabalho ou da Realização Profissional se correlacionam com as auto-percepções de Ansiedade, Depressão, Somatização e percepção de baixa Saúde Física. A Exaustão Emocional correlaciona-se ainda com a redução do necessário Equilíbrio Trabalho-Família. Por sua vez, a Despersonalização dos doentes tem consequências na auto-percepção de Erros nos atos médicos, com todas as consequências individuais, organizacionais e sociais que daí advêm.

A intervenção, através de programas de mudança diretamente dirigidos para a redução da Exaustão Emocional, da Despersonalização dos doentes e da Diminuição do sentido de Realização Profissional, afirma-se como urgente e deverá envolver os próprios profissionais no seu desenho, seguindo os resultados de investigação segundo os quais a participação e a percepção de controlo são fundamentais no sucesso da mudança organizacional.

O facto de termos registado níveis muito elevados de Envolvimento com o trabalho (*Engagement*) na nossa amostra é um forte indicador da adaptação positiva da maioria dos médicos às condições organizacionais adversas descritas e elucidadas neste estudo. Ora, tal facto constitui um recurso muito importante para o sucesso das medidas de mudança organizacional que venham a ser tomadas.

O modelo teórico, o desenho do estudo e os seus resultados, explanados ao longo do relatório e nas conclusões finais, envolvem diversos aspetos inovadores relativamente a outros estudos já realizados neste domínio sobre a classe médica, mas também no que toca a outros grupos profissionais. Destaquem-se, pelo seu relevo para a solidez dos resultados e para as implicações na mudança nas organizações que configuram o sistema de saúde, dois aspetos que caracterizam este estudo: a sua dimensão nacional, a elevada taxa de resposta e a sua consequente representatividade; e a abrangência e diversidade de modelos teóricos contrastados.

(Página intencionalmente deixada em branco)

3. Enquadramento institucional, objetivos e equipa

3.1. Enquadramento institucional

O presente estudo tem uma dimensão de enquadramento institucional, pois resulta de um pedido da Ordem dos Médicos. É, pois, importante conhecer os fundamentos deste pedido. Tal pedido foi objeto de análise e a proposta que foi apresentada pelo ICS-UL reflete os objetivos a alcançar tendo presente as exigências científicas de uma instituição de investigação. Por último, o trabalho realizado envolveu não só uma equipa de investigação científica proposta pelo ICS-UL no quadro da Universidade de Lisboa, mas também uma equipa técnico-científica proposta pela Ordem dos Médicos. Estas equipas trabalharam em aprofundada colaboração, e a estrutura e o funcionamento dessa colaboração são aqui reportados.

Num editorial da Revista da Ordem dos Médicos, publicado no início de 2015, o Bastonário anunciava a decisão de lançar este estudo sobre o *Burnout* na classe médica e enquadrava-o num contexto nacional e internacional. O contexto internacional referia-se ao facto de um certo número de países terem já realizado à escala nacional ou junto de especialidades médicas pesquisas aprofundadas orientadas para o diagnóstico das dimensões do *Burnout* e das suas consequências no sistema de saúde. No plano nacional, este estudo era anunciado como urgente e fundamental para conhecer o alcance de disfunções associadas ao fenómeno do *Burnout* num contexto de políticas de saúde e de gestão dos recursos humanos e outros que eram descritas como desadequadas face às necessidades dos doentes e dos médicos.

As dificuldades endémicas do sistema de saúde Português que se agravaram desde 2011, e que só poderão ser minoradas progressivamente ao longo de cerca de mais de uma década, segundo um estudo promovido pela Secção Regional do Sul e Ilhas da Ordem dos Médicos, constituem a base do contexto institucional que levou à decisão de realizar este estudo.

Em suma, e na linha de outros trabalhos, o Bastonário propõe no editorial acima referido a necessidade de um quarto pilar no sistema de otimização dos serviços de saúde. Este sistema tem sido ancorado em três dimensões: “melhorar a experiência dos doentes, aumentar a saúde da população e reduzir os custos”. O que se propõe agora, e que está na base deste estudo, é que se considere uma quarta dimensão: a qualidade de vida e bem-estar dos prestadores de serviços de saúde.

3.2. Objetivos

Especificado o enquadramento do estudo e decidida a sua realização, os seus objetivos foram definidos na proposta de trabalho apresentada pelo ICS-UL e progressivamente articulados com o grupo técnico-científico da Ordem dos Médicos. Desse trabalho resultaram os seguintes objetivos a atingir:

- Quantificar os **indicadores** de Exaustão Emocional, Despersonalização e Diminuição da Realização Profissional;
- Analisar os **antecedentes** sociodemográficos, profissionais, psicológicos e sociopsicológicos do Burnout;
- Analisar os seus **consequentes** ao nível pessoal, familiar e organizacional.

3.3. Equipa

Equipa científica

A equipa científica deste estudo é composta por especialistas nas áreas da Psicologia Social e das Organizações, Saúde Ocupacional, Amostragem e Metodologias de Investigação, e Análise de Dados:

- **Jorge Vala (coordenador)** - Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS-UL), tem desenvolvido investigação na área da Psicologia Social e das Organizações e é especialista em métodos de recolha e análise de dados através de questionário.

- **Alexandra Marques Pinto** - Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (FP-UL), a sua investigação tem incidido na Psicologia da Saúde Ocupacional, com destaque no estudo do *Burnout* em diferentes grupos profissionais.
- **Sérgio Moreira** - Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (FP-UL), especialista em Psicologia Social e em métodos de amostragem, recolha e análise de dados quantitativos.
- **Rui Costa Lopes** - Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS-UL), especialista em Psicologia Social e em estudos correlacionais extensivos.
- **Patrícia Januário** – Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS-UL), bolsreira de investigação.

Equipa técnico-científica da Ordem dos Médicos

É a seguinte a equipa que há aproximadamente 10 anos acompanha na OM o problema do *Burnout* na classe médica e que agora acompanhou a realização deste estudo:

- **Nídia Zózimo (coordenadora)** – Internista, Hospital de Santa Maria (HSM).
- **David Pires Barreira** - Psicólogo Clínico, Hospital de Santa Maria (HSM).
- **José Magalhães** - Psicólogo do Trabalho, Social e das Organizações, Instituto Nacional de Estatística (INE).
- **Maria Antónia Frاسquilho** - Psiquiatra, AlterStatus.
- **Sílvia Ouakinin** - Psiquiatra, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FM-UL).

(Página intencionalmente deixada em branco)

4. O conceito de *Burnout*

4.1. *Burnout* profissional, definição e prevalência

O confronto continuado com fatores de *stress* profissional persistentes e muitas vezes silenciosos, em que as tentativas de *coping* resultam ineficazes, pode conduzir à síndrome de *Burnout* profissional (Leiter & Maslach, 2004; Maslach, 1976; Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Esta síndrome envolve sintomas de Exaustão Emocional, Despersonalização e Diminuição da Realização Profissional. A Exaustão Emocional caracteriza-se por sentimentos de cansaço e desgaste emocional; a Despersonalização consiste em atitudes e sentimentos de frieza e distância face aos doentes; a Diminuição da Realização Profissional refere-se à redução dos sentimentos de competência e satisfação no trabalho (Maslach & Jackson, 1986).

Na classe médica, uma revisão de estudos realizados entre 1984 e 2001 (Chopra, Sotile, & Sotile, 2004), principalmente nos Estados Unidos da América (EUA) e no Canadá, sugeriu que os sintomas de *Burnout* podem ser frequentes entre os médicos, com 46% a 80% a reportar níveis médios a elevados de Exaustão Emocional, 22% a 93% níveis médios a elevados de Despersonalização e 16% a 79% níveis médios a elevados de Diminuição da Realização Profissional. Mais recentemente, alguns estudos realizados a nível nacional nos EUA revelaram níveis epidémicos de sintomas de *Burnout* (West, Dyrbye, Erwin, & Shanafelt, 2016). Num desses estudos, envolvendo as diversas especialidades médicas (Shanafelt et al., 2012), 38% dos médicos reportaram níveis elevados de Exaustão Emocional, 29% uma elevada Despersonalização e cerca de 13% uma elevada Diminuição da Realização Profissional. Na Europa, um estudo de referência que contou com a participação de 12 países (Soler et al., 2008) incidiu apenas sobre os clínicos gerais, e revelou que 43% destes apresentavam elevada Exaustão Emocional, 35% elevada Despersonalização e 32% elevada Diminuição da Realização Profissional. Em Portugal, apesar dos alertas feitos desde há mais de uma década sobre o problema do *stress* e do *Burnout* na

Medicina feitos por investigadores na área (e.g. Frasquilho, 2005; Marques, Machado, Ouakinin, & Figueira, 2015) e de proliferarem estudos com amostras de médicos provenientes de regiões (como aquele promovido pela Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, em 2015), instituições ou serviços específicos ou de especialidades particulares (e.g. Marcelino et al., 2012), não existia até à data nenhum estudo de âmbito nacional sobre a prevalência do *Burnout* na classe médica em geral e tão pouco sobre os seus antecedentes e consequentes.

4.2. Antecedentes do *Burnout*

A conceptualização do *Burnout* como uma reação disfuncional ao *stress* profissional prolongado e cumulativo (Maslach, 1976) conduziu a investigação sobre os antecedentes do *Burnout* para o estudo de fatores de *stress* profissional.

Variáveis sociodemográficas e profissionais

A investigação tem explorado as relações entre variáveis sociodemográficas e profissionais e os sintomas de *Burnout*. A título ilustrativo, vários estudos revelaram que o *Burnout* tende a ser mais elevado entre os mais jovens (e.g. Thomas, 2004) e os não-casados, e, apesar de alguma inconsistência, que as mulheres pontuam mais na Exaustão e os homens pontuam mais na Despersonalização (e.g. Houkes, Winants, Twellaar, & Verdonk, 2011).

Fatores organizacionais, intrapessoais e sociais

No plano teórico como no da investigação empírica, tem-se assistido a uma evolução de um foco inicial quase exclusivo nos fatores organizacionais de *stress* profissional para uma abordagem mais integradora em que se incluem igualmente variáveis pessoais e sociais.

No que refere a investigação empírica, os fatores de *stress* profissional de origem **organizacional** têm efetivamente sido salientados na explicação do *Burnout* e muitos estudos têm encontrado relações significativas entre esta síndrome e variáveis como a sobrecarga de trabalho, o clima organizacional, o conflito, o apoio social pelos pares

ou o nível de influência percebido, entre outros (e.g. Houkes, Winants, & Twellaar, 2008; Lee, Seo, Hladkyj, Lovell, & Schwartzmann, 2013).

Quanto às características **intrapessoais**, a investigação começou por privilegiar o estudo de variáveis sociodemográficas como a idade ou o estado civil, anteriormente referidas, mas mais recentemente tem também estudado e encontrado relações significativas com outras variáveis, por exemplo com fatores de personalidade, nomeadamente o tipo de personalidade, o autoconceito empático, o *locus* de controlo ou as formas de *coping* (e.g. Houkes et al., 2008).

Finalmente, as variáveis **sociais** ou **socioculturais**, relativas designadamente ao papel da iniquidade social ou de valores sociais como o individualismo, têm sido progressivamente contempladas nos estudos sobre o *Burnout* (Schaufeli et al., 2009).

Esta evolução foi em muito devida ao facto de se ter progressivamente constatado que as variáveis sociodemográficas por um lado e os fatores de *stress* profissional por outro, explicam apenas percentagens relativamente baixas da variância comum do *Burnout* (Gil-Monte & Peiró, 2000), apelando, portanto, para o estudo de variáveis de outra natureza.

No plano teórico, os modelos conceptuais sobre o *Burnout* dividem-se em modelos individuais, interpessoais, organizacionais, e societais (Schaufeli & Enzmann, 1998), em que os diferentes tipos de fatores são considerados geralmente de forma desarticulada.

Burnout, Engagement e Modelo das Exigências e dos Recursos do Trabalho

Mais recentemente alguns modelos da Psicologia do Trabalho e das Organizações têm articulado estes diferentes tipos de fatores explicativos considerando o papel das exigências (aspetos físicos, psicológicos, sociais e organizacionais do trabalho) e dos recursos (igualmente aspetos físicos, psicológicos, sociais e organizacionais do trabalho) na explicação do *Burnout* profissional, mas também do *Engagement* dos trabalhadores.

De facto, mesmo em condições de trabalho de elevado *distress* muitos trabalhadores lidam adaptativamente com as dificuldades enfrentadas e apresentam bons níveis de

Engagement. Acompanhando a recente tendência para uma abordagem positiva no campo de estudo da Psicologia, visando a compreensão e promoção de formas ótimas de funcionamento (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), na última década e meia a conceptualização e a investigação sobre o *Burnout* têm sido alargadas ao estudo do *Engagement* (e.g. Schaufeli, Bakker, & Salanova, 2006), nomeadamente nas investigações com médicos (e.g. Prins et al., 2010).

Inicialmente conceptualizado como fenómeno oposto ao *Burnout*, o *Engagement* foi operacionalizado (Schaufeli & Bakker, 2003) de acordo com três dimensões positivas de Vigor, Dedicção e Absorção, opostas às três dimensões negativas do *Burnout*, respetivamente, Exaustão, Despersonalização/Cinismo e Diminuição da Realização/Eficácia Profissional (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró, & Grau, 2000). O Vigor, corresponde a altos níveis de energia, um forte investimento de esforço e persistência na realização das tarefas. A Dedicção traduz-se em elevados sentimentos de entusiasmo, inspiração, orgulho e desafio no trabalho. Finalmente, a Absorção refere-se a altos níveis de concentração e de felicidade durante o desempenho das atividades profissionais (Salanova et al., 2000). Mais recentemente, a investigação empírica tem sugerido que apesar de apresentarem correlações negativas, moderadas, entre si, as dimensões do *Burnout* e do *Engagement* se situam em contínuos distintos (Schaufeli & Salanova, 2007) e se associam a determinantes também distintos.

De um modo geral, e de acordo com o Modelo das Exigências e dos Recursos do Trabalho (JD-R) desenvolvido por Schaufeli e colaboradores (Demerouti, Bakker, de Jonge, Janssen, & Schaufeli, 2001; Schaufeli & Bakker, 2004), o modelo explicativo mais amplamente utilizado, nomeadamente nos estudos com médicos (e.g. Houkes et al., 2008), o *Burnout* e o *Engagement* resultam, respetivamente, de uma falha no *fit* ou ajustamento entre as exigências e os recursos percebidos pelos trabalhadores. Este modelo preconiza que as características do trabalho evocam dois processos psicológicos distintos: (a) o processo de deterioração da saúde (*health impairment process*) tem por base as exigências crónicas do trabalho (e.g. pressão de tempo) que, ao desgastarem os recursos energéticos do trabalhador, podem levar ao desenvolvimento da síndrome de *Burnout*, à deterioração da saúde e a ausências do trabalho; (b) o processo motivacional que assenta na existência de recursos do trabalho (e.g. autonomia, *feedback*, apoio social), organizacionais (e.g. padrão de relações de trocas) e pessoais (e.g. otimismo, competência emocional) que estimulam

a motivação do trabalhador e conduzem ao *Engagement* e a outros resultados positivos como o compromisso organizacional (Llorens, Bakker, Schaufeli, & Salanova, 2006).

4.3. Consequências do *Burnout*

O estudo das consequências do *Burnout* profissional (ou mais frequentemente dos seus correlatos, pois a maioria dos estudos realizados é de natureza correlacional), tem revelado consequências muito próximas das identificadas nos estudos sobre o *stress* profissional e que se podem enunciar em torno de três grandes eixos.

Desde logo, consequências em termos **individuais**, respeitantes a sintomas de mal-estar físico e psicológico como úlceras, desordens cardiovasculares, sintomas psicossomáticos, ansiedade, depressão, baixo sentido de autoeficácia, perda de satisfação com a vida e consumo de substâncias psicoativas (e.g. Lee et al., 2013; Soler et al., 2008).

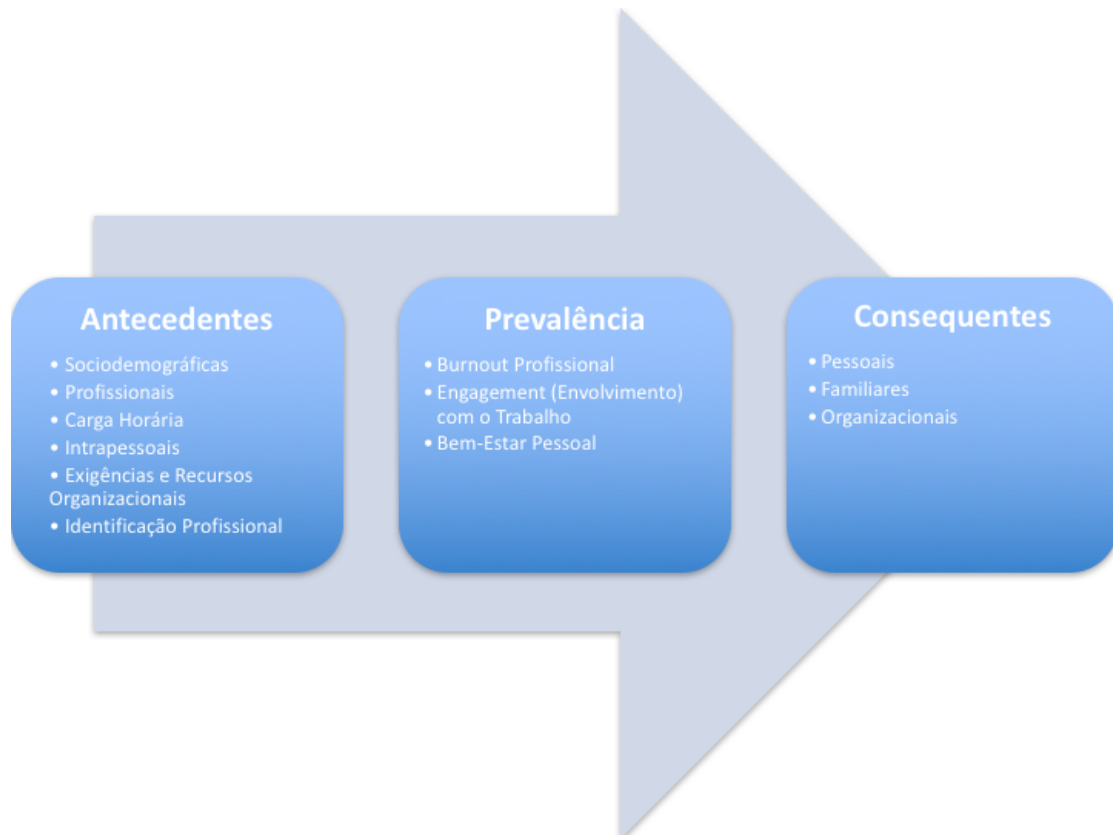
Por outro lado, consequências na esfera do trabalho, para a **organização** de pertença, relativas não só aos elevados níveis de absentismo e abandono da profissão, mas também à diminuição do nível de produtividade e da qualidade do seu desempenho (e.g. Dewa, Loong, Bonato, Thanh, & Jacobs, 2014; Soler et al., 2008).

E, finalmente, consequências **sociais**, referentes designadamente aos custos sociais com as baixas por doença e o abandono (e.g. Brewer, Chao, Colder, Kovner, & Chacko, 2015; Soler et al., 2008).

4.4. Modelo teórico

Do ponto de vista teórico e empírico o presente estudo recorreu a modelos provenientes da Psicologia Social e das Organizações e da Psicologia da Saúde Ocupacional como os referidos e teve em consideração estudos científicos sobre *Burnout*, designadamente na classe médica, realizados noutros países, nomeadamente nos EUA e na Europa. Deste modo, foi possível identificar as principais variáveis explicativas associadas ao fenómeno do *Burnout* e organizá-las num modelo teórico orientador do estudo empírico (Figura 1).

Figura 1. Esquema do modelo teórico.



5. Métodos de recolha de dados

5.1. Universo, amostra e ponderações

Em Fevereiro de 2015, a Ordem dos Médicos possuía 49152 médicos registados. O universo deste estudo foi constituído por todos os médicos registados, com *e-mails* elegíveis e que estavam em exercício. Foram assim enviados 43983 convites individuais de participação no estudo a médicos deste universo e foram obtidas:

- 12580 respostas completas às medidas dependentes (29% de taxa de resposta) das quais:
 - 9176 respostas completas e submetidas (21%) das quais:
 - 9117 respostas completas e submetidas *on-line* (99.4%);
 - 59 respostas completas e submetidas em papel (0.6%).

A taxa de resposta de 29% compara positivamente com a obtida no único estudo identificado nos EUA (Shanafelt et al., 2012) sobre *Burnout* na classe médica a nível nacional, a qual foi de 8% (a nível Europeu o único estudo identificado dirigiu-se apenas ao universo dos Médicos de Família pelo que não existem termos comparáveis; Soler et al., 2008). Adicionalmente, esta taxa de resposta assegura-nos uma margem de erro de 1,2% para um Nível de Confiança de 99%. No presente estudo procurou-se maximizar a taxa de participação de médicos de todo o país através de um plano de comunicação detalhado (Anexo 2) que incluiu reuniões de preparação com equipas de médicos nas três Secções Regionais da Ordem dos Médicos e procedimentos de incentivo e monitorização de respostas.

A amostra utilizada no estudo foi constituída pelas 9176 respostas completas e submetidas. Considerando esta amostra, a comparação da distribuição das variáveis Sexo, Idade e Secção Regional no universo com a amostra recolhida permite verificar, ainda que muito pontualmente, ligeiros desvios. Assim, foi calculado um ponderador utilizando os dados para os 49152 médicos registados (Tabela 1). Mais especificamente, este ponderador permite igualar o peso que o Sexo, Idade e Secção Regional têm na amostra ao peso que têm no universo e, assim, eliminar o viés

amostral. O ponderador é calculado de acordo com a seguinte fórmula: $(N/n)_{ijk} * (n/N)$ em que:

- N corresponde à dimensão do universo;
- n corresponde à dimensão da amostra;
- i, j e k corresponde respetivamente à condição Sexo, Idade e Secção Regional.

De modo a avaliar a qualidade da amostra foi realizado um procedimento de extração aleatória de 5000 casos do universo e 5000 da amostra de 9176 participantes. Os resultados indicam que a taxa de sobreposição (i.e., a percentagem de médicos presente nos dois grupos amostrais) é de 15%. A comparação ao nível da distribuição das variáveis Sexo, Idade e Secção Regional dos 15% de casos que se sobrepõem com os casos do universo e a amostra global revela apenas desvios pontuais (Tabela 1). A comparação dos indicadores de *Burnout* (i.e., Exaustão Emocional, Despersonalização e Diminuição da Realização Profissional) entre os casos da amostra que se sobrepõem e os casos da amostra que não se sobrepõem não revela nenhuma diferença estatisticamente significativa (todos os valores t são inferiores a 1.50). Os resultados destas comparações atestam a qualidade da amostra - de facto, mesmo utilizando um critério altamente restritivo de sobreposição entre os elementos do universo e elemento da amostra extraídos aleatoriamente, não existem diferenças amostrais assinaláveis.

Tabela 1. Descrição da amostra, amostra ponderada e amostra aleatória para os casos sobrepostos.

Variáveis	Universo	Amostra	Amostra ponderada	Amostra aleatória (casos sobrepostos)
Sexo:				
Feminino	53.4%	62.3%	53.5%	60%
Masculino	46.6%	37.7%	46.5%	40%

Idade:				
<30	18.5%	20.7%	18.5%	18.7%
31-35	10.9%	16.7%	10.9%	16.9%
36-40	7.8%	11.1%	7.8%	11.0%
41-45	6.6%	8.1%	6.6%	7.2%
46-50	5.3%	6.0%	5.3%	6.3%
51-55	9.0%	10.2%	9.0%	9.9%
56-60	13.6%	13.9%	13.6%	15.0%
61-65	13.0%	10.1%	13.0%	10.6%
>65	15.3%	3.2%	15.3%	4.3%
Secção Regional:				
Norte	35.0%	38.8%	35.0%	39.7%
Centro	16.9%	19.6%	16.9%	17.9%
Sul	48.1%	41.6%	48.1%	42.7%

5.2. Procedimentos de recolha de dados

Preparação do inquérito

Com base numa lista preliminar de indicadores foi criado um conjunto de questões que formaram a primeira versão do inquérito do Estudo Nacional sobre o *Burnout* na Classe Médica (ver ponto 6 para uma descrição detalhada das medidas finais utilizadas). Estas questões tiveram em conta o modelo teórico, bem como a localização das variáveis nesse modelo: antecedentes, prevalência e consequentes do *Burnout*:

- Nas variáveis **antecedentes** incluíram-se as Sociodemográficas; Profissionais; Carga Horária; Intrapessoais; Exigências e Recursos Organizacionais; e Identidade Profissional.
- Nas variáveis de **prevalência** incluíram-se: indicadores de *Burnout*; *Engagement*; e Bem-estar Pessoal.

- Das variáveis **consequentes** fazem parte os consequentes Pessoais (Ansiedade e Depressão; Somatização; Perceção de Saúde Física; Consumos e Dependência), os consequentes Familiares (Equilíbrio Trabalho-Família) e os consequentes Organizacionais (Absentismo e Presentismo; Perceção de Desempenho; Relações Indivíduo-Organização; e Intenções de Saída).

Pré-teste

A primeira versão do questionário foi sujeita a um pré-teste em três grupos focais, nas três Secções Regionais da Ordem dos Médicos em Lisboa, Coimbra e Porto (Tabela 2). O objetivo do pré-teste do inquérito foi o preenchimento presencial por grupos de médicos/as e o levantamento de dúvidas sobre a interpretação e a adequação das questões. Cada sessão teve a duração aproximada de duas horas, em que todos os participantes tinham espaço para manusear o inquérito em papel/computador e sem interrupções. Foi realizada uma gravação áudio e vídeo da sessão para trabalho posterior de análise. Todas as contribuições foram anónimas e confidenciais, utilizadas apenas para a melhoria da versão final do inquérito.

Tabela 2. Tabela de resumo das sessões de grupos focais e pré-teste.

Sessão	Participantes	Local
1	13	Lisboa (SRSOM)
2	8	Porto (SRNOM)
3	8	Coimbra (SRCOM)

Com base nos resultados das sessões de pré-teste foram discutidas e elaboradas alterações nas questões constituintes do inquérito e foi criada a segunda versão do mesmo. Esta segunda versão foi revista pela equipa do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, em colaboração com a equipa técnico-científica da Ordem dos Médicos, e procederam-se a algumas retificações que constituíram a versão final do inquérito (Anexo 3). Esta versão é composta por nove medidas Antecedentes, três medidas de Prevalência, e seis medidas de Consequentes (Tabela 3).

Tabela 3. Medidas, números de itens, e análises psicométricas.

Tema/Medida	Número de itens	Análises
Antecedentes		
Sociodemográficas	16	-
Profissionais	24	-
<i>Locus</i> de Controlo	4	Psicométrica (AFE; Alpha)
Autoeficácia	3	Psicométrica (AFE; Alpha)
<i>Coping</i>	11	Psicométrica (AFE; Alpha)
Suporte Social	1	Psicométrica (AFE; Alpha)
Privação Relativa	5	-
Exigências e Recursos Organizacionais	46	Psicométrica (AFE; Alpha)
Identidade Profissional	3	Psicométrica (AFE; Alpha)
Prevalência		
<i>Burnout</i>	21	Psicométrica (AFC; Alpha)
<i>Engagement</i>	9	Psicométrica (AFC; Alpha)
Bem-estar Pessoal	1	Psicométrica (AFC; Alpha)
Consequentes		
Presentismo e Absentismo		Computação de indicadores
Perceção de Desempenho	3	Psicométrica (AFC; Alpha)
Equilíbrio Trabalho-Família	4	Psicométrica (AFC; Alpha)
Ansiedade, Depressão e Somatização	22	Psicométrica (AFC; Alpha)
Perceção de Saúde Física	1	-

Consumos e Dependência	10	Psicométrica (AFC; Alpha)
Relações Indivíduo-Organização	5	Psicométrica (AFC; Alpha)

Lançamento do inquérito

O estudo foi criado e lançado a partir da plataforma Qualtrics. O Qualtrics é uma plataforma de programação e distribuição de inquéritos líder de mercado e que se pautava pelos mais elevados patamares de segurança¹ e privacidade².

Depois de programado o inquérito, este foi enviado em formato eletrónico para todos os médicos inscritos na Ordem dos Médicos. De modo a assegurar a anonimização das respostas, o envio dos inquéritos foi realizado gerando um **link individual de acesso ao inquérito**³ para cada um dos médicos elegíveis para participação no estudo. A criação deste *link* foi possível através do acesso a uma **base de dados com o contacto dos médicos registados na Ordem dos Médicos**. O acesso necessário aos dados da BDO por programas informáticos foi encriptado em todas as fases do processo.

Este procedimento de criação de um *link* individual de acesso ao inquérito, por comparação com a alternativa de utilização de um *link* comum, assegurou uma gestão dos convites de participação mais eficiente e maior qualidade dos dados de resposta.

Para além do envio direto de um *link* individualizado, criou-se ainda uma rotina *web* que permitia recuperar este *link*. Especificamente, utilizou-se o *e-mail* e o número da cédula profissional como mecanismo de recuperação do *link* individual de acesso ao

¹ Ver declaração de segurança do Qualtrics aqui: <https://www.qualtrics.com/security-statement/>.

² Ver declaração de privacidade do Qualtrics aqui: <https://www.qualtrics.com/privacy-statement/>.

³ A criação de *links* individuais de acesso ao inquérito para cada um dos médicos elegíveis para participar no estudo foi central para a **qualidade dos dados**, uma vez que assegurou a total anonimização das respostas. Especificamente: i) minimizou drasticamente a possibilidade de falsas respostas (i.e., inquéritos respondidos por não médicos); ii) eliminou totalmente a possibilidade de respostas repetidas (i.e., múltiplos inquéritos respondidos pelo mesmo médico).

inquérito no âmbito da **divulgação coletiva**. Especificamente, e no âmbito de uma divulgação do estudo através de redes sociais selecionadas, para facilitar a recuperação do *link* individual de acesso ao inquérito foi criado um formulário para introdução do contacto de *e-mail* e número de cédula profissional, em que era corrido um programa para verificação da base de dados, e devolvido o respetivo *link*.

Quando a verificação se confirmava (i.e., os dados constavam da base de dados utilizada), o programa devolvia o *link* individual de acesso ao inquérito. Se a verificação não se confirmava, era apresentado o *e-mail* de contacto criado para o estudo (burnout2016@ics.ulisboa.pt) e era dada indicação de que poderia ser feito o contacto com a equipa do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa através desse endereço de *e-mail*.

Plano de comunicação e procedimentos de resposta

Divulgação do estudo

Para tornar possível um número considerável de respostas, foi elaborado um plano de comunicação de modo a assegurar a participação necessária dos/as médicos/as à caracterização nacional do *Burnout* na classe médica. Como parte integrante do plano de comunicação foram produzidos diferentes textos para abertura do estudo, convite à participação, e recordatórias de participação no estudo. Ainda no âmbito do plano de comunicação foi também elaborada uma lista dos principais congressos a decorrer com a presença da classe médica entre Maio e Julho de 2016 onde foi realizada a divulgação do estudo através de um *poster* e, quando possível, com a presença de um membro da equipa do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa junto do mesmo. Por fim, como suporte, foi ainda criada uma página do estudo (<http://www.Burnout2016.ics.ulisboa.pt>) com o seu enquadramento, esclarecimentos sobre o inquérito, meios de acesso ao inquérito, e os contactos da equipa. O plano de comunicação é apresentado, em detalhe, no Anexo 2.

Formulário de pedido de inquérito em papel

Foi criado um formulário (Anexo 4) que surge no final do preenchimento do inquérito, como forma de todos/as os/as médicos/as que considerassem beneficiar de algum apoio pessoal o obtivessem. Para tal, só teriam de preencher o formulário que, semanalmente, era reencaminhado por um membro da equipa do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, por *e-mail*, para um membro da equipa técnico-científica da Ordem dos Médicos. Todas as informações partilhadas neste formulário estão ao abrigo da confidencialidade e anonimato, no âmbito do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Resposta a contactos

O esclarecimento de dúvidas dos participantes esteve sempre disponível através do *e-mail* do estudo (*Burnout2016@ics.ulisboa.pt*). Para facilitar o processo de resposta, a equipa do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa criou uma lista de *e-mails* modelo que pudessem abranger a maioria das situações problema (Tabela 4). Estas situações foram categorizadas nos seguintes grupos:

- não consegue submeter/validar o inquérito no passo final;
- pretende rececionar o inquérito em formato papel;
- comunica que já respondeu;
- afirma que não consegue fazer *login*;
- critica o inquérito;
- refere *bugs*/falhas durante o preenchimento do inquérito *on-line*;
- refere questões relacionadas com a profissão médica, a Ordem dos Médicos ou o Bastonário;
- solicita ajuda através do formulário de contacto;
- solicita envio do inquérito em formato papel através do formulário.

Tabela 4. Modelos de resposta a contactos realizados pelos participantes.

Assunto	Resposta / Procedimento
Não consegue submeter/validar o	Caro/a colega,

<p>inquérito no passo final</p>	<p>Muito obrigado pelo seu interesse e participação neste estudo.</p> <p>Esta questão da dificuldade na validação final foi reportada por diversas pessoas. No entanto, queremos assegurar-lhe que as suas respostas foram registadas na totalidade.</p> <p>Esse passo final servia apenas para que o participante tivesse a confirmação de que o estudo estava terminado e para nos dar a oportunidade de agradecer a sua participação.</p> <p>Assim sendo, a sua participação neste estudo está terminada.</p> <p>Muito obrigado.</p> <p>Cumprimentos cordiais,</p> <p>A equipa responsável pelo estudo</p>
<p>Pretende rececionar o inquérito em formato papel</p>	<p>Caro/a colega,</p> <p>Para receber o inquérito em papel, por favor preencha o formulário que encontra aqui: https://docs.google.com/forms/d/1ErA_Mga7gt2j-MA3vJg7jMwDeMg3tQFomjVdX7kAjQU/viewform?c=0&w=1</p> <p>Assim poderemos registar a morada para a qual pretende que seja enviado o inquérito.</p> <p>Obrigado.</p> <p>Cumprimentos cordiais,</p> <p>A equipa responsável pelo estudo</p>
<p>Comunica que já respondeu (ou que já resolveu o problema que tinha tido)</p>	<p>Caro/a colega,</p> <p>Muito obrigado pela sua participação.</p> <p>Oportunamente a Ordem dos Médicos fará a divulgação dos resultados junto da classe médica.</p> <p>Cumprimentos cordiais,</p> <p>A equipa responsável pelo estudo</p>
<p>Afirma que não consegue fazer <i>login</i> (qualquer assunto relacionado com o número da cédula profissional ou e-mail)</p>	<p>Primeira resposta modelo:</p> <p>Caro/a colega,</p> <p>Obrigado pelo seu interesse neste estudo.</p> <p>Lamentamos que não esteja a conseguir aceder ao inquérito.</p> <p>Recebemos vários pedidos neste sentido e precisamos fazer a verificação individual na base de dados.</p>

	<p>Pedimos-lhe que aguarde porque, nos próximos dias, irá receber informação sobre os dados que constam da base de dados ou receberá diretamente o <i>link</i> para poder responder sem necessidade de mais credenciais.</p> <p>Obrigado pela compreensão.</p> <p>Até breve.</p> <p>Cumprimentos cordiais,</p> <p>A equipa responsável pelo estudo</p> <p>Resposta final:</p> <p>Caro/a colega,</p> <p>Lamentamos que questões associadas à base de dados tenham dificultado o seu acesso ao inquérito.</p> <p>Para simplificar o processo, enviamos aqui o <i>link</i> onde poderá clicar para aceder diretamente ao inquérito sem necessidade de mais credenciais.</p> <p>Muito obrigado pela sua participação.</p> <p>Cumprimentos cordiais,</p> <p>A equipa responsável pelo estudo</p>
Críticas ao inquérito	<p>Caro/a colega,</p> <p>Agradecemos, antes de mais, a sua opinião em relação a este estudo e ao nosso trabalho.</p> <p>Compreendemos as críticas que aponta.</p> <p>Este inquérito foi o resultado de um processo exaustivo de recolha dos fatores que considerámos relevantes para o entendimento deste fenómeno. O inquérito foi posteriormente pré-testado junto de um conjunto alargado de colegas médicos que sugeriram alterações e que melhoraram significativamente o inquérito.</p> <p>Por outro lado, dado que um dos objetivos deste estudo será também a comparação com dados obtidos em estudos anteriores com outras populações ou outras profissões, fomos obrigados a utilizar itens que já tinham sido previamente utilizados.</p> <p>Agradecemos a compreensão.</p> <p>Cumprimentos cordiais,</p>

	A equipa responsável pelo estudo
<p>Bugs/falhas durante o preenchimento do inquérito <i>on-line</i></p>	<p>Caro/a colega,</p> <p>Lamentamos que tenha tido dificuldades no preenchimento do inquérito. De facto, já tivemos informações de outras pessoas que reportaram dificuldades semelhantes.</p> <p>Verificámos na programação do inquérito e não existe nenhum aspecto a este nível que explique a existência deste <i>bug</i>/bloqueio.</p> <p>Pedimos-lhe a sua disponibilidade para experimentar a seguinte solução: no final de cada bloco, tem o botão que se clica para passar ao bloco seguinte. Por vezes, quando se clica neste botão surge uma mensagem de aviso a reportar algum problema, ou simplesmente a avisar o participante que não respondeu a alguma questão, para que a pessoa possa ter a oportunidade de responder ou confirmar que quer prosseguir sem responder.</p> <p>Acontece que esta mensagem de aviso aparece sempre no início do bloco (i.e. mais acima) e poderá não estar visível no ecrã quando se tenta passar para o bloco seguinte. Pedimos-lhe, por favor, que verifique se é esse o caso e feche essa mensagem de aviso tentando posteriormente passar para o bloco seguinte.</p> <p>Se tiver essa oportunidade, pedimos-lhe ainda, por favor, que nos comunique se o problema ficou resolvido.</p> <p>Caso o problema não fique resolvido, por favor contacte-nos e poderemos enviar o inquérito em papel.</p> <p>Felizmente, apesar das mais de 1500 respostas que já recebemos, menos de 30 participantes reportaram este tipo de bloqueios. Assim, esperamos que também tenha oportunidade de responder e possa, assim, ser um participante deste estudo.</p> <p>Muito obrigado pelo seu interesse.</p> <p>Cumprimentos cordiais,</p> <p>A equipa responsável pelo estudo</p>
<p>Assuntos relacionados com a profissão médica, a Ordem dos Médicos ou o Bastonário</p>	<p>Caro/a colega,</p> <p>Obrigado pela sua opinião relativamente a estes assuntos.</p> <p>Iremos reencaminhar o seu <i>e-mail</i> para o Sr. Bastonário.</p> <p>Esperemos que mesmo assim tenha a disponibilidade de ser também um participante deste estudo.</p>

	<p>É uma oportunidade de a sua voz ser ouvida também em relação a este fenómeno muito relevante para a profissão médica.</p> <p>Muito obrigado.</p> <p>Cumprimentos cordiais,</p> <p>A equipa responsável pelo estudo</p>
Solicitar ajuda (através do formulário)	<p>Caro/a colega</p> <p>Registámos o seu pedido de ajuda.</p> <p>Irá receber em breve um contacto em resposta ao seu pedido.</p> <p>Cumprimentos cordiais,</p> <p>A equipa responsável pelo estudo</p>
Solicitar envio do inquérito em formato papel (através do formulário)	<p>Caro/a colega,</p> <p>O seu pedido ficou registado.</p> <p>Dentro de alguns dias receberá por correio o inquérito juntamente com um envelope RSF que poderá utilizar para remeter o inquérito preenchido de volta para a Ordem dos Médicos.</p> <p>Muito obrigado.</p> <p>Cumprimentos cordiais,</p> <p>A equipa responsável pelo estudo</p>

Anonimização

A anonimização das respostas foi assegurada em todos os passos deste estudo. O envio dos inquéritos foi realizado gerando um *link* individual de acesso ao inquérito para cada um dos médicos elegíveis para participação no estudo. A criação deste *link* foi possível através do acesso a uma base de dados com o contacto dos médicos inscritos na Ordem dos Médicos (BDO). Mais especificamente, a BDO é constituída por dois campos: i) contacto de *e-mail*; e ii) número de cédula profissional.

Utilizou-se o *e-mail* na **divulgação individualizada** do inquérito. Os conteúdos e os momentos de envio das mensagens foram previamente validados pelo grupo técnico-

científico da OM como parte do Plano de Comunicação do Estudo (PCE). Para a gestão da divulgação individualizada foi utilizado, como referido em cima, o *Qualtrics*.

Utilizou-se o *e-mail* e o número da cédula profissional como mecanismo de recuperação do *link* individual de acesso ao inquérito no âmbito da **divulgação coletiva**. Especificamente, a divulgação do estudo foi feita através de redes sociais selecionadas e outros meios. Para facilitar a recuperação do *link* individual de acesso ao inquérito (i.e., evitar abrir a caixa de *e-mails* e procurar o convite) foi criado um formulário para introdução do contacto de *e-mail* e número da cédula profissional, corrido um programa para verificação na base de dados, e devolvido o respetivo *link* ao médico via *e-mail*. Novamente, as redes sociais e outros meios selecionados para a divulgação coletiva, assim como todos os conteúdos de comunicação foram previamente aprovados pelo equipa técnico-científico da OM como parte do PCE.

Importa reforçar que a criação de *links* individuais de acesso ao inquérito para cada um dos médicos elegíveis para participar no estudo foi central para a **qualidade dos dados** uma vez que minimizou drasticamente a possibilidade de falsas respostas (i.e., inquéritos respondidos por não médicos) e eliminou totalmente a possibilidade de respostas repetidas (i.e., múltiplos inquéritos respondidos pelo mesmo médico). Adicionalmente, a criação de *links* individuais de acesso ao inquérito para cada um dos médicos elegíveis para participar no estudo, também, assegurou uma **gestão mais eficiente dos convites individuais de participação**, assegurando que os lembretes só eram enviados para os médicos que ainda não tinham respondido (e não para toda a lista de médicos elegíveis) e que todos os médicos que completavam o inquérito recebiam um agradecimento individual e cessava o acesso ao *link*.

Finalmente, importa notar que para efeitos finais de anonimização, todos os dados que possam relacionar as respostas com a base de dados de contacto inicial foram automaticamente eliminados da base de dados final.

(Página intencionalmente deixada em branco)

6. Medidas

Esta secção apresenta todas as variáveis consideradas no estudo e detalha as medidas utilizadas. A apresentação das medidas selecionadas inclui a definição do indicador, a relevância para o modelo, a localização no modelo, os itens correspondentes (identificando os itens existentes nas escalas e os itens selecionados sempre que se aplique), o formato de resposta (identificando potenciais adaptações sempre que aplicável), os dados psicométricos das escalas originais e as respetivas (ver esquema na figura 2).

Figura 2. Estrutura de apresentação das medidas.

Definição	Definição breve do indicador
Relevância para o modelo	Breve fundamentação da relevância para o modelo conceptual
Localização no modelo	Antecedente, Prevalência, Consequente
Instrumento de medida	Indicação da escala utilizada ou que serviu de base para a criação dos itens efetivamente utilizados. Serão também aqui listados os itens que compõem o indicador como referenciado na literatura e na sua versão original
Dados psicométricos	Sempre que aplicável: i) número de fatores, ii) consistência interna, iii) variância explicada relativamente às escalas/medidas originais
Itens utilizados	Descrição dos itens efetivamente utilizados, com indicação de eventuais traduções e adaptações e itens selecionados.
Formato de resposta	Descrição do formato de resposta dos itens selecionados
Referências	Referência bibliográfica do estudo original que apresenta o indicador e, quando possível, de exemplos que o testem e/ou utilizem

6.1. Antecedentes

Antecedentes Sociodemográficos

Definição	Variáveis sociodemográficas dizem respeito a características básicas dos indivíduos (e.g. Sexo, Idade) que ilustram as suas pertenças grupais fundamentais e a sua situação pessoal e quotidiana
Relevância para o modelo	Variáveis sociodemográficas são frequentemente utilizadas como variáveis de controlo. São incluídas no modelo para garantir que as relações entre outras variáveis identificadas se processam independentemente destes outros aspetos, ou servem para qualificar as condições sociodemográficas em que essas relações são reforçadas ou inibidas
Localização no modelo	Antecedentes (variáveis de controlo/moderadores)
Instrumento de medida	Não existem instrumentos designados para as variáveis sociodemográficas. Utilizaram-se assim os itens mais comumente utilizados neste tipo de estudos recorrendo a itens de questionários validados como <i>European Social Survey</i> (ESS) ou <i>International Social Survey Programme</i> (ISSP), ou itens criados de raiz no caso de aspetos específicos deste estudo
Itens utilizados	<p><u>Sexo</u>: Sexo: 0 – Masculino, 1 – Feminino</p> <p><u>Idade</u>: Idade: (em anos). Resposta aberta</p> <p><u>Nacionalidade</u>: (lista de nacionalidades)</p> <p><u>Cidadania</u>: Cidadania Portuguesa: 1 – Sim, 2 - Não</p> <p><u>Estado civil</u>: Estado Civil: 1 – Solteiro/a, 2 – Casado/a; União de facto; A viver com companheiro/a, 3- Separado/a; Divorciado/a, 4 – Viúvo/a</p> <p>Casado/a, vive em união de facto ou vive com um/a companheiro/a médico/a: 1 – Sim, 2 - Não</p> <p><u>Habilitações académicas</u>: Grau académico mais elevado que completou: 1 – Licenciatura ou Mestrado, 2 – Doutoramento</p> <p><u>Situação face ao trabalho I</u>: Quais das seguintes situações se aplicam melhor ao que fez na última semana:</p>

- 1- A fazer trabalho pago
- 2- Desempregado/a
- 3- Em situação de reforma
- 4- Em situação de doença temporária
- 5- Em situação de incapacidade/invalidez permanente
- 6- (Outra)/(Recusa)/(Não sabe)

Situação face ao trabalho II (Para reformados e desempregados): Em que ano teve o seu último trabalho remunerado como médico?

Regime de trabalho: Em que regime exerce a atividade no que considera ser o seu principal local de trabalho?

- 1- Trabalhador por conta de outrem
- 2 – Trabalhador por conta própria
- 3 – Ambos

Filhos: Tem filhos? 1 – Sim, 2 – Não

Idade filho mais novo: - Em que ano nasceu o/a seu/sua filho/a mais novo/a?

Composição do agregado familiar:

- Quantas pessoas compõem o seu agregado familiar?
- No seu agregado, quantas pessoas são menores?
- No seu agregado, tem alguma pessoa idosa ou com deficiência a seu cuidado? (Não; 1 a 10 ou mais)

Formato de resposta Itens e escalas indicadas acima

Referências ESS Round 7: European Social Survey Round 7 Data (2014). Data file edition 1.0. Norwegian Social Science Data Services, Norway – Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC.

Antecedentes Profissionais

Definição	Variáveis profissionais são variáveis posicionais de carácter sociodemográfico e objetivo que decorrem da natureza da profissão médica
Relevância para o modelo	Tal como as outras variáveis Sociodemográficas, são utilizadas como variáveis de controlo e para qualificar as condições em que outras relações identificadas no modelo são reforçadas ou inibidas. Trata-se neste caso de variáveis Sociodemográficas especificamente para o contexto deste estudo, mais relevantes para a população médica (e.g. especialidade).
Localização no modelo	Antecedentes
Instrumento de medida	Não existem instrumentos designados para as variáveis Sociodemográficas. Utilizámos os itens mais comumente adotados neste tipo de estudos recorrendo a itens de questionários validados como <i>European Social Survey</i> (ESS) ou <i>International Social Survey Programme</i> (ISSP).
Itens utilizados	<p><u>Ano de Inscrição na Ordem dos Médicos:</u> Em que ano se inscreveu na Ordem dos Médicos?</p> <p><u>Secção Regional:</u> A que Secção Regional da Ordem dos Médicos pertence?</p> <ul style="list-style-type: none">- Norte- Centro- Sul <p><u>Carreira Médica:</u> Qual a opção que melhor caracteriza a sua carreira médica?</p> <ul style="list-style-type: none">- Hospitalar- Saúde Pública- Clínica Geral- Medicina Legal- Medicina do Trabalho- Outra <p><u>Fase de Carreira/Grau:</u> Qual a opção que melhor caracteriza a sua situação?</p> <ul style="list-style-type: none">- Médico Interno- Especialista

- Consultor

Especialidade: Qual a **principal especialidade** que pratica?

- (listagem das 50 especialidades médicas fornecida pela Ordem dos Médicos).

Anos de Prática da Especialidade Principal: Há quantos anos tem esse **título de especialista?**

Segunda Especialidade: Caso exerça mais do que uma especialidade, indique a **segunda especialidade:**

- (listagem das 50 especialidades médicas fornecida pela Ordem dos Médicos).

Função Principal:

- Clínica (em unidade de cuidados intensivos)
- Clínica (não numa unidade de cuidados intensivos)
- Administrativa/Gestão
- Académica/Investigação
- Outra

Emergência Médica Pré-Hospitalar: Trabalha em **emergência médica** hospitalar?

Principal Local de Trabalho: Qual considera ser o seu **principal local de trabalho?**

- Hospital Público
- Hospital/ Clínica Privada
- Hospital PPP
- USF – A
- USF – B
- UCSP
- Consultório Privado
- Universidade
- Outro

Anos Principal Local de Trabalho: Aproximadamente há **quanto tempo** está neste **local de trabalho?** (*em anos*)

Localidade onde Trabalha: Qual a frase que melhor descreve a **localidade onde trabalha?**

- uma grande cidade
- os subúrbios ou arredores de uma grande cidade
- uma vila ou pequena cidade
- uma aldeia

Funções de Direção, Chefia ou Coordenação: Exerce atualmente funções de **direção, chefia ou coordenação?**

- a) Sim, formalmente
- b) Sim, informalmente
- c) Não

Estabilidade do Emprego: Sente a sua situação de **emprego atual** como:

0 – Muito instável a 10 – Muito estável

Contexto de Trabalho: Na maior parte do tempo desenvolve a sua **jornada de trabalho** sobretudo em contexto individual ou sobretudo em contexto de equipa (com outros médicos/profissionais de saúde)?

0 – Sobretudo em contexto de trabalho individual a 10 – Sobretudo em contexto de trabalho em equipa

Número de Locais de Trabalho: Quantos locais de trabalho considera que tem?

Formato de resposta Itens e escalas indicadas acima

Referências ESS Round 7: European Social Survey (2015): ESS-7 2014 Documentation Report. Edition 1.0. Bergen, European Social Survey Data Archive, Norwegian Social Science Data Services for ESS ERIC.

Antecedentes Relativos à Carga Horária

Definição	Variáveis relacionadas com o volume de trabalho que os médicos enfrentam no seu quotidiano
Relevância para o modelo	Um dos aspetos fundamentais do quotidiano da atividade médica e que previsivelmente poderá estar mais associado aos diferentes indicadores de <i>Burnout</i> é o volume de trabalho que os médicos enfrentam na sua atividade
Localização no modelo	Antecedentes
Instrumento de medida	Medidas construídas a partir da discussão com a equipa técnico-científica da OM e os diferentes grupos de discussão que tiveram lugar nas três Secções Regionais da OM
Itens utilizados	<p><u>Total de Horas Contratadas:</u> Qual o número de horas previsto no/s seu/s contrato/s de trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none">- No que considera ser o seu principal local de trabalho- No que considera ser outro/s local/is de trabalho- Total <p><u>Total de Horas Efetivas:</u> Numa semana típica, qual o número de horas que efetivamente trabalha (com ou sem contrato):</p> <ul style="list-style-type: none">- No que considera ser o seu principal local de trabalho- No que considera ser outro/s local/is de trabalho- Fora do/s local/is (em casa, ao fim de semana, congressos e outras situações que queira considerar)- Total <p><u>Jornadas de Trabalho Mensais Superiores a 7 horas:</u> Por mês, em média, quantas jornadas de trabalho superiores a 7 horas faz?</p> <p><u>Fins de Semana Trabalhados por Mês:</u> Por mês, em média, quantos fins de semana trabalha?</p> <p><u>Períodos de Urgência:</u> Por mês, em média, quantos períodos de urgência faz?</p> <p><u>Períodos de Urgência Superiores a 12 horas:</u> Dos períodos de urgência, em média, quantos têm durações superiores a 12 horas?</p>

Períodos de Urgência em Urgência Noturna: Dos períodos de urgência, em média, quantos são em **urgência noturna**?

Descanso Compensatório: Faz **descanso compensatório** após urgência noturna?

0 – Nunca a 10 - Sempre

Formato de resposta Indicado acima

Referências N. D.

Antecedentes Intrapessoais

Otimismo

Definição Os conceitos de Otimismo e Pessimismo referem-se às expectativas de futuro que a pessoa tem. Como as pessoas otimistas têm a expectativa de obter bons resultados e as pessimistas têm a expectativa de obter maus resultados é mais provável que as primeiras experienciem sentimentos mais positivos e as segundas sentimentos negativos. Paralelamente, o Otimismo e o Pessimismo podem determinar diferenças nas respostas comportamentais e de *coping* perante situações de risco ou ameaça

Relevância para o modelo De acordo com a literatura na área, o Otimismo é uma variável antecedente do *Burnout*, mais especificamente, segundo o Modelo das Exigências e dos Recursos no Trabalho, consiste num recurso pessoal. Acresce que o otimismo se encontra relacionado com conceitos afins como a autoeficácia e a perceção de controlo

Localização no modelo Antecedentes

Instrumento de medida *Life Orientation Test-Revised (LOT-R)* (Scheier et al., 1985, 1994)

In uncertain times, I usually expect the best.

It's easy for me to relax.

If something can go wrong for me it will.

I am always optimistic about my future.

I enjoy my friends a lot.

It's important for me to keep busy.

I hardly ever expect things to go my way.

I don't get upset too easily.

I rarely count on good things happening to me.

10. Overall, I expect more good things to happen to me than bad.

Dados psicométricos Número de fatores: 1

Consistência interna: valores de alpha "in the high .70s to low .80s"

Cotação e Interpretação:

Na escala original cada item é cotado de 0 a 4.

Itens utilizados Utilizou-se a tradução portuguesa, feita pelos autores deste relatório, de 3 itens da escala acima referida escolhidos em função do seu valor facial:

- Sou sempre otimista em relação ao meu futuro.

- Raramente espero que as coisas aconteçam do meu modo.

- De um modo geral, espero que me aconteçam mais coisas boas do que más.

Formato de resposta 0 - Discordo totalmente a 10 - Concordo totalmente

Referências Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*(3), 219-247. doi: 10.1037//0278-6133.4.3.219

Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(6), 1063-1078. doi: 10.1037//0022-3514.67.6.1063

Locus de Controlo

Definição	Tendência (crença) da pessoa para interpretar situações e acontecimentos de vida como estando sob o seu próprio controlo, sendo resultado das próprias ações, ou sob o controlo de fatores externos. Segundo Rotter (1966), as expectativas de recompensa e o comportamento da pessoa são influenciados pelas suas crenças de controlo sobre a situação ou acontecimento
Relevância para o modelo	De acordo com a literatura na área, o <i>Locus de Controlo</i> é uma variável antecedente do <i>Burnout</i> , podendo constituir, segundo o Modelo das Exigências e dos Recursos no Trabalho, um recurso pessoal. Acresce que o <i>Locus de Controlo</i> constitui uma das quatro dimensões auto-avaliativas centrais, juntamente com a autoeficácia, a autoestima e o neuroticismo, as quais são bons preditores de diversos <i>outcomes</i> do trabalho.
Localização no modelo	Antecedentes
Instrumento de medida	<p><i>Locus of Control</i> (versão reduzida da Rotter's <i>Locus of Control Scale</i> de Rotter, 1966) - disponível no site www.psych.uncc.edu</p> <p>2. a. Many of the unhappy things in people's lives are partly due to bad luck. b. People's misfortunes result from the mistakes they make.</p> <p>3. a. One of the major reasons why we have wars is because people don't take enough interest in politics. b. There will always be wars, no matter how hard people try to prevent them.</p> <p>4. a. In the long run people get the respect they deserve in this world. b. Unfortunately, an individual's worth often passes unrecognized no matter how hard he tries.</p> <p>5. a. The idea that teachers are unfair to students is nonsense. b. Most students don't realize the extent to which their grades are influenced by accidental happenings.</p> <p>6. a. Without the right breaks one cannot be an effective leader. b. Capable people who fail to become leaders have not taken advantage of their opportunities.</p> <p>7. a. No matter how hard you try some people just don't like you. b. People who can't get others to like them don't understand how to get along with others.</p>

9. a. I have often found that what is going to happen will happen. b. Trusting to fate has never turned out as well for me as making a decision to take a definite course of action.

10. a. In the case of the well prepared student there is rarely if ever such a thing as an unfair test. b. Many times exam questions tend to be so unrelated to course work that studying is really useless.

11. a. Becoming a success is a matter of hard work, luck has little or nothing to do with it. b. Getting a good job depends mainly on being in the right place at the right time.

12. a. The average citizen can have an influence in government decisions. b. This world is run by the few people in power, and there is not much the little guy can do about it.

13. a. When I make plans, I am almost certain that I can make them work. b. It is not always wise to plan too far ahead because many things turn out to be a matter of good or bad fortune anyhow.

15. a. In my case getting what I want has little or nothing to do with luck. b. Many times we might just as well decide what to do by flipping a coin.

28. a. What happens to me is my own doing. b. Sometimes I feel that I don't have enough control over the direction my life is taking

Dados psicométricos Número de fatores: 1

Cotação e Interpretação:

Na escala original cotar com 1 ponto as seguintes respostas: 2.a, 3.b, 4.b, 5.b, 6.a, 7.a, 9.a, 10.b, 11.b, 12.b, 13.b, 15.b, 28.b. Os scores variam entre 0 e 13. Um score elevado indica um *locus* de controlo externo enquanto um score baixo indica um *locus* de controlo interno.

Itens utilizados Utilizou-se a tradução portuguesa, feita pelos autores do presente relatório, de 4 itens retirados da escala acima, escolhidos de modo a que, pelo seu valor facial, dois deles indicassem um locus de controlo interno e os outros dois um locus de controlo externo.

13 a - Quando faço planos tenho quase a certeza de que os consigo concretizar.

13 b - Nem sempre é sensato fazer planos a longo prazo porque de qualquer modo muitas coisas acabam por ser uma questão de boa ou má sorte.

28 a - O que acontece na minha vida é da minha responsabilidade.

28 b - Por vezes sinto que não tenho controlo suficiente sobre a direção que a minha vida está a seguir.

Formato de resposta 0 – Discordo totalmente a 10 – Concordo totalmente

Referências Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General & Applied*, 80(1), 1-28. doi: 10.1037/h0092976

Autoeficácia Geral

Definição Crença na capacidade do próprio para responder a situações novas ou difíceis e para lidar com quaisquer obstáculos ou contratempos a elas associados. Refere-se ao sentido de “agência pessoal” (*personal agency*), i.e. à crença de que as ações do próprio são responsáveis por resultados de sucesso

Relevância para o modelo De acordo com a literatura na área, a Perceção de Autoeficácia é uma variável antecedente do *Burnout*, mais especificamente, segundo o Modelo das Exigências e dos Recursos no Trabalho, consiste num recurso pessoal. Acresce que uma das dimensões do *Burnout*, a realização pessoal é considerada uma medida de Autoeficácia profissional.

Localização no modelo Antecedentes

Instrumento de medida *Generalized Self-Efficacy Scale* (Jerusalem & Schwarzer, 1992); versão Portuguesa de Nunes, Schwarzer, & Jerusalem (1999) - disponível em: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/auto.htm>.

1 - Eu consigo resolver sempre os problemas difíceis se tentar bastante.

2 - Se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que quero.

3 - É fácil para mim, agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objetivos.

4 - Estou confiante que posso lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.

5 - Graças às minhas competências, sei como lidar com situações imprevistas.

6 - Eu posso resolver a maioria dos problemas se investir o esforço necessário.

7 - Eu posso manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque posso confiar nas minhas capacidades para enfrentar as situações.

8 - Quando eu sou confrontado com um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções.

9 - Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.

10 - Quando tenho um problema pela frente, geralmente ocorrem-me várias formas de o resolver.

Dados psicométricos Número de fatores: 1

Consistência interna: Alphas da escala original entre 0.82 e 0.93 (Jerusalem & Schwarzer, 1992); em amostras de 23 países: alphas entre 0.76 e 0.9, maioritariamente superiores a 0.80 (<http://userpage.fu-berlin.de/health/engscal.htm>); em Portugal o valor de alpha foi de 0.76 (Scholz et al., 2002).

No estudo com uma amostra de 25 países (Scholz et al., 2002), as correlações item-total mais fortes na amostra Portuguesa verificaram-se para os itens 4, 5 e 10 ($r=0.53, 0.53$ e $0,48$) e os *loadings* mais elevados na AFC realizada para a amostra total verificaram-se para os itens 1, 2, 3, 4 e 5 (0.74, 0.71, 0.70, 0.70, 0.70).

Itens utilizados Utilizou-se a tradução portuguesa de 3 itens retirados da escala acima, selecionados com base nos critérios estatísticos indicados acima (i.e. correlações item-total e *loadings* na AFC):

4 - Estou confiante que posso lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.

5 - Graças às minhas competências, sei como lidar com situações imprevistas.

10 - Quando tenho um problema pela frente, geralmente ocorrem-me várias formas de o resolver.

Formato de resposta 0 – Discordo totalmente a 10 – Concordo totalmente

Referências Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 195-213). Washington, DC: Hemisphere.

Nunes, R., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1999). *Escala de autoeficácia geral percebida*. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/auto.htm>

Scholz, U., Gutiérrez-Doña, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242-251. doi: 10.1027//1015-5759.18.3.242

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, England: NFER-NELSON.

Regulação Emocional

Definição A capacidade de Regulação Emocional é fundamental para a adaptação humana e a investigação sobre as bases neuronais da Regulação Emocional tem permitido sustentar a existência de estratégias de controlo baseadas em processos cognitivos superiores, designadamente através do controlo da atenção e da transformação cognitiva do significado de estímulos emocionalmente evocativos

Relevância para o modelo De acordo com a literatura na área, a autorregulação emocional é uma variável antecedente do *Burnout*, podendo constituir, segundo o Modelo das Exigências e dos Recursos no Trabalho, um recurso pessoal

Localização no modelo Antecedentes

Instrumento de medida *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ) de Gross & John (2003). Tradução e Validação para a população Portuguesa - Questionário de Regulação Emocional - por Vaz (2009).

1. Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), mudo o que estou a pensar.
2. Guardo as minhas emoções para mim próprio.
3. Quando quero sentir menos emoções negativas (como tristeza ou raiva) mudo o que estou a pensar.

4. Quando estou a sentir emoções *positivas*, tenho cuidado para não as expressar.

5. Quando estou perante uma situação stressante, forço-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajude a ficar calmo.

6. Eu controlo as minhas emoções não as expressando.

7. Quando quero sentir mais emoções positivas, eu mudo a forma como estou a pensar acerca da situação.

8. Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontro.

9. Quando estou a experienciar *emoções negativas*, faço tudo para não as expressar.

10. Quando quero sentir menos *emoções negativas*, mudo a forma como estou a pensar acerca da situação.

Dados psicométricos Número de fatores: 2

Itens por subescala (e valores de alpha):

Reavaliação Cognitiva - 1, 3, 5, 7, 8, 10 (estudo original, alpha de 0.79)

Supressão Emocional - 2, 4, 6, 9 (estudo original, alpha de 0.73).

Itens utilizados Utilizou-se a tradução portuguesa de 4 itens (2 por cada subescala/factor) da escala acima referida, escolhidos em função do seu valor facial:

4 - Quando estou a sentir emoções *positivas*, tenho cuidado para não as expressar.

5 - Quando estou perante uma situação stressante, forço-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajude a ficar calmo.

8 - Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontro.

9 - Quando estou a experienciar *emoções negativas*, faço tudo para não as expressar.

Formato de resposta 0 = Discordo totalmente a 10 – Concordo totalmente

Referências Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and

well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348

Vaz, F.M. (2009). *Diferenciação e regulação emocional na idade adulta: Tradução e validação de dois instrumentos de avaliação para a população portuguesa*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia (Psicologia Clínica), Braga, Portugal.

Autocuidado

Definição O Autocuidado é uma função regulatória humana deliberada que está sobre o controlo individual. O Autocuidado envolve todas as decisões que um indivíduo tome sobre si próprio para assegurar a saúde física e mental, nomeadamente a prática de exercício físico, cuidados com a alimentação e evitar substâncias nocivas (e.g., tabaco, álcool). Na área da saúde, o Autocuidado está no extremo oposto do cuidado por técnicos de saúde

Relevância para o modelo O Autocuidado afirma o direito ao bem-estar e às necessidades individuais. Os comportamentos de Autocuidado têm sido considerados uma forma de equilibrar e preservar a longevidade e Bem-estar Pessoal. Estes comportamentos podem envolver uma grande variedade de ações desde a adoção de hábitos de vida saudáveis, à valorização de momentos de lazer e relaxamento (e.g., férias). No contexto laboral, o Autocuidado é considerado um preditor importante de reações disfuncionais ao stress profissional.

Localização no modelo Antecedentes

Instrumento de medida Dada a complexidade de medida isolada das dimensões que compõe o Autocuidado (e.g., hábitos alimentares, hábitos de sono) e a inexistência de um instrumento único que meça Autocuidado de uma forma consistente, optou-se por medir o Autocuidado como uma auto-perceção da pessoa em quatro dimensões centrais: prática de exercício físico, momentos de lazer, sono e alimentação. Importa notar que os consumos (e.g., álcool, tabaco) foram retirados deste indicador porque são considerados como consequentes no nosso modelo teórico.

Dados psicométricos	N. D.
Itens utilizados	De um modo geral, em que medida está satisfeito/a com: A sua prática de exercício físico planeado e regular? Os momentos de lazer e pausa planeados e regulares? A qualidade do seu sono? O seu cuidado em relação à alimentação?
Formato de resposta	0 – Nada satisfeito a 10 – Totalmente satisfeito

Referências	Chambers, R., Wakley, G., & Blenkinsopp, A., Practitioners, R. C. (2006). <i>Supporting self care in primary care</i> . Oxford, Seattle: Radcliffe Publishing. Renpenning, K., & Taylor, S. G. (2011). <i>Self-care science, nursing theory and evidence-based practice</i> . New York: Springer Publishing Company.
--------------------	---

Resolução de Problemas

Definição	Lazarus e Folkman (1984) definem o <i>coping</i> como os esforços comportamentais e cognitivos, em mudança constante, que visam gerir exigências internas ou externas específicas, consideradas como excedendo os recursos pessoais. Um <i>coping</i> adequado a dada situação conduz a um ajustamento adequado. Dentro dos critérios de ajustamento salientam-se indicadores de bem-estar, de funcionamento social, e de saúde somática. O <i>coping</i> orientado para a Resolução de Problemas é tendencialmente funcional em situações em que o <i>stressor</i> seja controlável pelo sujeito. Dentro do <i>coping</i> orientado para a Resolução de Problemas encontram-se diversos tipos de estratégias, designadamente: <i>Coping</i> activo: Iniciar uma ação ou fazer esforços para remover ou circunscrever o <i>stressor</i> . Planificação: Pensar sobre o modo de se confrontar com o <i>stressor</i> , planejar os esforços.
------------------	---

Relevância para o modelo	De acordo com a literatura na área, o <i>coping</i> orientado para a Resolução de Problemas é uma variável antecedente do <i>Burnout</i> , podendo constituir, segundo o Modelo das Exigências e dos Recursos no Trabalho, um recurso pessoal. É habitualmente conceptualizada como uma variável que modera o impacto das exigências nas experiências de <i>distress</i> e seus consequentes.
Localização no modelo	Antecedentes
Instrumento de medida	Subescalas de <i>Coping Activo</i> e de Planificação do Brief COPE (Carver, 1997); versão portuguesa de Pais Ribeiro e Rodrigues (2004).
Dados psicométricos	Número de fatores: 2 Itens por subescala e valores de alpha (de acordo com o estudo de Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004): <u>Coping Activo</u> : itens 1 e 2; $r=0.65$ <u>Planificação</u> : itens 3 e 4; $r=0.70$
Itens utilizados	Em que medida considera que as opções que se seguem caracterizam o que faz quando se confronta com acontecimentos difíceis : 1 - Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação. 2 - Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação. 3 - Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer 4 - Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação.
Formato de resposta	0- Nunca faço isto a 10 – Faço sempre isto
Referências	Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. <i>International Journal of Behavioral Medicine</i> , 4(1), 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6 Pais Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. <i>Psicologia, Saúde & Doenças</i> , 5(1), 3-15.

Suporte Social

Definição	Suporte Social é a auto-perceção de que a pessoa tem assistência por parte de outras pessoas em caso de necessidade e que as redes sociais em que está inserida são também fontes de apoio
Relevância para o modelo	O Suporte Social poderá funcionar como uma variável inibidora da emergência de <i>Burnout</i> , i.e. a existência de uma rede de suporte pode funcionar como um mecanismo inibidor que permite que a pessoa evite a exaustão
Instrumento de medida	N. D.
Localização no modelo	Antecedentes
Itens	Em que medida considera que as opções que se seguem caracterizam o apoio que recebe em caso de necessidade : - Recebo sempre apoio e ajuda de pessoas que me são próximas (família, amigos, colegas, etc.) - Estou totalmente satisfeito/a com a qualidade do apoio que recebo ou receberia
Formato de resposta	0 – Discordo totalmente a 10 – Concordo totalmente
Dados psicométricos	N. D.
Referências	Wills, T. A. (1991). Social support and interpersonal relationships. In M. Clark. (Ed.), <i>Prosocial behavior. Review of personality and social psychology</i> (vol. 12., pp. 265-289). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Antecedentes Relativos às Exigências e Recursos Organizacionais

Definição De acordo com o Modelo das Exigências e dos Recursos do Trabalho (Bakker, Hakanen, Demerouti, & Xanthopoulou, 2007), as Exigências dizem respeito aos aspetos físicos, psicológicos, sociais e organizacionais do trabalho que requerem um sustentado esforço físico e/ou psicológico (cognitivo ou emocional) constituindo os principais preditores do mal-estar e do desgaste profissional. Os Recursos referem-se aos aspetos físicos, psicológicos, sociais e organizacionais do trabalho que (a) reduzem as exigências do trabalho e os seus custos físicos e psicológicos; (b) dão suporte à prossecução dos objetivos relacionados com o trabalho; e (c) estimulam o crescimento, a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal (Schaufeli & Bakker, 2004).

Relevância para o modelo Segundo a literatura na área, o Modelo das Exigências e dos Recursos do Trabalho é o modelo explicativo do *Burnout* mais amplamente utilizado, nomeadamente nos estudos com médicos (e.g. Houkes et al., 2008). De acordo com o modelo, as Exigências constituem um importante preditor do *stress* profissional e do *Burnout* e os Recursos um amortecedor do impacto das exigências.

Localização no modelo Antecedentes

Instrumento de medida N. D.

Não se tendo identificado nos estudos revistos sobre *Burnout* nos médicos um instrumento que operacionalizasse os diversos tipos de Exigências e de Recursos relevantes para a caracterização da atividade médica (abrangendo as diversas especialidades), procedeu-se a uma revisão de literatura sobre as principais Exigências e Recursos do trabalho em geral (e.g. Schaufeli & Taris, 2014) e de estudos sobre *Burnout* nos médicos em que este tipo de variáveis tivesse sido contemplado (e.g. Lee et al., 2013; Houkes et al., 2008). Através desta revisão identificou-se um leque alargado de Exigências e Recursos potencialmente relevantes para o estudo, os quais foram posteriormente escritos sob a forma de item e aferidos em sessões de trabalho com a equipa técnico-científica da Ordem dos Médicos e com os diferentes grupos de discussão que tiveram lugar nas três Secções Regionais da Ordem dos Médicos

Dados psicométricos N. D.

Itens utilizados **Exigências Físicas do Trabalho**

Em que medida concorda com as seguintes afirmações sobre as exigências físicas do seu trabalho:

Trabalho num ambiente em que os níveis de ruído são muito elevados

Trabalho num ambiente demasiado quente/frio

No meu local de trabalho há falta de zonas de descanso adequadas para os/as médicos/as em serviço de urgência

No meu trabalho estou muito exposto/a a riscos físicos (e.g. instrumentos cortantes; químicos tóxicos; sangue contaminado com agentes patogénicos)

Exigências Mentais das Tarefas

Em que medida concorda com as seguintes afirmações sobre as exigências mentais do seu trabalho:

O meu trabalho exige-me níveis de atenção/concentração/precisão muito elevados

O meu trabalho exige que me lembre de muitas informações simultaneamente

O meu trabalho exige-me que tome muitas decisões complexas

Se cometer erros no meu trabalho as consequências para os doentes são muito graves

Exigências Organizacionais

Em que medida concorda com as seguintes afirmações sobre as exigências organizacionais do seu trabalho:

Sou convocado/a para um número excessivo de reuniões

A falta de médicos/as no meu local de trabalho dificulta a minha prática

A quantidade de trabalho burocrático que tenho é excessiva

No meu trabalho sinto que há demasiadas imposições e tenho falta de autonomia no que faço

Sinto que não me é dada a possibilidade de participar na tomada de decisões que afetam o meu trabalho

Sinto dificuldade em obter exames complementares de diagnóstico que considero necessários

Sinto dificuldade em obter o *feedback* necessário dos especialistas de outras áreas

No meu trabalho os recursos informáticos/sistema informático são inadequados

São-me dadas orientações incompatíveis entre si por diferentes pessoas com quem trabalho

No meu trabalho passo muito tempo a lidar com equipamentos técnicos

Exigências Científicas

Em que medida concorda com as seguintes afirmações sobre as exigências científicas da sua actividade de trabalho (e.g. em termos financeiros, de tempo):

Manter-me atualizado/a face às novas informações médicas é muito exigente para mim

Exigências da Relação com os Doentes

Em que medida concorda que as seguintes situações de **relação com os doentes** o perturbam emocionalmente:

A relação com doentes em sofrimento

Acompanhar doentes em processo terminal e confrontar-me com a morte de doentes

A responsabilidade que sinto sobre a saúde e a vida dos doentes

Acompanhar doentes não colaborantes/difíceis

Ter de lidar com doentes que me ameaçam

Ter de lidar com doentes com problemas que estão fora da minha área de intervenção

O relacionamento com os familiares dos doentes

A falta de reconhecimento dos doentes pelo meu trabalho

Exigências das Relações no Local de Trabalho

Em que medida concorda que as seguintes situações de **relação com colegas e superiores** o perturbam emocionalmente:

Exigências Decorrentes de Situações de Conflito

Sentir que o meu trabalho não é reconhecido

Sentir que o meu trabalho é posto em causa

Sentir-me negativamente discriminado/a

Sentir-me vítima de assédio moral

Exigências de Sobrecarga

Em que grau concorda com as seguintes afirmações:

Sinto que tenho de estar disponível como médico/a a qualquer hora

Sinto que trabalho um número de horas excessivo

O meu trabalho exige-me que trabalhe arduamente

Não tenho tempo suficiente para o trabalho que há a fazer

Recursos Organizacionais

Considerando o seu trabalho como médico/a, em que medida concorda com cada uma das afirmações que se seguem:

Sei claramente o que se espera de mim no meu local de trabalho

Sinto que me é dada a possibilidade de participar na tomada de decisões que afetam o meu trabalho

Sinto que o meu local de trabalho está organizado de acordo com políticas, procedimentos e práticas de segurança no trabalho adequados

Sinto que tenho boas oportunidades de desenvolvimento profissional no meu local de trabalho

Sinto que o clima de trabalho na minha equipa facilita a minha atividade profissional

Os recursos técnicos e equipamentos de que disponho no local de trabalho facilitam a minha atividade profissional

Sinto que recebo *feedback* suficiente sobre o meu desempenho

Sinto que tenho um bom nível de autonomia no trabalho que faço

Sinto que posso contar com ajuda no meu local de trabalho

Formato de resposta 0 – Discordo totalmente a 10 – Concordo totalmente

- Referências** Bakker, A., Hakanen, J., Demerouti, E., & Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology, 99*(2), 274–284. doi: 10.1037/0022-0663.99.2.274
- Houkes, I., Winants, Y., & Twellaar, M. (2008). Specific determinants of burnout among male and female general practitioners: A cross-lagged panel analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 81*(2), 249-276. doi: 10.1348/096317907X218197
- Lee, R. T., Seo, B., Hladkyj, S., Lovell, B. L., & Schwartzmann, L. (2013). Correlates of physician burnout across regions and specialties: A meta-analysis. *Human Resources for Health, 11*:48. doi: 10.1186/1478-4491-11-48
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior, 25*(3), 293-315. doi: 10.1002/job.248
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2014). A critical review of the job demands-resources model: Implications for improving work and health. In G.F. Bauer, & O. Hämmig (2014), *Bridging occupational, organizational and public health: A transdisciplinary approach* (pp. 43-68). doi: 10.1007/978-94-007-5640-3_4

Antecedentes Relativos à Identidade Profissional

Privação Relativa

Definição A Privação Relativa é a crença de acordo com a qual uma pessoa se sente privada de um bem ou recurso quando se compara com outras pessoas, sejam membros do seu grupo social ou de outros grupos sociais

Relevância para o modelo De acordo com o conceito de Privação Relativa, a resposta de uma pessoa a uma situação objetiva depende da sua comparação subjetiva

com outras pessoas. De facto, a evidência mostra que tendemos a procurar de forma ativa informação sobre a nossa posição relativa num grupo e a valorizar a informação de que temos uma posição respeitada. Neste contexto, o importante é que a ausência desta valorização resulta no sentimento de privação e está associado a mal-estar pessoal e desinvestimento, nomeadamente, a nível laboral quando a privação surge no âmbito profissional.

Localização no modelo	Antecedentes
Instrumento de medida	Adaptado da escala de Privação Relativa de Lima e Vala (2004).
Dados psicométricos	N. D.
Itens utilizados	<p>Privação Relativa:</p> <p>Relativamente aos grupos profissionais com os quais os médicos se comparam, diria que:</p> <p>- A minha situação económica é:</p> <p>(0 – Claramente pior a 10 – Claramente melhor)</p> <p>A situação económica dos médicos é:</p> <p>(0 – Claramente pior a 10 – Claramente melhor)</p> <p>Relativamente a colegas da mesma especialidade com os quais se compara, diria que:</p> <p>- A minha situação económica é:</p> <p>(0 – Claramente pior a 10 – Claramente melhor)</p> <p>Agora, relativamente a colegas de outras especialidades com os quais se compara, diria que:</p> <p>- A minha situação económica é:</p> <p>(0 – Claramente pior a 10 – Claramente melhor)</p>
Formato de resposta	Indicado acima
Referências	<p>Vala, J., & Sousa, F. (2002). Relational justice in organizations: the group-value model and the support for change. <i>Social Justice Research</i>, 15(2), 99-121. doi: 10.1023/A:1019967705790</p> <p>Vala, J., & Marinho, C. (2003). Percepções de justiça social, confiança e avaliação do sistema político. In M. Villaverde Cabral, J. Vala e A.</p>

Freire (Eds.), *Desigualdades sociais e justiça social*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Lima, M. & Vala, J. (2004). Racismo e democracia racial no Brasil. In J. Vala, M. Garrido e P. Alcobia (Eds.), *Percursos da investigação em Psicologia Social e Organizacional* (pp. 233-253). Lisboa: Edições Colibri.

Smets, E. M. A., Visser, M. R. M., Oort, F. J., Schaufeli, W. B., & Haes, H. J. C. J. M. (2004). Perceived inequity: Does it explain burnout among medical specialists? *Journal of Applied Social Psychology*, 34(9), 1900-1918. doi: 10.1111/j.1559-1816.2004.tb02592.x

Identificação com a Classe Médica

Definição Identidade Social é a parte da identidade do indivíduo que decorre das suas pertenças a grupos e do valor que este atribui a essas pertenças. A Identificação é a magnitude de uma determinada identidade para o indivíduo

Relevância para o modelo A Identificação pode constituir um antecedente do síndrome de *Burnout* ou eventualmente um processo mediador que está entre as situações adversas decorrentes das exigências do trabalho e a manifestação num estado mental de exaustão. Pode nesse sentido constituir-se como um amortecedor que impede que, de situações adversas, decorra necessariamente um estado mental negativo.

Localização no modelo Antecedentes

Instrumento de medida Existem várias escalas de Identificação desenvolvidas maioritariamente no âmbito da Psicologia Social. Uma das escalas mais completas que se baseia e melhora escalas anteriormente desenvolvidas é a escala de Cameron (2004). É uma escala de 12 itens com 4 itens para cada um dos três componentes: centralidade, afeto endogrupal e laços endogrupalis.

Centralidade:

- Penso frequentemente no facto de que eu sou...

- De uma forma geral, ser... tem muito pouco a ver com o que eu sinto acerca de mim próprio

- De uma forma geral, ser...é uma parte importante da minha autoimagem

Afecto endogrupal:

- Em geral, fico contente por ser...
- Muitas vezes, lamento ser...
- Não me sinto bem acerca de ser...
- Geralmente, sinto-me bem quando penso em mim como um...

Laços endogrupalis:

- Eu tenho muito em comum com outros...
- Eu sinto fortes laços de ligação com outros...
- Eu tenho dificuldade em criar laços de ligação com outros...
- Eu não me sinto "ligado" a outros...
- O facto de eu ser Português raramente me ocorre

Satisfação com a remuneração:

Qual a opção que melhor reflete aquilo que sente sobre a sua remuneração base atual?

0 – É muito difícil viver a 10 – Permite viver confortavelmente

Itens utilizados Utilizou-se uma versão adaptada da escala de Cameron (2004) utilizando 1 item de cada componente:

De uma forma geral, ser médico/a é uma parte importante da minha identidade

Geralmente sinto-me bem quando penso em mim como um/a médico/a

Eu sinto fortes laços de ligação com outros médicos

Formato de resposta 0 – Discordo totalmente a 10 – Concordo totalmente

Referências Cameron, J. E. (2004). A three-factor model of social identity. *Self and identity*, 3(3), 239-262. doi: 10.1080/13576500444000047

Smets, E., Visser, M., Oort, F. J., Schaufeli, W. B., & De Haes, H. (2004). Perceived inequity: Does it explain burnout among medical specialists? *Journal of Applied Social Psychology*, 34(9), 1900-1918. doi: 10.1111/j.1559-1816.2004.tb02592.x

Justiça Procedimental

Definição	Justiça Procedimental refere-se à percepção de que todos os colaboradores de uma mesma organização são tratados de igual forma em processos decisoriais e administrativos
Relevância para o modelo	Percepções de injustiça, nomeadamente no tratamento dos colaboradores por parte das chefias, podem contribuir negativamente para o estado mental dos trabalhadores
Localização no modelo	Antecedentes
Instrumento de medida	Justiça Procedimental tem sido medida com diferentes escalas que têm em comum a referência à igualdade de tratamento por parte de uma autoridade ou superior hierárquico
Itens utilizados	Item adaptado a partir de 1 item utilizado no <i>European Social Survey</i> (ESS): Em que medida concorda com a seguinte afirmação: A minha chefia direta, no que considero ser o meu principal local de trabalho, trata todos/as os/as médicos/as da mesma forma
Formato de resposta	0 – Discordo totalmente a 10 – Concordo totalmente
Referências	ESS Round 7: European Social Survey (2015): ESS-7 2014 Documentation Report. Edition 1.0. Bergen, European Social Survey Data Archive, Norwegian Social Science Data Services for ESS ERIC. Tyler, T. R. (1994). Psychological models of the justice motive: Antecedents of distributive and procedural justice. <i>Journal of Personality and Social Psychology</i> , 67(5), 850-863. doi:10.1037/0022-3514.67.5.850

6.2. Medidas de Prevalência das Dimensões de Burnout, Engagement e Bem Estar

Burnout Profissional

Definição A síndrome de *Burnout* Profissional constitui uma reação disfuncional ao *stress* profissional cumulativo e prolongado. Trata-se de uma síndrome tridimensional de exaustão (emocional e / ou física), despersonalização/cinismo e diminuição da realização/eficácia profissional. A Exaustão constitui uma reação ortodoxa ao *stress* profissional que envolve sentimentos de desgaste e de esgotamento dos recursos pessoais. A dimensão de Despersonalização/Cinismo, remete para uma componente de *coping* e refere-se à adoção de atitudes negativas, frias e cínicas face ao trabalho desenvolvido. Por último, a Diminuição da Realização/Eficácia Profissional constitui uma componente autoavaliativa e corresponde a uma perda dos sentimentos de competência e sucesso no trabalho (Leiter & Maslach, 2004; Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Relevância para o modelo Constitui a variável central em estudo, relativamente à qual são estudados os principais antecedentes e consequentes

Localização no modelo Prevalência

Instrumento de medida *Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey* (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996); tradução portuguesa para profissionais de saúde de Marques Pinto (2002); estudo com enfermeiros portugueses de Jesus, Marques Pinto, Fronteira, e Mendes (2014).

Sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho

Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho

Sinto-me fatigada(o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho

Consigo compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas

Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais

O trabalho com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim

Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes

Sinto-me esgotada(o) pelo meu trabalho

Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho

Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão

Receio que este trabalho me esteja a "endurecer" emocionalmente

Sinto-me com muita energia

Sinto-me frustrado/a pelo meu trabalho

Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão

Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes

Trabalhar diretamente com pessoas sujeita-me a demasiado stress

Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes

Sinto-me cheio/a de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes

Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão

Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência

No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais

Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas

Dados psicométricos Número de fatores: 3

Itens por subescala (e valores de alpha):

Exaustão Emocional - 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 (EGPRN alphas entre 0.86 e 0.92).

Despersonalização/Cinismo - 5, 10, 11, 15, 22 (EGPRN alphas entre 0.46 e 0.91).

Realização Pessoal/Eficácia - 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 (EGPRN alphas entre 0.67 e 0.87).

Os itens desta escala têm de ser invertidos, no sentido de os tornar indicadores da "Diminuição da Realização Profissional" que constitui a terceira dimensão do *Burnout*.

Itens utilizados	Todos os itens indicados acima
Formato de resposta	Escala de Frequência: 0 = Nunca 1 = Algumas vezes, ou menos, por ano 2 = Uma vez, ou menos, por mês 3 = Algumas vezes por mês 4 = Uma vez por semana 5 = Algumas vezes por semana 6 = Todos os dias
Referências	<p>Jesus, E. H., Marques Pinto, A., Fronteira, I.S.E., & Mendes, A.M.O.C. (2014). Estudo RN4Cast em Portugal: Percepção dos enfermeiros sobre burnout. <i>Revista Investigação em Enfermagem</i>, 9(2), 47-59.</p> <p>Leiter, M. P., & Maslach, C. (2004). Areas of work-life: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In P. L. Perrewe & D. C. Ganster (Eds.), <i>Research in occupational stress and well-being</i> (vol. 3, pp. 91-134). Oxford: Elsevier.</p> <p>Marques Pinto, A. (2002). Estudo de adaptação do Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey numa amostra portuguesa. In APAV (2002). <i>Relatório de avaliação técnica e científica do serviço de informação a vítimas de violência doméstica prestado pela APAV em 2002</i>. Lisboa: APAV.</p> <p>Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). <i>Maslach burnout inventory manual</i> (3.ª ed). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.</p> <p>Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. <i>Career Development International</i>, 14(3), 204-220. doi: 10.1108/13620430910966406</p> <p>Soler, J. K., Yaman, H., Esteva, M., Dobbs, F., Asenova, R. S., Katić, M., ... Urgan, M. (2008). Burnout in European family doctors: The EGPRN study. <i>Family Practice</i>, 25(4), 245-265. doi: 10.1093/fampra/cmn038</p>

Engagement Profissional

Definição O *Engagement* Profissional foi inicialmente conceptualizado como fenómeno oposto ao *Burnout*. A investigação empírica tem sugerido que apesar de apresentarem correlações negativas, moderadas, entre si, as dimensões do *Burnout* e do *Engagement* se situam em contínuos distintos (Schaufeli & Salanova, 2007). O *Engagement* define-se de acordo com três dimensões positivas: Vigor, Dedicção e Absorção. O Vigor, corresponde a altos níveis de energia, um forte investimento de esforço e persistência na realização das tarefas. A Dedicção traduz-se em elevados sentimentos de entusiasmo, inspiração, orgulho e desafio no trabalho. Finalmente, a Absorção refere-se a altos níveis de concentração e de felicidade durante o desempenho das atividades profissionais (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró, & Grau, 2000).

Relevância para o modelo Paralelamente à variável central em estudo, o *Burnout*, serão também estudados os principais antecedentes e consequentes do *Engagement*

Localização no modelo Prevalência

Instrumento de medida *Utrecht Work Engagement Scale* - UWES (Schaufeli & Bakker, 2003); tradução portuguesa de Schaufeli, Martinez, Marques Pinto, Salanova, e Bakker (2002); estudo com enfermeiros portugueses de Marques Pinto, Jesus, Mendes, e Fronteira (2015); versão breve, UWES-9 de Schaufeli, Bakker, e Salanova (2006) (a *itálico* estão indicados os itens que compõem a versão breve):

No meu trabalho sinto-me cheia(o) de energia

Acho que o meu trabalho tem muito significado e utilidade

O tempo passa a voar quando estou a trabalhar

No meu trabalho sinto-me com força e energia

Estou entusiasmada(o) com o meu trabalho

Quando estou a trabalhar esqueço tudo o que se passa à minha roda

O meu trabalho inspira-me

Quando me levanto de manhã apetece-me ir trabalhar

Sinto-me feliz quando estou a trabalhar intensamente

Estou orgulhosa(o) do que faço neste trabalho

Estou imersa(o) no meu trabalho

Sou capaz de ficar a trabalhar por períodos de tempo muito longos

O meu trabalho é desafiante para mim

“Deixo-me ir” quando estou a trabalhar

Sou uma pessoa com muita resistência mental no meu trabalho

É-me difícil desligar-me do meu trabalho

No meu trabalho sou sempre perseverante (não desisto), mesmo quando as coisas não estão a correr bem

Dados psicométricos Número de fatores: 3

Itens por subescala (e valores de alpha):

Vigor - 1, 4, 8, 12, 15, 17 (versão breve, alphas entre 0.60 e 0.88).

Dedicação - 2, 5, 7, 10, 13 (versão breve, alphas entre 0.75 e 0.90).

Absorção - 3, 6, 9, 11, 14, 16 (versão breve, alphas entre 0.66 e 0.86).

Itens utilizados Utilizaram-se os 9 itens da versão assinalados a *itálico* acima.

1. No meu trabalho sinto-me cheia(o) de energia

4. No meu trabalho sinto-me com força e energia

5. Estou entusiasmada(o) com o meu trabalho

7. O meu trabalho inspira-me

8. Quando me levanto de manhã apetece-me ir trabalhar

9. Sinto-me feliz quando estou a trabalhar intensamente

10. Estou orgulhosa(o) do que faço neste trabalho

11. Estou imersa(o) no meu trabalho

14. *“Deixo-me ir” quando estou a trabalhar*

Formato de resposta *Escala de Frequência:*

0 = Nunca

1= Algumas vezes, ou menos, por ano

2 = Uma vez, ou menos, por mês

3= Algumas vezes por mês

4= Uma vez por semana

5 = Algumas vezes por semana

6= Todos os dias

- Referências** Marques Pinto, A., Jesus, E. H., Mendes, A.M.O.C., & Fronteira, I.S.E. (2015). Estudo RN4Cast em Portugal: Work engagement dos enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, 10(2), 26-37.
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiró, J. M., & Grau, R. (2000). Desde el 'Burnout' al 'Engagement': ¿Una nueva perspectiva?. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16(2), 117-134.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2003). *UWES – Utrecht Work Engagement Scale: Preliminary manual*. Utrecht: Occupational Health Psychology Unit, Utrecht University.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement*, 66(4), 701-716. doi: 10.1177/0013164405282471
- Schaufeli, W. B., Martinez, I., Marques Pinto, A. Salanova, M., & Bakker, A. B. (2002). Burnout and engagement in university students: Across national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33(5), 464-481. doi: 10.1177/0022022102033005003
- Schaufeli, W. B., & Salanova, M. (2007). Work engagement: An emerging psychological concept and its implications for organizations. In S.W. Gilliland, D.D. Steiner., & D. P. Skarlicki (Eds.). *Research in social issues in management: Managing social and ethical issues in organizations* (vol. 5, pp. 135-177). Greenwich, CT: Information Age Publishers.

Bem-estar Pessoal

Definição O Bem-estar Subjetivo (SWB na sigla em inglês) refere-se a uma percepção/avaliação que a pessoa faz do seu bem-estar emocional e satisfação com a vida.

Relevância para o modelo Um estudo de incidência e prevalência de um fenómeno/doença numa determinada população deve ser complementado com uma perspetiva comparativa com outras populações. Não havendo estudos com amostras representativas sobre a incidência de *Burnout* para a

população Portuguesa, é necessário recorrer a comparações utilizando fenómenos equivalentes (ou diametralmente opostos como é o caso do bem-estar)

Localização no modelo	Prevalência
Instrumento de medida	Item retirado do <i>European Social Survey</i> (ESS)
Itens utilizados	Considerando todos os aspetos da sua vida, qual o grau de felicidade que sente?
Formato de resposta	0 – Muito infeliz a 10 – Muito feliz
Dados psicométricos	N. D.
Referências	Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. <i>Journal of personality assessment</i> , 49(1),71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13 ESS Round 7: European Social Survey (2015): ESS-7 2014 Documentation Report. Edition 1.0. Bergen, European Social Survey Data Archive, Norwegian Social Science Data Services for ESS ERIC.

6.3. Consequentes Pessoais, Familiares e Organizacionais

Consequentes Pessoais

Ansiedade e Depressão

Definição	Estados de Ansiedade e Depressão passíveis de diagnóstico em pessoas em contexto médico ambulatório
Relevância para o modelo	Os sintomas de perturbação psiquiátrica do foro da ansiedade e da depressão constituem uma das consequências/correlatos do <i>Burnout</i> em termos individuais, identificadas na literatura

Localização no modelo	Consequentes
Instrumentos de medida	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS) de Zigmond e Snaith (1983) e traduzida para língua Portuguesa por Lima (2004)
Dados psicométricos	Número de fatores: 2 Itens por subescala (e valores de alpha): <u>Ansiedade</u> – 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 (estudo de Moorey et al., 1991, alpha de 0.93; estudo de Gonçalves, 2006, alpha de 0.83). <u>Depressão</u> – 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 (estudo de Moorey et al., 1991, alpha de 0.90; estudo de Gonçalves, 2006, alpha de 0.79). Cotação e Interpretação: A HADS é normalmente utilizada como uma medida contínua da severidade dos sintomas de Ansiedade e Depressão. Para tal, basta somar as respostas dos 7 itens de cada uma das escalas, respetivamente, depois de recodificados os itens negativos, com valores entre 0 e 3, obtendo-se assim um <i>score</i> total que varia entre 0 e 21, em que 0-7=inexistente, 8-10=ligeira, 11-14= moderada e 15-21=severa (Moorey et al., 1991). O ponto de <i>cut-off</i> para sintomas psicológicos é de 11, mas Moorey e colaboradores (1991) referem que a partir de 8 há já sinais ligeiros de perturbação. Itens utilizados

Tenho-me sentido inquieto, como se estivesse sempre em ação
Encaro o futuro com alegria
Tenho tido súbitas sensações de pânico
Consigo apreciar um bom livro, um programa de rádio ou de televisão

Formato de resposta Escalas de frequência de 4 pontos com diferentes ancoragens

- Referências** Lima, M. L. (2004). Perceção de risco e qualidade de vida: Impactos psicossociais de viver junto da incineradora. 8ª Conferência Nacional de Ambiente. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa.
- Moorey, S., ... et al. (1991). The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *British Journal of Psychiatry*, 158(2), 255-259. doi: 10.1192/bjp.158.2.255
- Zigmond, A.S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Somatização

Definição	Estado de Somatização passível de diagnóstico em pessoas em contexto médico ambulatorio
Relevância para o modelo	Os sintomas de perturbação psiquiátrica do foro da Somatização constituem uma das consequências/correlatos do <i>Burnout</i> em termos individuais, identificadas na literatura
Localização no modelo	Consequentes
Instrumentos de medida	<i>Somatic Symptom Scale – 8</i> (SSS-8) de Gierk e colaboradores (2014), traduzida para língua portuguesa no âmbito do presente estudo.
Dados psicométricos	Número de fatores: 1; alpha de 0.81
Itens utilizados	<u>Somatização:</u> Durante a última semana, em que medida se sentiu incomodado/a pelos seguintes sintomas?

Problemas de estômago ou de intestinos?
Dor nas costas?
Dor nos braços, nas pernas ou nas articulações?
Dor de cabeça?
Dor no peito ou falta de ar?
Tonturas?
Sentir-se cansado/a ou ter baixa energia?
Perturbações de sono?

Formato de resposta 0 - Não, de todo a 5 - Muito

Referências Gierk, B., Kohlmann, S., Kroenke, K., Spangenberg, L., Zenger, M., Brähler, E., & Löwe, B. (2014). The somatic symptom scale–8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Internal Medicine, 174*(3), 399-407. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.12179.

Percepção de Saúde Física

Definição	Percepção sobre a Saúde Física geral
Relevância para o modelo	Os sintomas físicos constituem uma das conseqüências (correlatos) do <i>Burnout</i> em termos individuais, identificadas na literatura
Localização no modelo	Consequentes
Instrumento de medida	Subescala de Saúde Física geral do RAND 36-item <i>Health Survey</i> (Ware & Sherbourne, 1992) composta pelo seguinte item: 1 - In general, would you say your health is: Excellent, Very good, Good, Fair, Poor
Dados psicométricos	N. D.
Itens utilizados	Item traduzido para língua portuguesa no âmbito do presente estudo: De uma maneira geral c a sua saúde: 1- Má a 5 – Excelente

Formato de resposta Indicado acima

Referências Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.

Consumos e Dependência

Definição A adição ou Dependência a drogas caracteriza-se por um comportamento compulsivo que tem como recompensa o efeito da droga e que ignora consequências adversas desta mesma substância. A adição a drogas está documentada com substâncias como o álcool, nicotina, opiáceos, anfetaminas e cocaína

Relevância para o modelo A dependência a tabaco, álcool, substâncias psicoativas lícitas (e.g., benzodiazepinas, cocaína) tem sido associada à síndrome de Exaustão

Localização no modelo Consequentes

Instrumento de medida A *Severity of Dependence Scale* (SDS) é uma medida curta de 5 itens que avalia o grau de dependência relativa a diferentes tipos de drogas. Dada a sua facilidade e validade, esta escala tem sido amplamente utilizada com diferentes populações (clínicas e não clínicas), em vários países, e a sua utilização como ferramenta de investigação é recomendada pela *World Health Organization* (WHO):

1. Did you think your use of (named drug) was out of control?
2. Did the prospect of missing a hit (line, dose) make you anxious or worried?
3. Did you worry about your use of (named drug)?
4. Did you wish you could stop?
5. How difficult would you find it to stop or go without (named drug)?

Dados psicométricos 1 fator, alpha entre 0.81 e 0.90 (Gossop et al., 1995)

Itens utilizados Consideraram-se duas dimensões fundamentais da SDS referidas acima: a falta de controlo e a dificuldade em funcionar. Utilizou-se a tradução Portuguesa de dois desses itens, realizada no âmbito do

presente estudo, questionando-se para cinco tipos diferentes de consumos:

Sinto que consumo de forma descontrolada:

Tabaco

Café

Álcool

Substâncias psicoactivas lícitas

Substâncias psicoactivas ilícitas

Sinto dificuldade em funcionar no dia a dia sem:

Tabaco

Café

Alcoól

Substâncias psicoactivas lícitas

Substâncias psicoactivas ilícitas

Formato de resposta 0 – Nunca a 10 - Sempre

- Referências** Ferri, C.P., Marsden, J, Araujo, M., Laranjeira, R. R., & Gossop, M. (2000). *Drug and Alcohol Review*, 19(4),451-455. doi: 10.1080/713659418
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995). The severity of dependence scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5), 607-14. doi: 10.1046/j.1360-0443.1995.9056072.x

Consequentes Familiares

Equilíbrio Trabalho-Família

Definição O Equilíbrio Trabalho-Família corresponde à preocupação de garantir um balanço entre as exigências e obrigações relativas ao trabalho e as necessidades e desejos relativos à vida pessoal e família

Relevância para o modelo	A dificuldade de garantir um bom Equilíbrio Trabalho-Família pode ser uma consequência da síndrome de exaustão
Localização no modelo	Consequentes
Instrumento de medida	No âmbito de um dos módulos do <i>European Social Survey</i> (ESS), foi desenvolvida uma bateria de itens respeitantes ao Equilíbrio Trabalho-Família
Dados psicométricos	N. D.
Itens utilizados	<p>Foram utilizados 3 itens selecionados entre a bateria de itens referida acima:</p> <p>Com que frequência lhe acontece:</p> <ul style="list-style-type: none">- Chegar à conclusão que o seu trabalho o/a impede de dedicar o tempo que gostaria ao/à seu/sua cônjuge/companheiro/a ou família?- Chegar à conclusão que o/a seu/sua cônjuge/companheiro/a ou família estão fartos da pressão causada pelo seu trabalho?- Sentir dificuldade em concentrar-se no trabalho por causa das responsabilidades familiares? <p>Chegar à conclusão que o tempo que dedica à sua família o/a impede de se dedicar ao seu trabalho como gostaria?</p>
Formato de resposta	0 – Nunca a 10 - Sempre
Referências	<p>ESS Round 7: European Social Survey (2015): ESS-7 2014 Documentation Report. Edition 1.0. Bergen, European Social Survey Data Archive, Norwegian Social Science Data Services for ESS ERIC.</p> <p>Pichler, F. (2008). Determinants of work-life balance: Shortcomings in the contemporary measurement of WLB in large-scale surveys. <i>Social Indicators Research</i>, 92(3), 449-469. doi: 10.1007/s11205-008-9297-5</p>

Consequentes Organizacionais

Absentismo e Presentismo

Definição O Absentismo refere-se ao padrão habitual de ausência numa função ou obrigação. Por sua vez, o Presentismo refere-se ao desempenho atual em comparação com desempenho possível. O elevado Absentismo refere-se a uma ausência prolongada na função. Por sua vez, um elevado Presentismo consiste na presença na função mas com um desempenho muito abaixo do desempenho possível

Relevância para o modelo O Absentismo e Presentismo, apesar das dificuldades de medida, constituem medidas indiretas de desempenho laboral muito importantes

Localização no modelo Consequentes

Instrumento de medida Itens retirados do *The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ)*.

Absentismo:

B4. How many hours does your employer expect you to work in a typical 7-day week? (If it varies, estimate the average. If more than 97, enter 97.)

B3. About how many hours altogether did you work in the past 7 days? (If more than 97, enter 97.)

ou

B6. About how many hours altogether did you work in the past 4 weeks (28 days)? (See examples below.)

Presentismo:

B9. On a scale from 0 to 10 where 0 is the worst job performance anyone could have at your job and 10 is the performance of a top worker, how would you rate the usual performance of most workers in a job similar to yours?

B11. Using the same 0-to-10 scale, how would you rate your overall job performance on the days you worked during the past 4 weeks (28 days)?

Escala: 0 – Pior desempenho a 10 – Melhor desempenho.

Dados psicométricos Absentismo:

Absentismo Absoluto: é expresso em horas

Absentismo Relativo: expresso em percentagem

Ambos se baseiam na diferença entre o número de horas trabalho esperadas pelo número de horas de trabalho efetivas. Valores positivos representam a perda em horas de trabalho, valores negativos representam excedentes em horas de trabalho, e 0 representa nem perda nem excedente de horas de trabalho

4-Week Estimates

Absolute absenteeism: $4 \times B4 - B6$

Relative absenteeism: $(4 \times B4 - B6) / (4 \times B4)$

Relative hours of work: $B6 / (4 \times B4)$

7-day Estimates:

Absolute absenteeism: $4 \times B4 - 4 \times B3$

Relative absenteeism: $(4 \times B4 - 4 \times B3) / 4 \times B4$

Relative hours of work: $B3 / B4$

Presentismo:

Presentismo Absoluto: Corresponde à proporção da perda de desempenho do próprio ($10 \times \text{PresentismoB11}$). Este indicador varia entre 0 e 100%, e quanto maiores os valores menor a perda de desempenho.

Presentismo Relativo: Corresponde ao rácio entre o desempenho atual do próprio e o desempenho possível ($\text{PresentismoB11} / \text{PresentismoB9}$). Este indicador é constrangido a valores compreendidos entre o limite inferior 0.25 (i.e., o próprio trabalha o equivalente a 25% ou menos que outros trabalhadores na mesma função) e o limite superior de 2 (i.e., o próprio trabalha o equivalente a 200% ou mais que outros trabalhadores na mesma função), notando que 1 corresponde à inexistência de diferenças no desempenho (i.e., o próprio trabalha o equivalente a 100%, portanto, o mesmo que outros trabalhadores na mesma função)

Itens utilizados Tradução dos itens do HPQ para língua portuguesa realizada no âmbito do presente estudo:

Absentismo:

Utilizou-se uma adaptação dos itens referidos acima; itens esses que foram já referidos na tabela indicativa da medida de Carga Horária.

Presentismo:

Como é que avalia:

O desempenho da maioria dos médicos com funções iguais às suas
(0 – Pior desempenho possível a 10 – Melhor desempenho possível)

O seu desempenho durante a última semana de trabalho

(0 – Pior desempenho possível a 10 – Melhor desempenho possível)

Formato de resposta Indicados acima

Referências Kessler, R. C., Ames, M., Hymel, P. A., Loeppke, R., McKenas, D. K., Richling, D., ...Üstün, T. B. (2004). Using the WHO Health and Work Performance Questionnaire (HPQ) to evaluate the indirect workplace costs of illness. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(Suppl. 6), S23-S37.

Kessler, R. C., Barber, C., Beck, A. L., Berglund, P. A., Cleary, P. D., McKenas, D., ... Wang, P. S. (2003). The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(2), 156-174.

Perceção de Desempenho

Definição Perceção de Desempenho corresponde a uma autoavaliação subjetiva do desempenho no contexto de trabalho

Relevância para o modelo Medidas objetivas de desempenho são difíceis de estabelecer ou de medir fidedignamente no âmbito de um questionário. Neste sentido, a Perceção de Desempenho constitui uma alternativa de medida para perceber em que medida o trabalho da pessoa poderá ser afetado por um estado mental de Exaustão

Localização no modelo	Consequentes
Instrumento de medida	N. D. Medidas construídas a partir da discussão com a equipa técnico-científica da Ordem dos Médicos e os diferentes grupos de discussão que tiveram lugar nas três Secções Regionais da Ordem dos Médicos
Dados psicométricos	N. D.
Itens	Em geral, como avalia o seu desempenho no último ano : 0 – Piorou significativamente a 10 – Melhorou significativamente <u>Percepção de Erros Médicos:</u> Em que medida concorda com as seguintes afirmações: - As condições de trabalho podem conduzir a erros na minha prática médica - Frequentemente cometo erros sem consequências negativas para os doentes - Frequentemente cometo erros que têm consequências negativas para os doentes (0 – Discordo totalmente a 10 – Concordo totalmente)
Formato de resposta	Indicados acima
Referências	N.D.

Relações Indivíduo-Organização

Definição Para analisar as estratégias comportamentais no contexto organizacional que podem situar-se a jusante da síndrome de *Burnout*, recorreremos ao “modelo do investimento” ou também chamado modelo “*exit-voice-loyalty-neglet*” proposto por Rusbult e colaboradores (e.g., Rusbult & Farrell, 1983). Este modelo, estabelecido a partir do ensaio clássico de Hirschman (1970), considera quatro dimensões ou subconceitos ou construtos relativos a estratégias de atuação organizacional na sequência de insatisfação: Saída, Voz, Lealdade e Negligência. Embora cada estratégia seja geralmente analisada em função da sua disponibilidade

	<p>comportamental, eficácia percebida e custos associados à sua expressão, consideramos aqui apenas a sua disponibilidade.</p> <p>Estas estratégias organizam-se em função de duas dimensões: ativa/passiva; construtiva/destrutiva (da Relação Indivíduo-Organização):</p> <p>Voz – ativa e construtiva, discute os problemas e tenta encontrar respostas;</p> <p>Lealdade - passiva, construtiva, espera que a situação melhore;</p> <p>Negligência – passiva e destrutiva, corresponde a comportamentos de desresponsabilização;</p> <p>Saída - ativa, destrutiva, corresponde à procura de alternativas fora da organização.</p>
Relevância para o modelo	Esta variável constitui uma das principais consequências organizacionais do <i>Burnout</i> a considerar no estudo
Localização no modelo	Consequentes
Instrumento de medida	Adaptação do questionário de Rusbult, Zembrodt, e Gunn (1982) para contextos organizacionais portugueses proposta por Vala, Monteiro, Lima e Caetano (1994).
Dados psicométricos	N. D.
Itens utilizados	<p>Relativamente a problemas que surgem ou podem surgir no local onde trabalha, diga-nos em que medida cada uma das afirmações descreve a sua posição:</p> <p>- Espero pacientemente que as condições venham a evoluir de forma favorável para mim</p> <p>- Procuo falar com a minha chefia direta para tratar de problemas que me afetam profissionalmente</p> <p>- Esses problemas levam-me, muitas vezes, a que faça estritamente, em relação ao meu trabalho, aquilo que me é pedido</p> <p>(0 – Nada verdadeiro a 10 – Totalmente verdadeiro)</p>
Formato de resposta	Indicados acima
Referências	<p>Hirschman, A. O. (1970). Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states. Cambridge, MA: Harvard University Press.</p> <p>Rusbult, C. E., & Farrell, D. (1983). A longitudinal test of the investment model: The impact on job satisfaction, job commitment, and turnover of</p>

variations in rewards, costs, alternatives, and investments. *Journal of Applied Psychology*, 68(3), 429-438. doi: 10.1037/0021-9010.68.3.429

Rusbult, C. E., Zembrodt, I. M., & Gunn, L. K. (1982). Exit, voice, loyalty, and neglect: Responses to dissatisfaction in romantic involvements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(6), 1230-1242. doi: 10.1037/0022-3514.43.6.1230

Vala, J., Monteiro, M. B., Lima, L., Caetano, A. (1994). *Psicologia social das organizações: estudos em empresas portuguesas*. Lisboa: Celta

Intenções de Saída

Definição	Refere-se a Intenções relativamente a Saída da organização ou abandono da atividade médica
Relevância para o modelo	Intenções (e efetivos comportamentos) de Saída constituíram um dos derradeiros consequentes de um estado de <i>Burnout</i>
Localização no modelo	Consequentes
Instrumento de medida	Medidas propostas pela equipa técnico-científica da Ordem dos Médicos.
Dados psicométricos	N. D.
Itens utilizados	<p>No último ano, alguma vez pensou seriamente em:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pedir a rescisão do contrato- Pedir transferência- Pedir aposentação antecipada- Mudar de carreira ou de especialidade- Exercer noutra país- Mudar completamente de profissão/deixar de ser médico/a <p>Resposta dicotómica: Nunca/Sempre</p> <p>Qual/quais das mudanças anteriores já colocou em prática: (pode escolher mais do que uma opção)</p> <ul style="list-style-type: none">- Pedir a rescisão do contrato

- Pedir transferência
 - Pedir aposentação antecipada
 - Mudar de carreira ou de especialidade
 - Exercer noutro país
 - Mudar completamente de profissão/deixar de ser médico/a
- (Assinalar com uma cruz)

Formato de resposta Indicados acima

Referências N.D.

7. Procedimentos de análise de dados e validação das medidas

7.1. Procedimentos

Análises preliminares

Antes da realização do estudo das medidas, criação de indicadores ou qualquer outra técnica de análise de dados, realizaram-se análises descritivas preliminares dos itens. Estas análises procuram identificar a presença de erros de resposta, *outliers*, desvios severos à normalidade, e multicolineariedade extrema ou ausência de correlações, situações conhecidas por influenciar a estimação de parâmetros subjacente ao tipo de técnicas utilizadas. Adicionalmente, qualquer factor ou indicador computado foi, também, estudado em relação a estes aspetos.

Análises fatoriais confirmatórias

A validade fatorial dos modelos de medida do *Burnout*, *Engagement*, *Ansiedade/Depressão* e *Somatização* na amostra em estudo foi avaliada através de **Análise Fatorial Confirmatória** (AFC), com recurso ao *software* Amos SPSS (versão 22). Todos os fatores foram standardizados fixando as suas variâncias em 1.00 e correlacionados entre si. Cada modelo foi ajustado apenas quando necessário, com base em fundamentação teórica e em pressupostos estatísticos, quando o valor dos índices de modificação se situou acima de 11, sendo alteradas trajetórias e/ou eliminados itens com pesos fatoriais standardizados com valor inferior a 0.45 (Hair et al., 2005; Marôco, 2014). Na análise do ajustamento dos modelos utilizou-se o índice de ajustamento comparativo (CFI), o índice de qualidade do ajustamento (GFI), o índice Tucker-Lewis (TLI) e a raiz da média quadrática dos erros de aproximação (RMSEA). Para os índices CFI, GFI e TLI valores entre 0.90 e 0.95 foram tomados como aceitáveis e valores superiores a 0.95 como bons. Quanto ao RMSEA, valores iguais

ou inferiores a 0.05 foram considerados bons e valores de 0.10 e superiores foram considerados inaceitáveis (Arbuckle, 2008; Bentler & Bonnet, 1980; Bentler, 1990; Steiger et al., 1985; Marôco, 2014). Utilizaram-se os índices *Akaike Information Criterion* (AIC) e o *Expected Cross-Validation Index* (ECVI) para comparar a qualidade dos modelos alternativos, considerando os valores mais baixos como indicando melhor ajustamento (Arbuckle, 2008; Browne & Cudeck, 1992; Hu & Bentler, 1999; Marôco, 2014). A consistência interna das escalas foi avaliada através do valor dos alphas de Cronbach. Apesar de habitualmente se considerar que os valores que indicam boa consistência interna se situam acima de 0.7, os valores acima de 0.6 são igualmente considerados adequados para investigações exploratórias (Nunnally, 1978), como é o caso do presente estudo.

Análises fatoriais exploratórias

O estudo das propriedades psicométricas das medidas de Otimismo, *Locus* de Controlo, Auto-eficácia, Regulação Emocional, Resolução de Problemas, Autocuidado, Suporte Social, Identidade Profissional, Exigências, Erros Médicos, Equilíbrio Trabalho-família e Consumos (controlo e dependência) foi realizado através da utilização do método de **Análise Fatorial Exploratória** (AFE). Em revisão, a Análise Fatorial permite reduzir conjuntos de variáveis interrelacionados entre si em fatores. Os fatores representam uma estrutura de dados mais parcimoniosa que explica a maior quantidade possível de variância existente nos itens originais, utilizando o menor número possível de fatores (Brown, 2006; Tabachnick & Fidel, 2009; Field, 2009; Stevens, 2012; Floyd & Widaman, 1995; Preacher & MacCallum, 2003; Fabrigar et al., 1999).

O método de extração dos fatores utilizado foi o *principal axis factoring* (PAF). Este método assume que as variáveis medidas são apenas uma amostra das variáveis possíveis na explicação da variável latente, mas que os participantes constituem a população. Assim, não é redutor na interpretação dos itens que compõem os fatores, os resultados apenas são generalizáveis à amostra em estudo (Field, 2009). Adicionalmente este método não tem pressupostos do ponto de vista da distribuição dos dados, o que simplifica a análise para conjuntos numerosos de itens (Brown, 2006). Sempre que possível, na interpretação da análise fatorial procurou-se replicar o

número de fatores extraídos de acordo com o encontrado na literatura relevante de cada instrumento. Neste processo, foram tidos os seguintes cuidados:

- **Número de fatores.** Fatores com níveis de variância explicada muito baixo são eliminados da análise. Para o efeito estipulou-se o critério mínimo de autovalor >0.7 . Este é um critério mínimo e não significa que todos os fatores com autovalores até 0.7 sejam considerados. A seleção dos fatores depende da combinação entre a sua interpretação/proximidade aos resultados originais e níveis de variância explicada obtidos.
- **Itens que compõem os fatores.** A interpretação dos itens que compõem cada factor foi realizada considerando as soluções rodadas (para fatores correlacionados aplicou-se a rotação Oblimin, para fatores não correlacionados aplicou-se a rotação Varimax). Itens que explicam níveis de variância baixa no conjunto dos fatores (itens com comunalidades <0.09) foram eliminados. Itens com correlações baixas com os fatores (i.e., itens com pesos fatoriais >0.32) também foram eliminados da análise. Finalmente, itens com correlações elevadas e semelhantes com mais do que um factor também foram eliminados. Importa notar que a utilização de fatores com itens cujos pesos fatoriais são genericamente reduzidos e de fatores com um número muito reduzido de itens (3 ou menos) deve ser cautelosa, uma vez que a estrutura fatorial pode ser instável⁴.
- **Computação dos fatores.** Antes da computação dos fatores foi verificada a consistência interna de cada um dos fatores utilizando o alpha de Cronbach (Cronbach, 1951; ver Cortina, 1993). Consideram-se níveis de consistência interna aceitáveis valores de alphas superiores a 0.6 sendo que, se sugere cuidado na interpretação de fatores com alfas inferiores a este valor. Na computação dos fatores foi seguido, para utilização em análises posteriores, o método de regressão e, para efeitos descritivos, o cálculo da média aritmética dos itens que compõem o fator para cada um dos respondentes.

⁴ Tradicionalmente, aconselhava-se a interpretação cautelosa de resultados relativos a fatores com número reduzido de itens. Contudo as abordagens mais recentes têm comprovado que, com metodologias de extração de fatores mais atuais, o uso de fatores com um número reduzido de itens é fiável sempre que revelem pesos fatoriais robustos.

Criação de indicadores

Para algumas das variáveis em estudo é importante, mais do que reduzir a complexidade dos dados (caso das variáveis estudadas com AFCs e AFEs), criar indicadores com significado. Na globalidade a criação de indicadores é feita através da recodificação das variáveis originais e, em alguns casos, criação de uma nova variável com base na informação de um conjunto de variáveis originais (e.g., cálculo das medidas de Presentismo e Absentismo).

Análise exploratória

A análise exploratória dos resultados do estudo irá recorrer a um conjunto particular de técnicas de análise de dados multivariados. Aqui destacam-se três grupos de análises.

Análises descritivas univariadas, multivariadas e testes t

As análises descritivas (Field, 2009) são análises que pretendem representar as variáveis de uma forma simplificada. Esta simplificação pode ser conseguida utilizando diversas abordagens, por exemplo, através da representação da proporção de respostas ou através da criação de estimadores (e.g., medidas de tendência central) e respetivos desvios (i.e., medidas de dispersão). A análise descritiva multivariada, envolve o mesmo racional mas cruza, por exemplo, proporções de resposta ou estimações de variáveis quantitativas que representam fenómenos, como por exemplo os indicadores de *Burnout*, com variáveis categóricas que representa características da amostra, como por exemplo as variáveis Sociodemográficas.

As análises descritivas multivariadas são ainda complementadas com testes de inferência estatística que permitem estudar as diferenças entre valores médios. Especificamente, é utilizado o teste t de Student para realizar comparação em relação a um valor médio (e.g., diferenças entre uma média e o ponto central de uma escala) e comparações entre dois valores médios (e.g., diferenças entre a média de variável em função dos níveis de uma outra variável).

Na interpretação do teste t foi considerado que valores de estatística de teste t com um $p < 0.01$ representam resultados estatisticamente significativos (i.e., pode dizer-se que uma diferença de médias na amostra representa com 99% de probabilidade uma verdadeira diferença na população de onde a amostra foi retirada).

Análises de regressão linear múltipla

Um segundo grupo de análises exploratórias utilizado baseia-se também em modelos lineares de estimação mas utiliza uma técnica mais focada no estudo da associação entre variáveis, especificamente a técnica de regressão linear múltipla (Field, 2009; Judd, McClelland, & Ryan, 2008; James, Witten, Hastie, & Tibshirani, 2013; Tabachnick & Fidell, 2007). As análises de regressão linear múltipla procuram modelar a relação entre duas ou mais variáveis preditoras (as variáveis independentes), uma variável critério (a variável dependente) através do ajustamento de uma equação linear aos dados observados. Este tipo de análise é particularmente adequado aos objetivos do estudo e ao tipo de variáveis utilizado. De facto, um dos objetivos centrais deste estudo consiste em caracterizar quais são as variáveis antecedentes que estão mais (e menos) associadas aos indicadores de *Burnout*. A análise de regressão linear múltipla permite o estudo dessas associações, mas diferenciando aquilo que é contributo específico de cada preditor daquilo que é o contributo conjunto (i.e., excluindo as correlações partilhadas).

Neste estudo são utilizadas regressões lineares para modelar a relação entre:

- Os antecedentes e indicadores de *Burnout*;
- Os indicadores de *Burnout* e os consequentes.

Importa notar que o estudo dos antecedentes do *Burnout* começou pela realização de uma regressão linear múltipla para cada bloco de variáveis. Só posteriormente à apresentação dos resultados desta técnica é apresentado um modelo hierárquico com todos os blocos de variáveis em simultâneo. Isto permitiu identificar preliminarmente variáveis que interagem entre blocos e que, assim, se anulam mutuamente no seu valor preditivo. Análises posteriores ao estudo com uma orientação mais específica e teoricamente guiadas poderão explorar alguns destes efeitos com maior detalhe.

Adicionalmente, importa também notar que uma alternativa de análise de dados equacionada envolvia a modelação de antecedentes, prevalência e consequentes num mesmo modelo de equações estruturais (Schumacker & Lomax, 2012). Contudo, foi preferida a opção de realização de regressões lineares múltiplas hierárquicas, uma vez que a utilização de modelos de equações estruturais subentende o estudo de fenómenos mais específicos, implicando uma seleção restrita de variáveis e de questões para análise, algo que está fora do âmbito deste estudo.

Finalmente, do mesmo modo que para os testes t, na interpretação das regressões lineares foi considerado para os betas estandardizados que valores de estatística de teste t com um $p < 0.01$ representam resultados estatisticamente significativos (i.e., pode dizer-se que uma diferença de médias na amostra representa com 99% de probabilidade uma verdadeira diferença na população de onde a amostra foi retirada). Contudo, dada a dimensão da amostra, apenas é interpretada a significância para betas estandardizados com valores superiores a 0.10 (Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003; Hemphill, 2003). Do mesmo modo, foi considerado para o tamanho do efeito (representado pelo R^2_{ajustado}) que valores de estatística de teste F com o $p < 0.01$ também representam, resultados estatisticamente significativos.

Análises de variância (ANOVAs)

Um terceiro grupo de análises utilizado consiste na aplicação de ANOVAs (Analysis of Variance). As ANOVAs baseiam-se em modelos lineares de estimação aplicado ao estudo de diferenças entre grupos de médias (Field, 2009; Judd, McClelland, & Ryan, 2008; Tabachnick & Fidell, 2007). Mais especificamente, as ANOVAs permitem testar se as médias de uma variável dependente variam significativamente em função dos níveis de uma ou mais variáveis independentes. Este tipo de análise é utilizado de forma complementar com as regressões lineares múltiplas, em particular, para se compreender qual o efeito de um conjunto de variáveis independentes numa variável dependente mas de forma isolada, ou seja, sem que as variáveis independentes estejam a competir entre si (como é o caso das regressões).

Neste estudo são utilizadas ANOVAs para estudar:

- As diferenças dos níveis de *Burnout* para cada indicador em função dos consequentes pessoais, familiares e organizacionais.

Do mesmo modo que para os testes t e regressões lineares, na interpretação das ANOVAS foi considerado para as diferenças entre médias que valores de estatística de teste t com um $p < 0.01$ representam resultados estatisticamente significativos (i.e., pode dizer-se que uma diferença de médias na amostra representa com 99% de probabilidade uma verdadeira diferença na população de onde a amostra foi retirada). Do mesmo modo, foi considerado para o tamanho do efeito (representado pelo R^2_{ajustado}) que valores de estatística de teste F com o $p < 0.01$ também representam, resultados estatisticamente significativos.

7.2. Medidas e respetivo estudo

Análises fatoriais exploratórias

Antecedentes

Otimismo

Foi realizada uma AFE com os 3 itens que compõem a medida de Otimismo. Os resultados indicam que a solução com 1 fator apresenta uma variância explicada de 50% e pesos fatoriais dos itens dentro do critério (0.87 a 0.37). A análise do alpha de Cronbach também revela níveis razoáveis de consistência interna (0.69).

Locus de Controlo

Foi realizada uma AFE com os 4 itens que compõem a medida de Locus de Controlo. Os resultados indicam que a solução com 1 fator apresenta uma variância explicada (35%) razoável. Os pesos fatoriais dos itens são elevados e estão dentro do critério (0.71 a 0.50). A análise do alpha de Cronbach também revela níveis razoáveis de consistência interna (0.66).

Autoeficácia

Foi realizada uma AFE com os 3 itens que compõem a medida de Autoeficácia. Os resultados indicam que a solução com 1 fator apresenta uma variância explicada alta (72%) e pesos fatoriais dos itens elevados (0.93 a 0.78). A análise do alpha de Cronbach também revela níveis razoáveis de consistência interna (0.88).

Regulação Emocional

Tendo em conta as duas formas de regulação emocional avaliadas pela escala original (Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional) foi realizada uma AFE com os 4 itens anteriormente selecionados (dois por cada subescala/fator) que compõem a medida de Regulação Emocional. Foi criado um indicador da tendência global dos participantes para regularem as suas emoções, seguindo as indicações dos autores da medida original (Gross & John, 2003). Os resultados indicam que a solução com 1 fator apresenta uma variância explicada baixa e que o item 1 revela comunalidades e pesos fatoriais também reduzidos. Assim, foi realizada nova AFE excluindo o primeiro item (item 4)⁵. Os resultados indicam que a solução com um fator passa a apresentar níveis de variância explicada razoáveis (34%) e que os pesos fatoriais dos itens estão dentro do critério (0.74 a 0.35). A análise do alpha de Cronbach também revela níveis razoáveis de consistência interna (0.56).

Resolução de Problemas

Foi realizada uma AFE com os 4 itens que compõem a medida de Resolução de Problemas. Os resultados indicam que a solução com 1 fator apresenta uma variância explicada alta (73%) e pesos fatoriais dos itens elevados (0.95 a 0.68). A análise do alpha de Cronbach também revela níveis elevados de consistência interna (0.91).

⁵ As análises de correlações indicam valores de r significativos entre os dois itens de Reavaliação Cognitiva ($r = .44$) e os dois itens de Supressão Emocional ($r = .28$), sugerindo que se podem considerar as duas formas de regulação emocional em separado. Contudo, a correlação dos itens desta última dimensão apresenta um valor inferior ao critério de $r > .30$ utilizado no presente trabalho, razão pela qual se considerou o indicador compósito único com os três itens retidos pela AFE.

Autocuidado

Foi realizada uma AFE com os 4 itens que compõem a medida de Autocuidado. Os resultados indicam que a solução com 1 fator apresenta uma variância explicada elevada (52%) e pesos fatoriais dos itens também elevados (0.82 a 0.66). A análise do alpha de Cronbach também revela níveis elevados de consistência interna (0.81).

Suporte Social

Dado que a escala de suporte social é composta apenas por dois itens, não se realizou uma AFE. Neste caso, foi realizada uma análise das correlações bivariadas entre os dois itens do suporte social. O valor da correlação é significativo e elevado ($r=0.88$, $p<0.00$).

Identidade Profissional

Foi realizada uma AFE com os 3 itens que compõem a medida de Identidade Profissional. Os resultados indicam que a solução com 1 fator apresenta uma variância explicada elevada (62%) e pesos fatoriais dos itens também dentro do critério (0.94 a 0.61). A análise do alpha de Cronbach também revela níveis elevados de consistência interna (0.80).

Exigências e Recursos Organizacionais

Foi realizada uma AFE com os 46 itens referentes à caracterização das Exigências e Recursos Organizacionais. Os resultados permitem identificar vários itens problemáticos, nomeadamente:

- “Manter-me atualizado/a face às novas informações médicas é muito exigente para mim” relativo às Exigências Científicas;
- “O estatuto da profissão médica na sociedade tem-se vindo a alterar” relativo à Perceção de Estatuto da Classe Médica;
- “Sinto que não me é dada a possibilidade de participar na tomada de decisões que afetam o meu trabalho”, “São-me dadas orientações incompatíveis entre si por diferentes pessoas com quem trabalho”, “No meu trabalho passo muito

tempo a lidar com equipamentos técnicos” e “A quantidade de trabalho burocrático que tenho é excessiva” relativos às Exigências Organizacionais;

- “Sinto que tenho de estar disponível como médico/a a qualquer hora” relativo às Exigências dos Horários de Trabalho;
- “A responsabilidade que sinto sobre a saúde e a vida dos doentes” relativo à Relação com os Doentes;

Uma nova AFE com os 38 itens que permanecem removendo os itens problemáticos permitiu encontrar uma solução com 9 fatores e com a seguinte organização:

- Um fator com 9 itens relativos ao Recursos Organizationais (RO) com 12% de variância explicada e um alpha de 0.88;
- Um fator com 5 itens relativos às Exigências das Relações no Local de Trabalho (ERLT) com 9% de variância explicada e um alpha de 0.90;
- Um fator com 4 itens relativos às Exigências Mentais das Tarefas (EMT) com 7% de variância explicada e um alpha de 0.87;
- Um fator com 5 itens relativos à Exigência da Relação com os Doentes em Geral (ERD) em geral com 7% de variância explicada e um alpha de 0.80;
- Um fator com 4 itens relativos à Exigência dos Horários de Trabalho (EH) onde se inclui um item de exigências organizacionais referente à falta de médicos no local de trabalho com 6% de variância explicada e um alpha de 0.78;
- Um fator com 4 itens relativo às Exigências Físicas (EF) com 5% de variância explicada e um alpha de 0.70;
- Um fator com 3 itens relativo a uma dimensão de Exigências Organizacionais por falta de Recursos (EOR) com 4% de variância explicada e um alpha de 0.68;
- Um fator de 2 itens relativo às Exigências da Relação com os Doentes em Sofrimento (ERDS) com 4% de variância explicada e uma correlação inter-item de 0.74;
- Um fator de 2 itens relativo a uma dimensão de Exigências Organizacionais por falta de Autonomia (EOA) com 2% de variância explicada e uma correlação inter-item de 0.33.

No total, esta solução com os 9 fatores explica 54% de variância das medidas originais.

Tabela 5. Pesos fatoriais dos 38 itens usados na AFE e variância explicada e alpha de cada um dos 9 fatores extraídos.

Item ¹	RO	ERLT	EMT	ERD	EH	EF	EOR	ERDS	EOA
ConOrg_4	0.78	-0.09	-0.03	-0.08	-0.07	-0.11	-0.11	0.00	0.11
ConOrg_9	0.71	-0.12	0.04	-0.04	-0.04	-0.01	-0.05	-0.01	-0.13
ConOrg_2	0.71	-0.10	-0.02	-0.06	-0.03	-0.08	-0.07	-0.01	-0.07
ConOrg_5	0.70	-0.14	0.02	-0.01	-0.06	-0.07	0.01	0.01	-0.03
ConOrg_7	0.70	-0.11	-0.03	-0.06	-0.10	-0.11	-0.10	0.00	0.09
ConOrg_3	0.66	-0.03	-0.03	-0.04	-0.11	-0.24	-0.21	0.03	0.11
ConOrg_8	0.61	-0.08	0.06	-0.08	0.00	-0.01	-0.18	-0.01	-0.30
ConOrg_6	0.55	-0.01	0.01	-0.06	-0.13	-0.14	-0.42	0.01	0.12
ConOrg_1	0.43	-0.03	0.09	-0.03	0.00	-0.07	-0.05	0.01	-0.13
RelLocT_4	-0.14	0.88	0.05	0.11	0.04	0.07	0.03	0.01	0.02
RelLocT_3	-0.11	0.85	0.06	0.16	0.08	0.05	0.05	0.03	0.04
RelLocT_5	-0.10	0.73	0.03	0.08	0.01	0.05	0.04	0.01	0.03
RelLocT_2	-0.21	0.72	0.10	0.25	0.13	0.08	0.04	0.05	0.05
RelLocT_1	-0.12	0.64	0.09	0.25	0.13	0.07	0.02	0.12	0.00
ExMent_2	0.03	0.07	0.83	0.11	0.14	0.06	0.09	0.03	0.00
ExMent_1	0.04	0.06	0.82	0.05	0.12	0.10	0.01	0.04	-0.04
ExMent_3	0.02	0.05	0.81	0.07	0.20	0.12	0.05	-0.01	0.06
ExMent_4	0.03	0.08	0.62	0.04	0.13	0.17	-0.04	0.05	0.06
RelDoen_4	-0.03	0.08	0.11	0.66	0.07	-0.01	0.06	0.26	0.01
RelDoen_6	-0.08	0.15	0.08	0.66	0.06	0.04	0.13	0.11	0.01
RelDoen_7	-0.07	0.07	0.00	0.66	0.05	0.10	0.06	0.17	0.12

RelDoen_5	-0.02	0.28	0.07	0.62	0.05	0.02	0.08	0.03	-0.05
RelDoen_8	-0.13	0.23	0.02	0.52	0.09	0.10	0.09	0.04	0.07
ExeHor_2	-0.09	0.09	0.16	0.07	0.78	0.16	0.04	0.02	0.04
ExeHor_3	-0.05	0.09	0.33	0.08	0.77	0.11	0.07	0.01	0.02
ExeHor_4	-0.16	0.10	0.15	0.14	0.73	0.08	0.17	0.03	0.10
ExOrg_2	-0.17	0.09	0.13	0.05	0.34	0.28	0.12	0.01	0.14
ExFis_1	-0.12	0.05	0.07	0.06	0.11	0.69	0.05	0.02	0.03
ExFis_2	-0.12	0.06	0.03	0.06	0.07	0.66	0.14	0.03	0.00
ExFis_4	-0.07	0.07	0.22	0.00	0.08	0.53	-0.06	0.01	0.07
ExFis_3	-0.18	0.05	0.10	0.07	0.08	0.43	0.13	0.00	0.03
ExOrg_7	-0.22	0.06	0.02	0.20	0.07	0.03	0.65	0.03	0.09
ExOrg_6	-0.19	0.06	0.01	0.11	0.08	0.08	0.61	0.03	0.15
ExOrg_8	-0.22	0.02	0.05	0.09	0.17	0.23	0.45	0.01	0.01
RelDoen_1	0.02	0.09	0.07	0.35	0.05	0.05	0.04	0.82	0.03
RelDoen_2	0.03	0.10	0.03	0.34	0.01	0.03	0.03	0.74	0.00
ExOrg_4	-0.41	0.14	0.05	0.15	0.14	0.11	0.26	0.03	0.49
ExOrg_1	-0.04	0.03	0.08	0.07	0.28	0.12	0.13	0.02	0.37
Var.	12%	9%	7%	7%	6%	5%	4%	4%	2%
Alpha	0.88	0.90	0.87	0.80	0.78	0.70	0.68	0.74	0.33*

Legenda: ¹ corresponde ao rótulo do item na base de dados; CO - Contexto Organizacional; RLT - Relações no Local de Trabalho; EMT - Exigências Mentais das Tarefas; RD - Relação com os Doentes; EH - Exigência dos Horários de Trabalho; EF - Exigências Físicas do Trabalho; RO - Recursos Organizacionais; RDS - Relação com os Doentes em Sofrimento; A – Autonomia; Var – Percentagem de variância explicada pelo fator no modelo.

Consequentes

Percepção de Erros Médicos

Foi realizada uma AFE com os 3 itens que compõem a medida Percepção de Erros Médicos. Os resultados sugerem a exclusão do primeiro desses três itens. Nova AFE indica que a solução com 1 fator apresenta uma variância explicada elevada (54%) e pesos fatoriais dos itens também dentro do critério (ambos com 0.74). A análise das correlações inter-item também revela valores elevados (0.54).

Equilíbrio Trabalho-Família

Foi realizada uma AFE com os 4 itens que compõem a medida de Equilíbrio Trabalho-Família. Os resultados indicam que a solução com 1 fator apresenta uma variância explicada elevada (42%) e pesos fatoriais dos itens também dentro do critério (0.79 a 0.42). A análise do alpha de Cronbach também revela níveis elevados de consistência interna (0.73).

Consumos e Dependência

Foi realizada uma AFE com os 10 itens referentes à caracterização dos Consumos e Dependência. Os resultados permitem identificar dois itens problemáticos: "Sinto que consumo de forma descontrolada substâncias psicoativas ilícitas" e "Sinto que consumo de forma descontrolada álcool". Uma nova AFE com os 8 itens que permanecem removendo os itens problemáticos permitiu encontrar uma solução com 4 fatores e com a seguinte organização:

- Um fator com os 2 itens de Consumo de Tabaco com uma variância explicada de 31% e uma correlação inter-item de 0.83;
- Um fator com os 2 itens de Consumo de Drogas Lícitas com uma variância explicada de 20% e uma correlação inter-item de 0.68;
- Um fator com os 2 itens de Dependência de Álcool e Drogas Ilícitas com uma variância explicada de 14% e uma correlação inter-item de 0.66;
- Um fator com os 2 itens de Consumo de Café com uma variância explicada de 10% e uma correlação inter-item de 0.62.

No total, esta solução com os 4 fatores explica 74% de variância das medidas originais.

Análises fatoriais confirmatórias

Prevalência

Maslach Burnout Inventory – HSS (MBI-HSS)

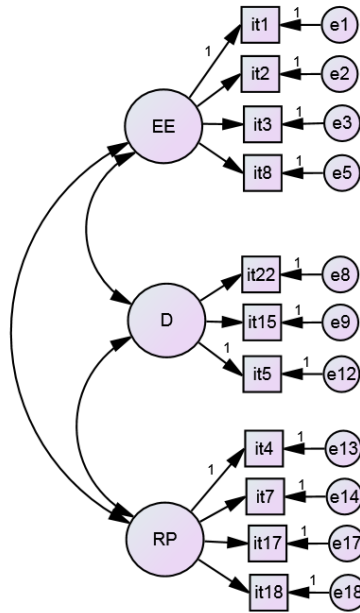
(Maslach, Jackson, & Leiter, 1996)

Os resultados das Análises Fatoriais Confirmatórias (AFC) revelaram melhor ajustamento para a solução com estrutura tri-fatorial, com um fator relativo à Exaustão Emocional (retirados os itens 6, 13, 14 e 16), outro relativo à Despersonalização (retirados os itens 10 e 11)⁶ e outro relativo à Diminuição da Realização Profissional (retirados os itens 9, 12, 19 e 21). Os valores dos índices de ajustamento foram de aceitáveis a bons, CFI de 0.95, TLI de 0.94, GFI de 0.96 e RMSEA de 0.07 (ver Figura 1). Os valores de alpha obtidos para os três fatores foram respetivamente de 0.71, 0.69 e 0.85.

Estes resultados dão suporte estatístico à estrutura tridimensional defendida teoricamente pelos autores da escala (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). Assim, reforçam a importância de analisar estas diferentes dimensões de sintomas quando se está a caracterizar o *Burnout*, e não dão suporte à utilização de um indicador composto único.

⁶ Do ponto de vista psicométrico a abordagem mais adequada quando se dispõe de um modelo teórico subjacente à medida consiste em proceder ao teste do modelo de medida através de Análise Fatorial Confirmatória (AFC). A AFC realizada para a medida de *Burnout* deu suporte à solução para a escala de Despersonalização com três itens, caindo os itens 10 e 11 como referido. Contudo, se se pretender utilizar uma solução *ad hoc* com base nos valores de consistência interna e de correlações a dimensão de Despersonalização pode ser medida com os cinco itens originais (valor Alpha de Cronbach de 0.81).

Figura 3. Modelo de medida do MBI-HSS.

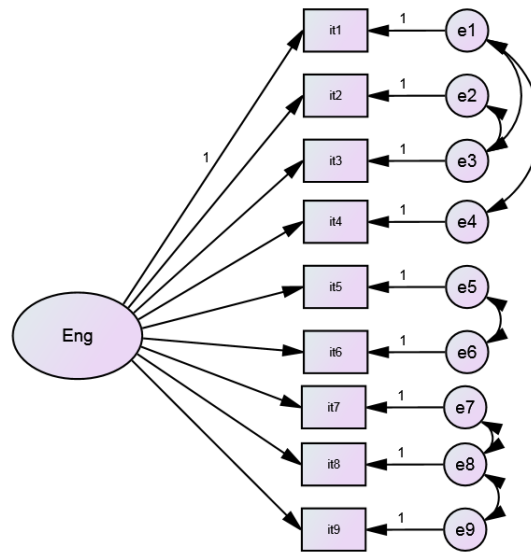


Utrecht Work Engagement Scale – 9 (UWES-9)

(Schaufeli, Bakker, & Salanova, 2006)

Através das AFC realizadas encontrou-se melhor ajustamento para uma solução de fator único que manteve os 9 itens da versão breve da medida utilizada, com valores bons nos índices de ajustamento CFI de 0.99, TLI de 0.98 e GFI de 0.98 e um valor aceitável de RMSEA de 0.06 (ver Figura 2). O valor de alpha foi de 0.92.

Figura 4. Modelo de medida do UWES-9.

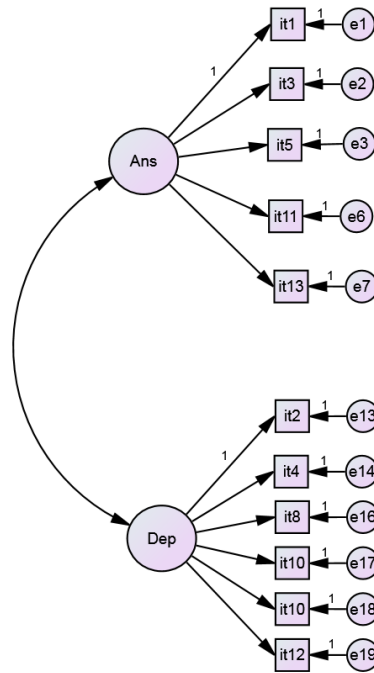


Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

(Zigmond & Snaith, 1983)

Nas AFCs, o melhor ajustamento foi obtido para a solução com estrutura bi-fatorial, com um fator relativo à Ansiedade (retirados os itens 7 e 9) e outro relativo à Depressão (retirado o item 6). Os valores dos índices de ajustamento foram bons e aceitáveis, CFI de 0.96, TLI de 0.95, GFI de 0.96 e RMSEA de 0.07. (Ver Figura 3). Os valores de alpha obtidos para os dois fatores foram de 0.85 e de 0.79, respetivamente.

Figura 5. Modelo de medida do HADS.

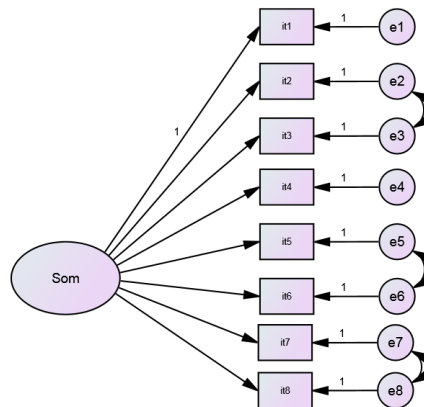


Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8)

(Gierk, Kohlmann, Kroenke, Spangenberg, Zenger, Brähler, & Löwe, 2014)

As AFCs revelaram bom ajustamento para a solução com estrutura uni-fatorial, com valores de CFI de 0.99, TLI de 0.98, GFI de 0.99 e RMSEA de 0.04 (Ver Figura 4). O valor de alpha foi de 0.82.

Figura 6. Modelo de medida do SSS-8.



Indicadores

Presentismo

O Presentismo foi calculado utilizando o rácio entre o desempenho atual do próprio e o desempenho possível. Este indicador é constrangido a valores compreendidos entre o limite inferior 0.25 (i.e., o próprio trabalha o equivalente a 25% ou menos que outros trabalhadores na mesma função) e o limite superior de 2 (i.e., o próprio trabalha o equivalente a 200% ou mais que outros trabalhadores na mesma função), notando que 1 corresponde à inexistência de diferenças no desempenho (i.e., o próprio trabalha o equivalente a 100%, portanto o mesmo que outros trabalhadores na mesma função).

Absentismo

O Absentismo foi calculado utilizando o valor absoluto expresso em horas. Este valor baseia-se na diferença entre o número de horas de trabalho esperadas e o número de horas de trabalho efetivas. Valores positivos representam a perda em horas de trabalho, valores negativos representam excedente em horas de trabalho, e 0 representa nem perda nem excedente de horas de trabalho.

Horas de Trabalho Efetivas e Horas Contratadas

Com base no conjunto de variáveis sobre o número de horas de trabalho efetivas e número de horas contratadas foram computados 3 indicadores:

- Número Total de Horas Contratadas, utilizando a soma das horas de trabalho contratadas nos diferentes locais de trabalho;
- Número Total de Horas Efetivas, utilizando a soma das horas de trabalho efetivas nos diferentes locais de trabalho;
- Diferença entre Horas de Trabalho Contratadas e Efetivas.

Recodificações

Inversão do indicador de *Burnout* de Realização Profissional

O indicador de Diminuição da Realização Profissional foi invertido. Ou seja, de acordo com o significado original da medida, valores mais altos indicam maior Realização Profissional (i.e., valores mais altos correspondem a valências mais positivas). Contudo, uma vez que os outros dois indicadores de *Burnout*, a Exaustão Emocional e a Despersonalização, são interpretadas no sentido contrário (i.e., valores mais altos correspondem a valências mais negativas), procedeu-se à inversão do indicador de Realização Profissional de forma a valores mais altos passarem a significar Diminuição da Realização Profissional. Esta inversão foi realizada através de um procedimento comum nestas situações, concretamente, subtraído a cada observação o valor máximo da escala mais um (i.e., 11).

Categorias dos indicadores de *Burnout*

Seguindo as indicações dos estudos internacionais com médicos (e.g., Shanafelt et al., 2012; Soler et al., 2008), foram criados indicadores categóricos do *Burnout* com três níveis – alto, médio e baixo. Em linha com estes autores, os pontos de corte utilizados foram:

- Exaustão Emocional: Valores até 13 – baixo; Valores de 14 a 26 - médio; Valores maiores que 26 – alto;
- Despersonalização: Valores até 5 – baixos; Valores de 6 a 9 – médio; Valores maiores que 9 – alto;
- Realização Profissional (escala original não invertida): Valores maiores que 39 – baixo; Valores de 34 a 39 – médio; Valores até 33 – alto.

Categorias extremas dos indicadores de *Burnout*

As categorias dos indicadores de *Burnout* foram recodificadas em duas categorias extremas. Mais especificamente:

- O extremo negativo, correspondendo a uma variável que identifica os participantes que têm valores “altos” simultaneamente nos três indicadores categóricos de *Burnout*;
- O extremo positivo, correspondendo a uma variável que identifica os participantes que têm valores “baixos” simultaneamente nos três indicadores de *Burnout*;

Local de trabalho

O Local de Trabalho foi recodificado em três variáveis que representam comparações diferentes das opções de resposta:

- Hospital público vs. todas as outras opções (i.e., 1. Hospital Público vs. 2. Hospital/Clínica Privada, 3-Hospital PPP (Parcerias Público-Privadas), 4-Consultório Privado, 5-USF-A, 6-USF-B, 7-UCSP, 8-Universidade; 9-Outro;
- Público em geral vs. Privado em geral (i.e., 1- Hospital Público; 5-USF-A, 6-USF-B, 7-UCSP, vs. 2. Hospital/Clínica Privada, 3-Hospital PPP (Parcerias Público-Privadas), 4-Consultório Privado).

Situação Face ao Trabalho

De modo a diferenciar, dentro dos médicos a fazer trabalho pago, aqueles que estavam de férias, daqueles que não estavam de férias na altura da resposta ao questionário, foi criada uma variável dicotómica como base na Situação Face ao Trabalho apenas com dois níveis:

- A fazer trabalho pago, mas de férias;
- A fazer trabalho pago, não de férias.

Função clínica

A variável função clínica foi recodificada colocando os participantes que responderam a mais do que uma opção como casos omissos.

8. Variáveis antecedentes: análises descritivas

Nesta secção é apresentada uma descrição detalhada das variáveis antecedentes identificadas de acordo com o modelo teórico e medidas no inquérito do estudo. Com esta descrição pretende-se o conhecimento da amostra nas diferentes dimensões em estudo, a relembrar: Sociodemográficas, Profissionais, de Carga Horária, Intrapessoais, de Exigências e Recursos e de Identidade Profissional. Esta descrição é feita com recurso a um conjunto de tabelas que identificam o nome, n, medidas descritivas e observações para a interpretação para cada variável. Nas medidas descritivas, para as variáveis quantitativas, são apresentadas médias (M), intervalos de confiança (entre parênteses retos) e desvio-padrão (DP) e as frequências para o conjunto de categorias de resposta possíveis. Por sua vez, para as variáveis qualitativas, são apenas apresentadas as frequências para o conjunto de categorias de resposta possíveis. De forma a facilitar a leitura e conhecimento das variáveis antecedentes mais importantes, são ainda apresentados gráficos para o conjunto de variáveis que revelam valor preditivo ao nível dos indicadores de Burnout (ver ponto 11). Finalmente, importa relembrar (vide pp. 88) que a interpretação de resultados relativos a fatores com um número reduzido de itens (3 ou menos) deve ser cautelosa. Refira-se também que os resultados apresentados não são resultados ponderados.

8.1. Variáveis Sociodemográficas

Relativamente às variáveis Sociodemográficas destacam-se os resultados que se apresentam a seguir.

Os participantes têm uma média **etária** de cerca de 44 anos, sendo 62% do **sexo** feminino e 38% do sexo masculino e têm cidadania portuguesa (97%). Ao nível do **grau académico**, 96% dos participantes tem (apenas) Licenciatura ou Mestrado e, apenas, 4% tem Doutoramento. O estado civil de 66% dos participantes é casado, 28% vivem em **agregados familiares** com apenas 2 pessoas, a idade média do **filho**

mais novo é de cerca de 16 anos, 67% não têm filhos menores e 91% não têm idosos nem dependentes a seu cuidado.

Tabela 6. Medidas descritivas das variáveis Sociodemográficas

Nome da Variável	n	Descritiva	Observações
Idade ⁺	9137	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=43.85 [43.58-44.12] DP=13.25 Frequências: <35=37% 36-45=19% 46-55=16% 56-55=24% >65=3%	Varia entre 21 e 88, sendo a média de 44 anos de idade
Ano de Nascimento do Filho Mais Novo ⁺	5447	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M= 1999 [1999-1999] DP=12.02 Frequências: <1980=6% 1981-1985=9% 1986-1990=13% 1991-1995=13% 1996-2000=12% 2001-2005=10% 2006-2010=12% 2011-2016=25%	Varia entre 1947 e 2016. A média de idade do filho mais novo são 16 anos (1999).
Sexo ⁺	9144	Frequências: Feminino=62% Masculino=38%	Cerca de 60% de participantes são do sexo feminino
Cidadania Portuguesa	9143	Frequências: Sim=97% Não=3%	Quase a totalidade de participantes são de Cidadania Portuguesa
Estado Civil	9142	Frequências: Casado=66% Solteiro=25%	Cerca de 65% dos participantes são casados

		Separado=9% Viúvo=1%	
Casado/a, em união de facto ou vive com um/a companheiro/a médico/a	9142	Frequências: Sim=46% Não=54%	Cerca de 50% não é casado, nem vive com companheiro/a médico/a
Grau Académico	9143	Frequências: Licenciatura/Mestrado=96% Doutoramento=4%	Cerca de 96% dos participantes tem (apenas) Licenciatura / Mestrado, e apenas cerca de 4% tem Doutoramento
Situação Face ao Trabalho	8381	Frequências: Trabalhar=95% Férias=5%	Quase a totalidade dos participantes encontra-se atualmente a trabalhar
Dimensão do Agregado Familiar	9124	Frequências: 1=18% 2=28% 3=21% 4 ou mais=33%	Aproximadamente metade dos Agregados Familiares são compostos por 1 ou 2 pessoas e a outra metade por 3 ou mais pessoas.
Número de Filhos Menores	9121	Frequências: 0=67% 1=16% 2=13% > 3=4%	Cerca de 67% não tem filhos menores
Idosos ou Dependentes a cuidado	9120	Frequências: Não=91% Sim=9%	91% não tem quaisquer pessoas dependentes (idosos ou com deficiência) a cuidado

* Gráfico com representação dos valores nas figuras seguintes a esta tabela.

Figura 7. Grupo Etário (em anos).

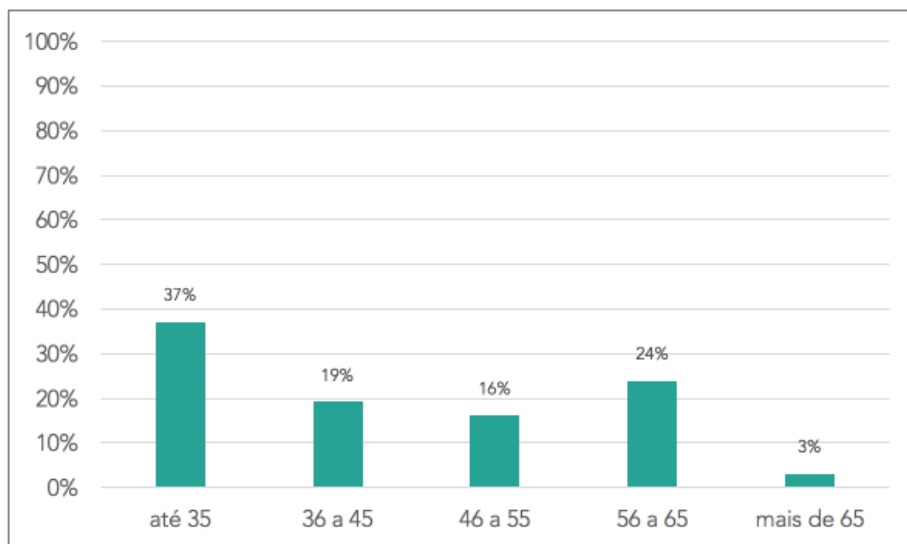


Figura 8. Ano de Nascimento do Filho mais Novo.

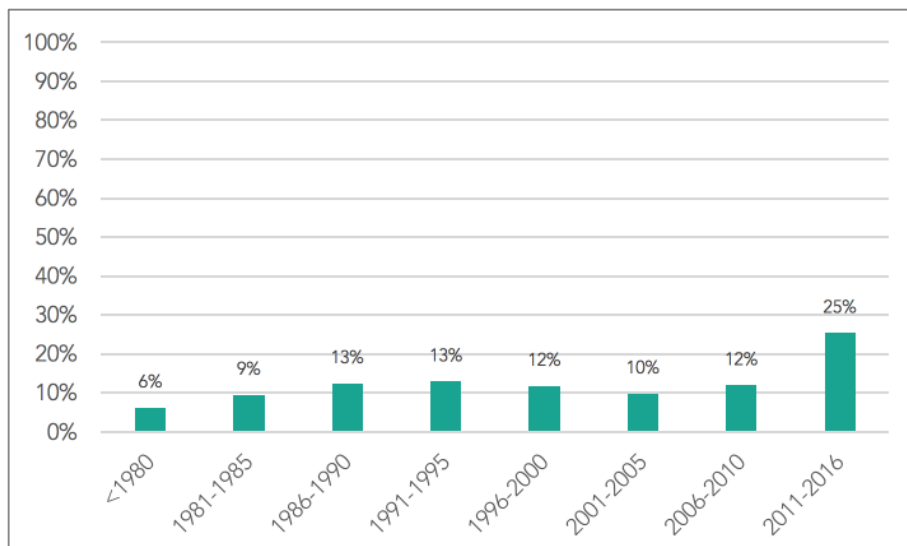
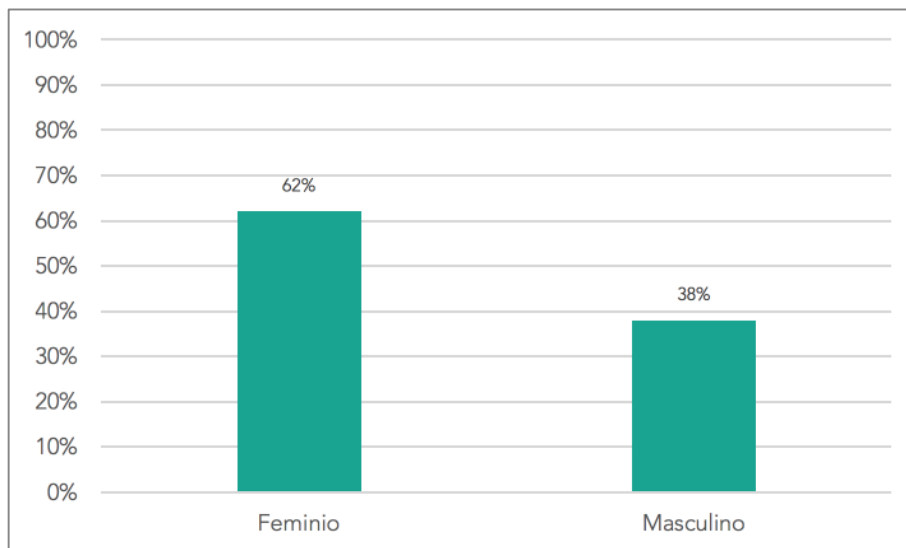


Figura 9. Sexo.



8.2. Variáveis Profissionais

Em média, os respondentes estão **inscritos na Ordem dos Médicos** à cerca de 19 anos.

No que respeita à **carreira médica**, 64% declararam estar integrados na carreira hospitalar e 25% na Clínica Geral. No que se refere à **fase de carreira/grau**, 45% dos médicos respondentes são especialistas, sendo que a **especialidade principal** é praticada, em média, há cerca de 13 anos. Quanto à **função principal** exercida, 87% dos médicos inquiridos referiram exercer Clínica sem Cuidados Intensivos. No que respeita ao **local de trabalho**, público vs. privado, 54% referem que o seu principal local de trabalho é o Hospital Público, 10% referem que é um Hospital/Clínica Privada e 9% trabalham numa USF-B e exercem prática médica nesse **principal local de trabalho**, em média, à cerca de 12 anos. De referir, ainda, que os médicos respondentes afirmaram que trabalham, em média, em 2 **locais de Trabalho**, embora 42% dos inquiridos tenham declarado ter apenas 1 local de trabalho

A maioria dos médicos inquiridos (66%) não exerce **funções de direção, chefia ou coordenação**, sendo que 19% afirmam ter este tipo de funções formais e 15% referem exercer este tipo de responsabilidades de forma informal. Quanto à perceção do **Contexto de Trabalho**, individual vs. em equipa, os respondentes situam-se no ponto médio da escala.

A percepção sobre a **Estabilidade do Emprego Atual** situou-se acima do ponto médio da escala, revelando maior percepção de estabilidade do que de instabilidade.

Tabela 7. Medidas descritivas das variáveis profissionais

Nome da Variável	n	Descritiva	Observações
Ano de Inscrição na Ordem dos Médicos ⁺	9068	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=1997 [1997-1997] DP=13.03</p> <p>Frequências:</p> <p><1980=13% 1981-1985=13% 1986-1990=9% 1991-1995=6% 1996-2000=9% 2001-2005=11% 2006-2010=18% 2011-2016=21%</p>	Varia entre 1957 e 2016. A média são 19 anos de prática profissional (i.e., inscrição em 1997).
Carreira Médica	9143	<p>Frequências:</p> <p>Hospitalar=64% Saúde Pública=2% Clínica Geral=25% Medicina Legal=1% Medicina do Trabalho=1% Outra=8%</p>	64% dos participantes seguiu a Carreira Médica Hospitalar
Fase de Carreira/Grau	9144	<p>Frequências:</p> <p>Médico interno=24% Especialista=45% Consultor=25% Outra=6%</p>	45% dos médicos respondentes são Especialistas
Anos de Prática da Especialidade Principal	8239	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=12.66 [12.43-12.91] DP=11.08</p> <p>Frequências:</p> <p>< 1 ano=16% 1-5 anos=24% 6-10 anos=11% 11-15 anos=8%</p>	Varia de 0 a 57. Em média, os médicos praticam a sua especialidade principal há 13 anos.

		16-20 anos=12% 21-25 anos=13% 26-30 anos=11% >31 anos=5%	
Função Principal [§]	7761	Frequências: Clínica (em unidade de cuidados intensivos)=4% Clínica (não em unidade de cuidados intensivos)=87% Administrativa/Gestão=1% Académica / Investigação=1% Outra=7%	Cerca de 90% dos participantes exerce Clínica (sem cuidados intensivos)
Emergência Médica Pré-hospitalar	707	Frequências: Sim=8%	N. D.
Principal Local de Trabalho ⁺	9142	Frequências: Hospital Público=54% Hospital/Clínica Privada=10% Hospital PPP (Parcerias Público-Privadas)=4% Consultório Privado=3% USF-A=6% USF-B=9% UCSP=9% Universidade=1% Outro=4%	54% dos participantes considera que o seu Principal Local de Trabalho é o Hospital Público
Anos no Principal Local de Trabalho	9112	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=11.19 [10.97-11.41] DP=10.69 Frequências: < 1 ano=10% 1-5 anos=33% 6-10 anos=19% 11-15 anos=9% 16-20 anos=8% 21-25 anos=6% 26-30 anos=8% >31 anos=7%	Varia entre 0 e 50, quanto maior o valor mais anos tem no local de trabalho
Funções de Direção, Chefia ou Coordenação	9146	Frequências: Sim, formalmente=19% Sim, informalmente=15% Não=66%	66% dos participantes não exerce atualmente Funções de Direção, Chefia ou Coordenação

Estabilidade do Emprego Atual ⁺	9143	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=6.73* [6.68-6.78] DP=2.52</p> <p>Frequências:</p> <p>Estabilidade baixa (<4)=12% Estabilidade média (4 a 6)=27% Estabilidade alta (>6)=62%</p>	Varia entre 0-10 , quanto maior o valor, maior a percepção de estabilidade do emprego atual. Cerca de 62% dos inquiridos têm uma percepção de estabilidade alta.
Contexto de Trabalho em Equipa ⁺	9138	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=5.98* [5.92-6.04] DP=2.90</p> <p>Frequências:</p> <p>Mais em contexto individual (<4)=24% Entre contexto individual e de equipa (4 a 6)=24% Mais em contexto de equipa (>6)=52%</p>	Varia entre 0-10. Quanto maior o valor, mais o trabalho é realizado em equipa (e vice versa). Mais de metade da amostra (52%) trabalha predominantemente em contexto de trabalho em equipa.
Número de Locais de Trabalho	9098	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=2.15 [2.12-2.18] DP=1.40</p> <p>Frequências:</p> <p>1=42% 2=28% 3=17% 4=8% 5 ou mais=5%</p>	Refere-se ao número de Locais de Trabalho que o médico possui. Cerca de 42% dos participantes tem apenas 1 local de trabalho
Percepção sobre a Remuneração Base Atual ⁺		<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=5.58* [5.54-6.63] DP=2.15</p> <p>Frequências:</p> <p>Difícil viver confortavelmente (<4)=18% Nem difícil nem fácil viver confortavelmente (4 a 6)=47% Fácil viver confortavelmente (>6)=35%</p>	

+ Gráfico com representação dos valores nas figuras seguintes a esta tabela; * A diferença para o ponto médio da escala é significativa; § Pergunta de escolha múltipla, as percentagens não somam para 100%.

Figura 10. Ano de Inscrição na Ordem dos Médicos.

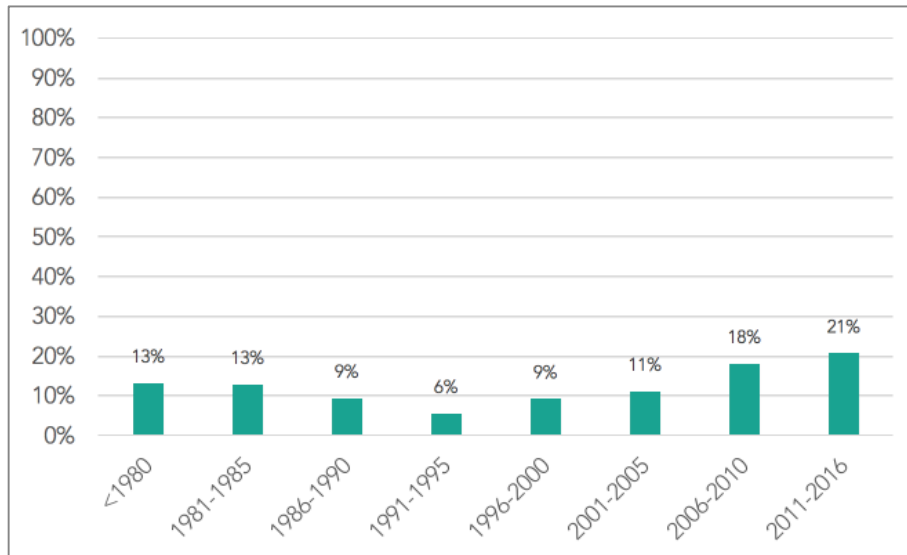


Figura 11. Local de Trabalho.

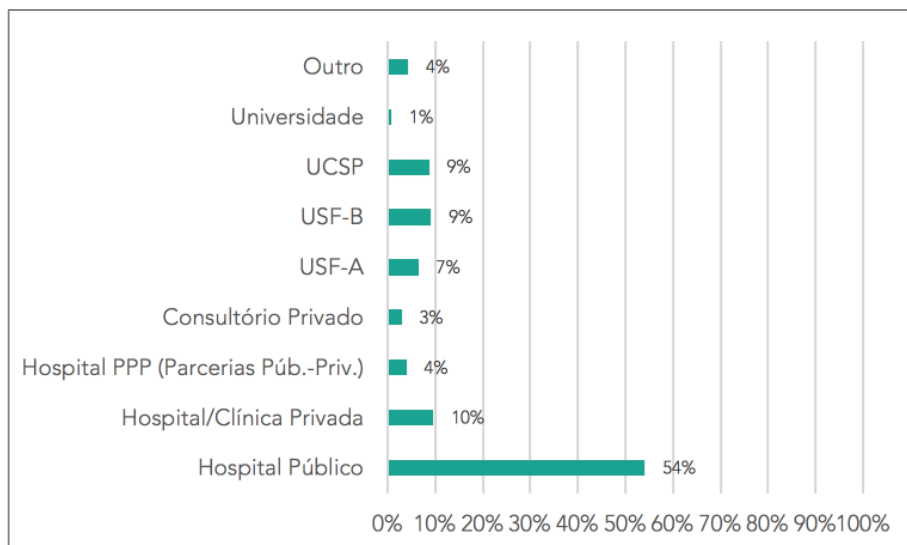


Figura 12. Estabilidade da Situação de Emprego Atual.

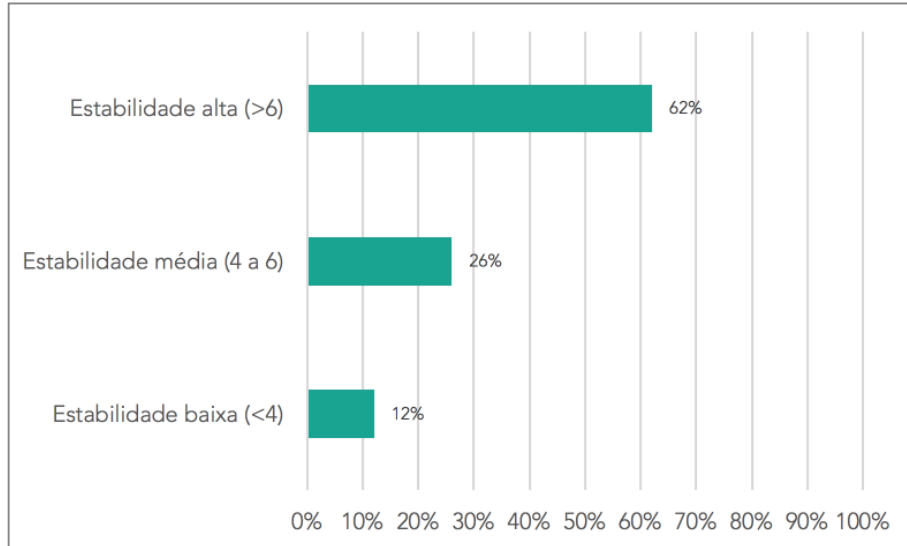


Figura 13. Contexto de Trabalho em Equipa.

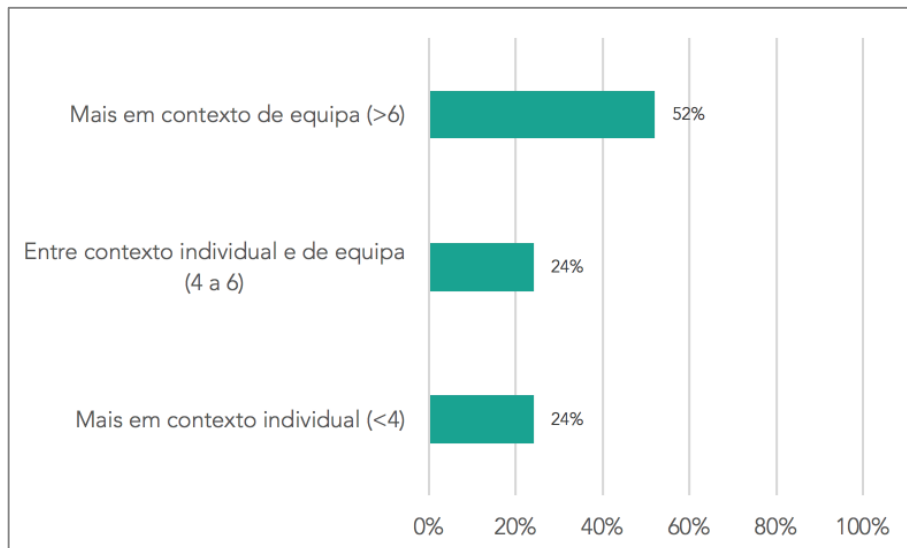
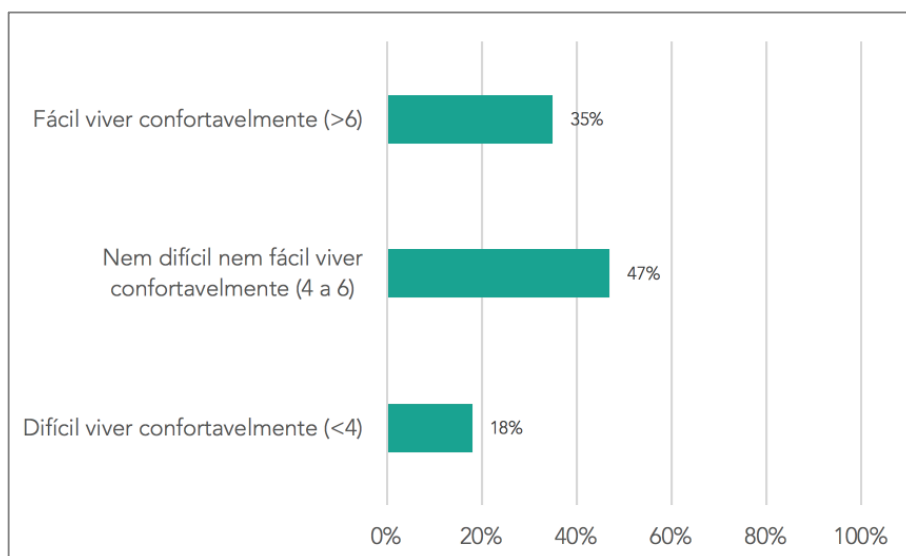


Figura 14. Perceção sobre a Remuneração Base Atual.



8.3. Variáveis relativas à Carga Horária

Os médicos participantes no estudo fazem, em média, cerca de 11 **jornadas de trabalho mensais superiores a 7 horas**, sendo que 33% dos inquiridos faz entre 11 e 20 jornadas de trabalho, por mês, superiores a 7 horas. Estes médicos trabalham, em média mais do que um **fim de semana por mês** e fazem, em média, 3.5 **períodos de urgência** mensalmente. Dos períodos de urgência efetuados, 2.6 são superiores a 12 horas e cerca de 3.0 são, em média, em **urgência noturna**.

Em relação ao **descanso compensatório**, 54% dos médicos afirmou que nunca ou raramente o faz.

No que se refere às **horas contratadas**, os valores reportados são, em média, 44 horas e as **horas efetivas** de trabalho referidas situaram-se nas 57 horas. Por sua vez, 71% dos médicos referiu trabalhar mais do que 40h por semana.

Tabela 8. Medidas descritivas das variáveis relativas à Carga Horária

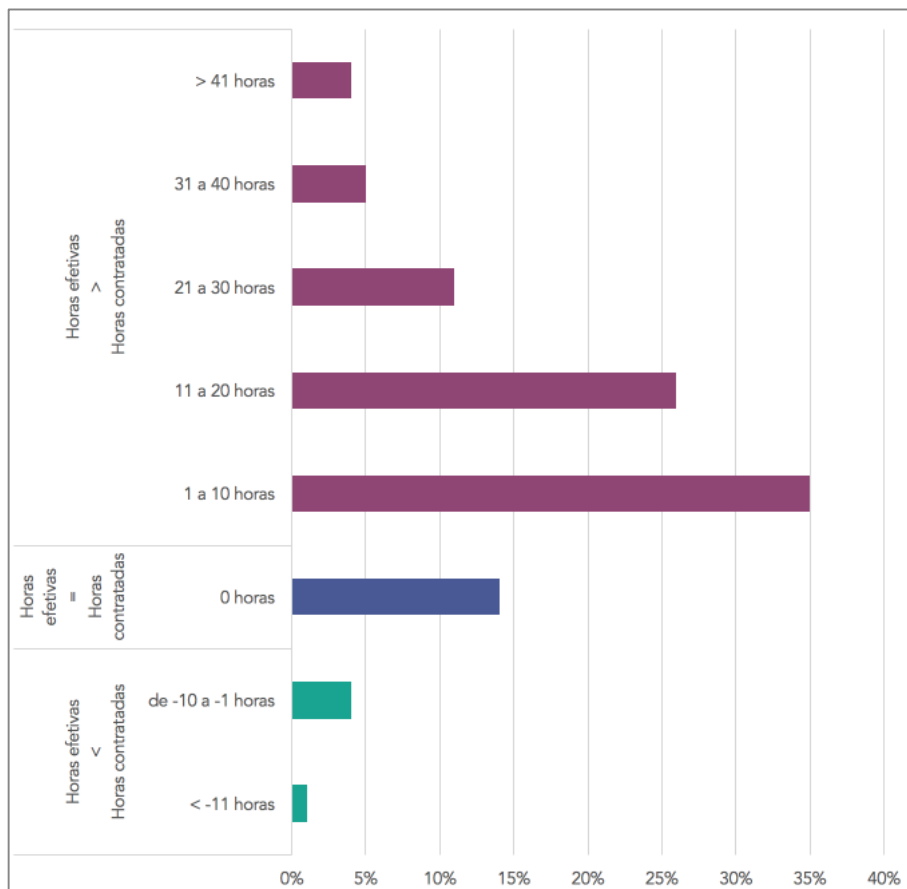
Nome da Variável	n	Descritiva	Observações
Jornadas de Trabalho Mensais Superiores a 7 horas	9108	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=10.89 [10.74-11.04] DP=7.44</p> <p>Frequências:</p> <p>Nenhuma=5% 1-5 jornadas=30% 6-10 jornadas=20% 11-15 jornadas=14% 16-20 jornadas=18% >21 jornadas=13%</p>	Número de jornadas de trabalho superiores a 7 horas realizadas num mês. Os valores variam entre 0 e 44 jornadas, sendo que em média os médicos realizam 10.89 jornadas e que mais de metade (65%) realiza mais 6 jornadas por mês.
Fins de Semana Trabalhados Mensalmente	9108	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=1.51 [1.49-1.54] DP=1.23</p> <p>Frequências:</p> <p>Nenhum=28% 1=20% 2=32% 3=13% 4/5=7%</p>	Número de fins de semana trabalhados mensalmente, varia entre 0 e 4/5 fins de semana. Em média verifica-se que os participantes trabalham 1.51 fins de semana por mês, sendo que meta dos médicos (51%) trabalha 2 ou mais fins de semana por mês.
Períodos de Urgência Mensais	9110	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=3.47 [3.39-3.54] DP=3.73</p> <p>Frequências:</p> <p>Nenhum=35% 1-5 períodos=41% 6-10 períodos=21% >11 períodos=3%</p>	Número de períodos de urgência realizados por mês. Varia de 0 e 31, a média é de 3.47 e mais de metade dos médicos (65%) tem períodos de urgência mensalmente.
Períodos de Urgência Mensais Superiores a 12 horas	5948	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=2.56 [2.47-2.65] DP=3.62</p>	Número de períodos de urgência superiores a 12 horas realizados por mês. Varia de 0 a 31 e verifica-se que, do total de médicos que realizam períodos de urgência,

		Frequências: Nenhum=44% 1-5 períodos =41% 6-10 períodos =13% >11 períodos =2%	aproximadamente metade (44%) não faz períodos superiores a 12 horas, sendo a média de 2.56 períodos.
Períodos de Urgência Noturna Mensais	5937	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=2.98 [2.89-3.06] DP=3.33 Frequências: Nenhum=33% 1-5=50% 6-10=16% >11=2%	Número de períodos de urgência noturna realizados por mês. Varia de 0 a 31 e verifica-se que, do total de médicos que realizam períodos de urgência, aproximadamente metade (50%) faz períodos 1 a 5 períodos de urgência noturna por mês, sendo a média de 2.98 períodos.
Descanso Compensatório	5317	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=4.97 [4.86-5.08] DP=4.12 Frequências: Realiza nunca ou raramente (<4)=54% Nem raramente nem frequentemente (4 a 6)=2% Realiza frequentemente ou sempre (>6)=44%	Escala de avaliação da regularidade do descanso compensatório, varia de 0 (nunca realiza) a 10 (realiza sempre). A média é de 4.97 e verifica-se que aproximadamente metade dos médicos (54%) nunca ou raramente realiza descanso compensatório e que, aproximadamente a outra metade (44%) realiza frequentemente ou sempre.
Total de Horas Contratadas por Semana	8750	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=44.32 [44.11-44.53] DP=9.10 Frequências: 1-10 horas=1% 11-20 horas=1% 21-30 horas=2% 31-40 horas=43% 41-50 horas=33% 51-60 horas=15% 61-70 horas=4% 71-80 horas=1% > 81 horas=0%	Número total de horas contratadas por semana, varia entre 1 e 84 horas. A média é de 44.32 horas e a maioria dos médicos (76%) tem entre 31 e 50 horas de trabalho por semana contratualizadas.

Total de Horas Efetivas	8952	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=57.06 [56.72-57.41] DP=16.58</p> <p>Frequências:</p> <p>1-10 horas=0% 11-20 horas=1% 21-30 horas=2% 31-40 horas=10% 41-50 horas=25% 51-60 horas=28% 61-70 horas=18% 71-80 horas=9% > 81 horas=7%</p>	Número total de horas contratadas por semana, varia entre 3 e 168 horas. A média é de 57.06 horas e a maioria dos médicos (71%) tem entre 41 e 70 horas de trabalho efetivo por semana.
Diferença entre Horas Efetivas e Contratadas por Semana ⁺	8655	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=12.71 [12.42-12.99] DP=13.53</p> <p>Frequências:</p> <p>< -11 horas=1% -10 a -1 horas=4% 0 horas=14% 1 a 10 horas=35% 11 a 20 horas=26% 21 a 30 horas=11% 31 a 40 horas=5% > 41 horas=4%</p>	Diferença entre o número de horas efetivas e contratadas. Valores negativos correspondem a mais horas contratadas do que horas efetivas e vice versa. A diferença média é de 12.71 horas (portanto, mais 12.71 horas efetivas do que contratadas) e metade dos médicos (50%) executa um total de 6 ou mais horas de trabalho para lá das horas contratualizadas.

⁺ Gráfico com representação dos valores nas figuras seguintes a esta tabela.

Figura 15. Diferença entre Horas Efetivas e Contratadas.



8.4. Variáveis Intrapessoais

As variáveis intrapessoais que foram avaliadas revelam valores positivas em **otimismo**, **auto-eficácia**, **percepção de capacidade de regulação emocional**, **capacidade de resolução de problemas** e sentimento de suporte social. Apenas nos níveis de **autocuidado**, os resultados encontrados mostraram-se abaixo do ponto médio da escala, sendo que 43% dos médicos declararam níveis de autocuidado baixo.

Tabela 9. Medidas descritivas das variáveis relativas às variáveis intrapessoais

Nome da Variável	n	Descritiva	Observações
Otimismo ⁺	9136	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M= 6.05* [6.01-6.09] DP=1.79</p> <p>Frequências:</p> <p>Otimismo Baixo (<4)=7% Otimismo Médio (4-6)=52% Otimismo Alto (>6)=41%</p>	Varia entre 0-10 (ponto médio 5), em que quanto maior o valor, maior o Otimismo
Locus de Controlo ⁺	9136	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M= 5.70* [5.67-5.73] DP=1.65</p> <p>Frequências:</p> <p>Controlo Baixo (<4)=7% Controlo Médio (4-6)=63% Controlo Alto (>6)=30%</p>	Varia entre 0-10 (ponto médio 5), em que quanto maior o valor, maior o Locus de Control interno
Autoeficácia ⁺	9134	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=6.55* [6,52-6,59] DP=1.67</p> <p>Frequências:</p> <p>Autoeficácia Baixa (<4)=4% Autoeficácia Média (4-6)=38% Autoeficácia Alta (>6)=58%</p>	Varia entre 0-10 (ponto médio 5), em que quanto maior o valor, maior a Autoeficácia
Regulação Emocional	9135	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=5.96* [5.92-5.99] DP=1.64</p> <p>Frequências:</p> <p>Regulação Baixa (<4)=6% Regulação Média (4-6)=56% Regulação Alta (>6)=38%</p>	Varia entre 0-10 (ponto médio 5), em que quanto maior o valor, maior é a capacidade de Regulação Emocional

Resolução de Problemas ⁺	9135	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=7.62* [7.59-7.65] DP=1.3</p> <p>Frequências:</p> <p>Resolução Baixa (<4)=1% Resolução Média (4-6)=14% Resolução Alta (>6)=85%</p>	Varia entre 0-10 (ponto médio 5), em que quanto maior o valor, maior a capacidade de Resolução de Problemas
Autocuidado ⁺	9134	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=4.12* [4.07-4.16] DP=2.24</p> <p>Frequências:</p> <p>Autocuidado Baixo (<4)=43% Autocuidado Médio (4-6)=42% Autocuidado Alto (>6)=15%</p>	Varia entre 0-10 (ponto médio 5), em que quanto maior o valor, maiores os níveis de Autocuidado
Suporte Social	9133	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M= 6.96* [6.92-7.01] DP=2.29</p> <p>Frequências:</p> <p>Suporte Baixo (<4)=9% Suporte Médio (4-6)=24% Suporte Alto (>6)=67%</p>	Varia entre 0-10 (ponto médio 5), em que quanto maior o valor, mais Suporte Social o indivíduo possui

⁺ Gráfico com representação dos valores nas figuras seguintes a esta tabela; * A diferença para o ponto médio da escala é significativa.

Figura 16. Otimismo.

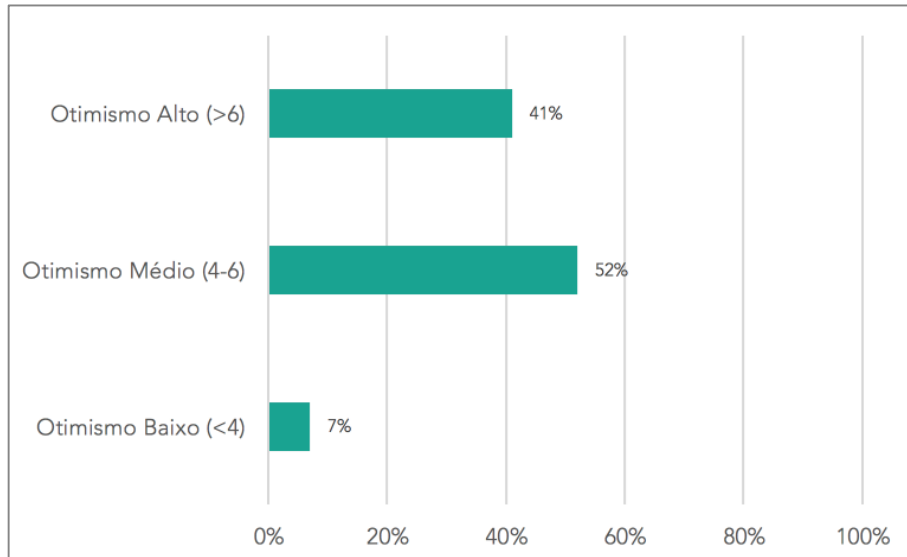


Figura 17. Locus de Controlo.

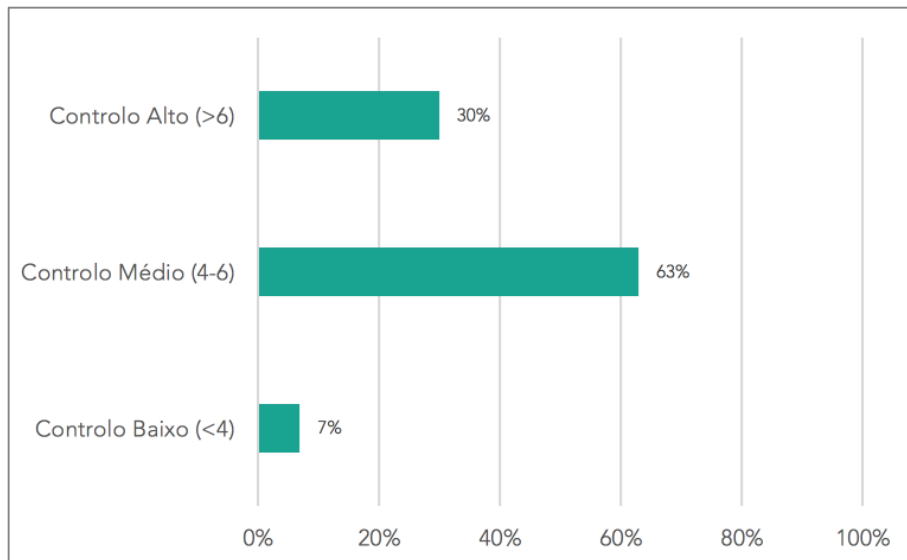


Figura 18. Perceção de Autoeficácia .

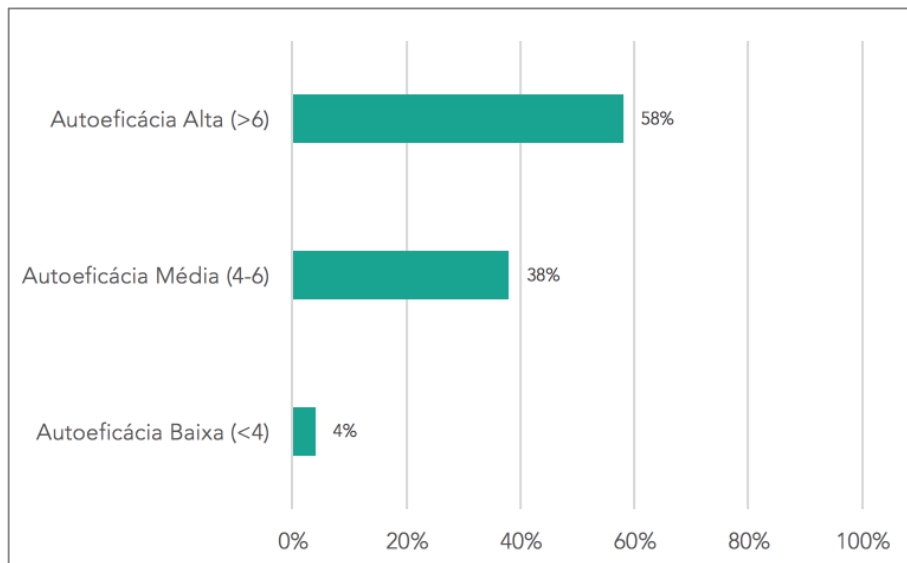


Figura 19. Orientação para a Resolução de Problemas.

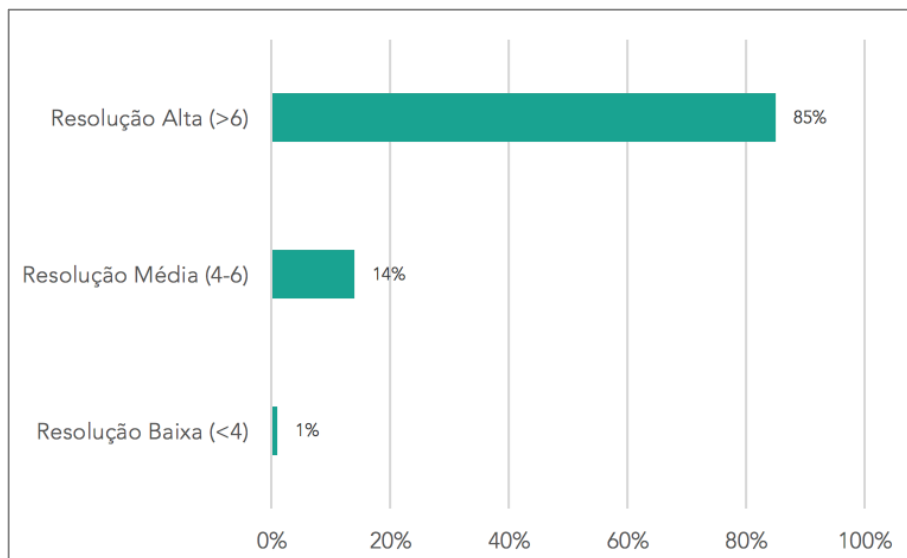
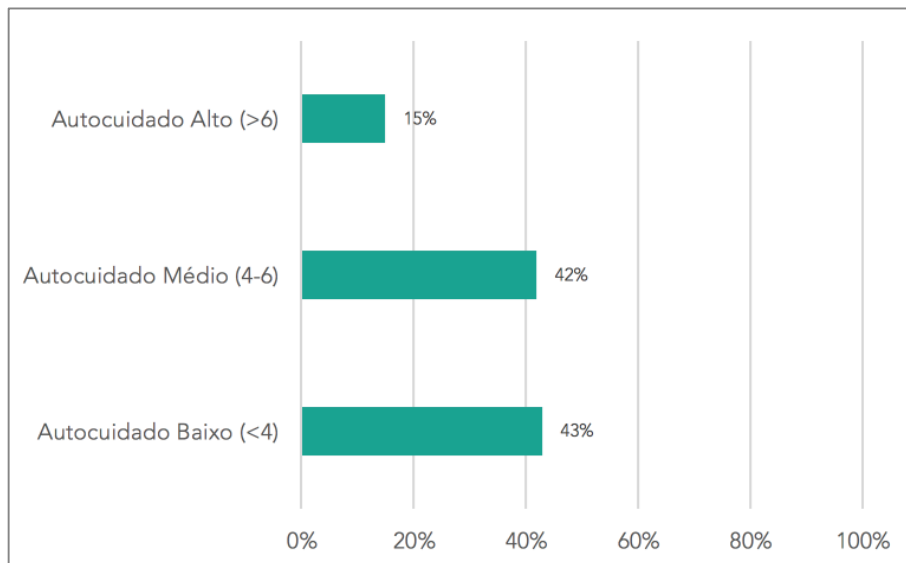


Figura 20. Autocuidado.



8.5. Exigências e Recursos Organizacionais

A percepção de **Recursos Organizacionais** encontra-se significativamente acima do ponto médio da escala, embora de forma não expressiva (5.9), indicando uma percepção mais positiva do que negativa sobre os recursos organizacionais.

Quanto à percepção de exigências, elas encontram-se significativamente acima do ponto médio da escala no que se refere às **exigências das relações no Local de trabalho**, às **exigências da relação com os doentes em geral** e da **relação com os doentes em sofrimento** e ainda, embora em menor grau, no que se refere às **exigências físicas do trabalho**, às **exigências organizacionais por falta de recursos** e às **exigências organizacionais por falta de autonomia**.

Foram reportadas como bastante elevadas as **exigências mentais decorrentes das tarefas** e as **exigências dos horários de trabalho**.

Tabela 10. Medidas descritivas das Exigências e Recursos Organizacionais.

Nome da Variável	n	Descritiva	Observações
Exigências Físicas ⁺	9027	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=5.32* [5.27-5.37] DP=2.47 Frequências: Baixas (<4)=24% Médias (4 a 6)=41% Altas (>6)=35%	Varia entre 0-10 (ponto médio 5), em que quanto maior o valor, maiores as exigências físicas
Exigências Mentais das Tarefas	9118	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=8.78* [8.75-8.80] DP=1.29 Frequências: Baixas (<4)=0% Médias (4 a 6)=4% Altas (>6)=96%	Varia entre 0-10 (ponto médio 5), em que quanto maior o valor, maiores as exigências mentais das tarefas
Exigências Organizacionais por Falta de Recursos	9070	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=5.65* [5.60-5.70] DP=2.43 Frequências: Baixas (<4)=20% Médias (4 a 6)=39% Altas (>6)=41%	Varia entre 0-10 (ponto médio 5), em que quanto maior o valor, maiores as exigências organizacionais por falta de recursos
Exigências Organizacionais por Falta de Autonomia	8925	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=5.15* [5.10-5.20] DP=2.44 Frequências: Baixas (<4)=26% Médias (4 a 6)=44% Altas (>6)=30%	Varia entre 0-10 (ponto médio 5), em que quanto maior o valor, maiores as exigências organizacionais por falta de autonomia
Exigências da Relação com os Doentes em Geral ⁺	8959	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=6.46* [6.42-6.50] DP=1.99	Varia entre 0-10 (ponto médio 5), em que quanto maior o valor, maiores as exigências da relação com os doentes em geral

		Frequências: Baixas(<4)=8% Médias (4 a 6)=37% Altas (>6)=55%	
Exigências da Relação com os Doentes em Sofrimento	8821	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=6.52* [6.47-6.57] DP=2.41 Frequências: Baixas (<4)=14% Médias (4 a 6)=28% Altas (>6)=58%	Varia entre 0-10 (ponto médio 5), em que quanto maior o valor, maiores as exigências da relação com os doentes em sofrimento
Exigências das Relações no Local de Trabalho ⁺	8865	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=6.40* [6.35-6.45] DP=2.55 Frequências: Baixas (<4)=15% Médias (4 a 6)=27% Altas (>6)=58%	Varia entre 0-10(ponto médio 5), em que quanto maior o valor, maiores as exigências das relações no local de trabalho
Exigências dos Horários de Trabalho ⁺	9115	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=7.19* [7.14-7.23] DP=2.24 Frequências: Baixas (<4)=7% Médias (4 a 6)=22% Altas (>6)=71%	Varia entre 0-10 (ponto médio 5), em que quanto maior o valor, maiores as exigências dos horários de trabalho
Recursos Organizacionais ⁺	9091	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=5.87* [5.83-5.91] DP=1.92 Frequências: Baixos (<4)=10% Médios (4 a 6)=48% Altos (>6)=42%	Varia entre 0-10 (ponto médio 5), em que quanto maior o valor, maiores os recursos organizacionais

⁺ Gráfico com representação dos valores nas figuras seguintes a esta tabela; * A diferença para o ponto médio da escala é significativa.

Figura 21. Exigências Físicas do Trabalho.

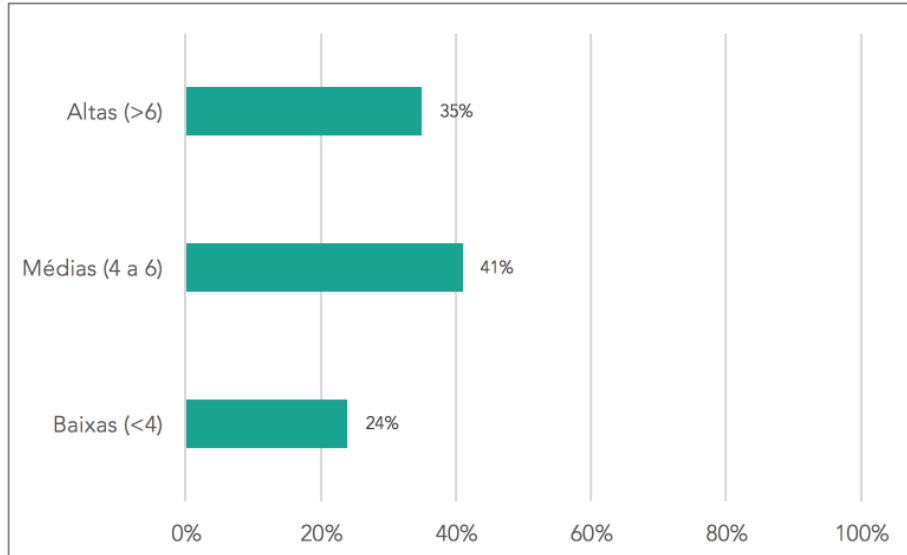


Figura 22. Exigências da Relação com os Doentes em Geral.

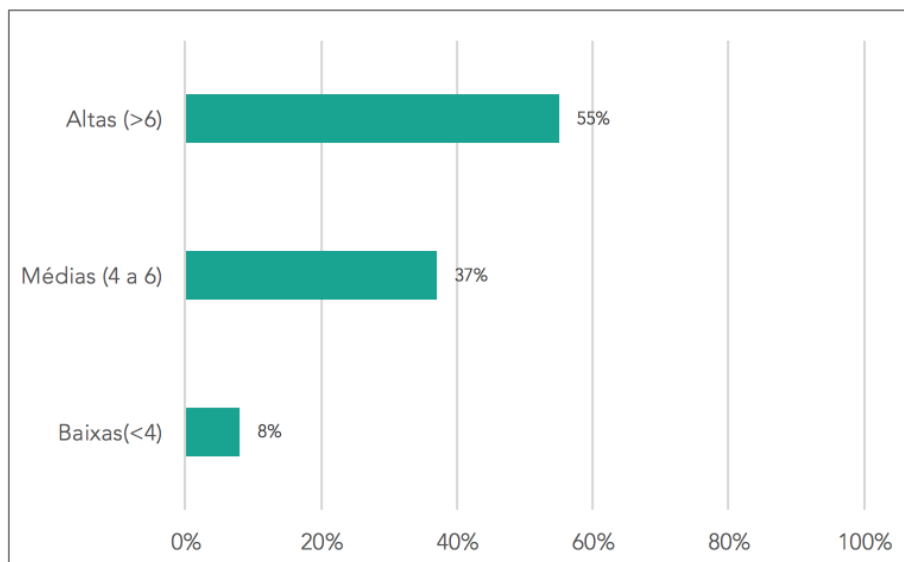


Figura 23. Exigências das Relações no Local de Trabalho.

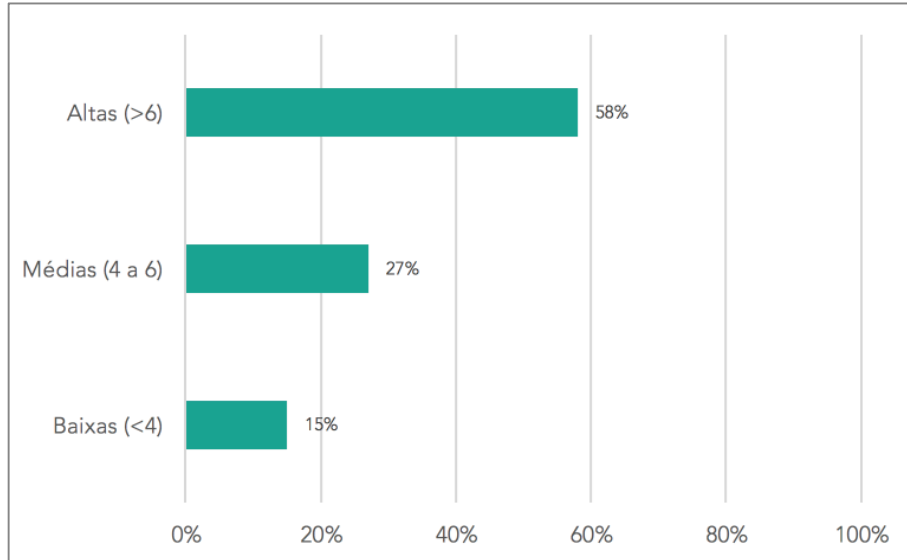


Figura 24. Exigências dos Horários de Trabalho.

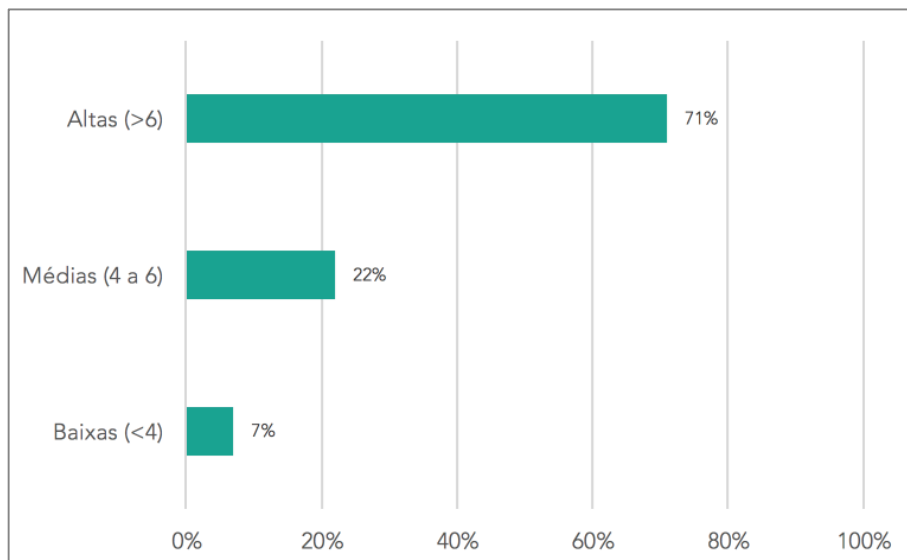
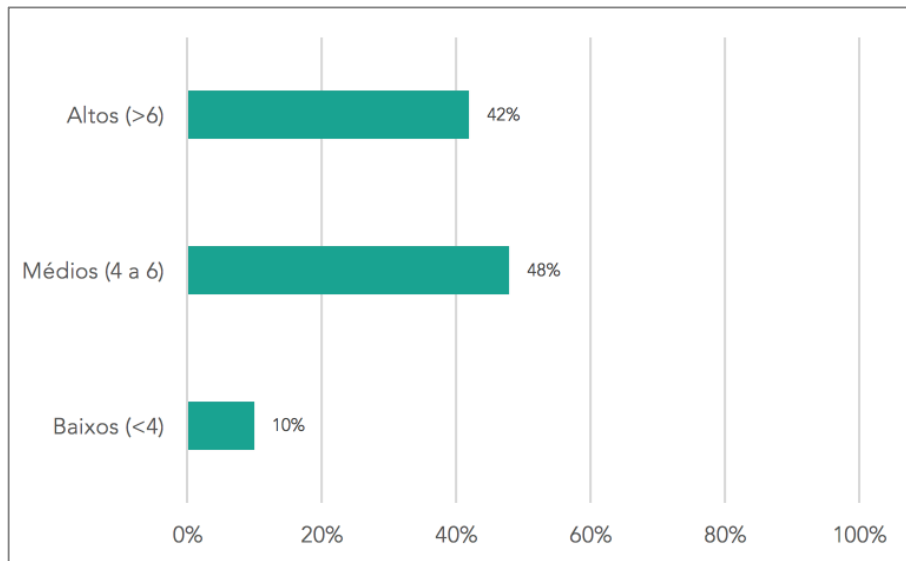


Figura 25. Recursos Organizacionais.



8.6. Variáveis relativas à Identidade Profissional

Este ponto inclui um conjunto diversificado de variáveis que avaliam a identificação profissional com a classe médica e a privação relativa económica dentro da classe médica e entre esta e outras classes profissionais com as quais os médicos se comparam. Foi ainda avaliada a percepção de justiça procedimental em contexto de trabalho.

No que respeita à **Identificação Com a Classe Médica**, os médicos respondentes apresentam resultados significativamente acima do ponto médio da escala, expressando uma clara identificação como seu grupo profissional.

Quanto à **Justiça Procedimental** percebida no tratamento pelas chefias, os participantes revelam algum sentimento de injustiça, encontrando-se o valor médio obtido significativamente abaixo do ponto médio da escala, embora de forma não acentuada.

Os médicos inquiridos expressam sentimentos de privação relativa económica a diferentes níveis. De facto, quando se **comparam com outros grupos profissionais**, os médicos consideram que a sua **situação económica individual** é ligeiramente pior do que a desses profissionais. No que respeita à **situação económica dos médicos em**

geral face a outros grupos profissionais com os quais se comparam, os resultados indicam de novo um sentimento de privação.

Este sentimento de privação regista-se também nas comparações no interior da classe médica. Assim, no que respeita aos **colegas da mesma especialidade**, os médicos referem que a sua situação económica individual é pior do que a situação dos seus colegas. Da mesma forma consideram que os **colegas de outras especialidades** se encontram numa situação económica melhor.

Por último, no que respeita à **perceção sobre a remuneração base atual**, os médicos indicam que a sua remuneração é, em média, satisfatória, sendo que 18% consideram essa remuneração como sendo claramente insatisfatória e 37% a consideram como claramente satisfatória.

Tabela 11. Medidas descritivas das variáveis Identidade Profissional.

Nome da Variável	n	Descritiva	Observações
Situação Económica do Próprio (vs. Outros Grupos Profissionais)	9110	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=4.64* [4.59-4.68] DP=2.27 Frequências: Pior=31% Nem pior nem melhor (4 a 6)=47% Melhor =22%	Varia entre 0-10 , em que quanto maior o valor, melhor é a Situação Económica do Próprio em Comparação com Outros Grupos Profissionais
Situação Económica dos Médicos (vs. Outros Grupos Profissionais)	9100	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=4.50* [4.46-4.55] DP=2.15 Frequências: Pior=32% Nem pior nem melhor (4 a 6)=49% Melhor=19%	Varia entre 0-10 , em que quanto maior o valor, melhor é a Situação Económica dos Médicos em Comparação com Outros Grupos Profissionais
Situação Económica do Próprio (vs. Colegas da Mesma Especialidade)	9050	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=4.89* [4.85-4.92]	Varia entre 0-10 , em que quanto maior o valor, melhor é a Situação Económica do Próprio em relação a Colegas da Mesma Especialidade

		<p>DP=1.73</p> <p>Frequências:</p> <p>Pior=17%</p> <p>Nem pior nem melhor (4 a 6)=67%</p> <p>Melhor=16%</p>	
Situação Económica do Próprio (vs. Colegas de Outras Especialidades)	9076	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=3.96*</p> <p>[3.91-4.00]</p> <p>DP=1.97</p> <p>Frequências:</p> <p>Pior=40%</p> <p>Nem pior nem melhor (4 a 6)=50%</p> <p>Melhor=10%</p>	Varia entre 0-10 , em que quanto maior o valor, melhor é a Situação Económica do Próprio em comparação com Colegas de Outras Especialidades
Justiça Procedimental ⁺	9045	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=4.95*</p> <p>[4.89-5.02]</p> <p>DP=3.30</p> <p>Frequências:</p> <p>Baixa (<4)=36%</p> <p>Média (4 a 6)=24%</p> <p>Alta (<6)=40%</p>	Varia entre 0-10 , em que quanto maior o valor, maior a percepção de Justiça Procedimental
Identificação com a Classe Médica ⁺	9133	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=6.96*</p> <p>[6.91-7.01]</p> <p>DP=2.29</p> <p>Frequências:</p> <p>Baixa (<4)=9%</p> <p>Média (4 a 6)=24%</p> <p>Alta (<6)=67%</p>	Varia entre 0-10 , quanto maior o valor, maior a Identificação com a Classe Médica
Percepção sobre a Remuneração Base Atual	9140	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=5.58*</p> <p>[5.54-5.63]</p> <p>DP=2.16</p> <p>Frequências:</p> <p>Baixa (<4)=18%</p> <p>Média (4 a 6)=45%</p> <p>Alta (<6)=37%</p>	Varia entre 0-10 , quanto maior o valor, mais o médico percebe a sua remuneração como satisfatória

+ Gráfico com representação dos valores nas figuras seguintes a esta tabela; * A diferença para o ponto médio da escala é significativa.

Figura 26. Justiça Procedimental.

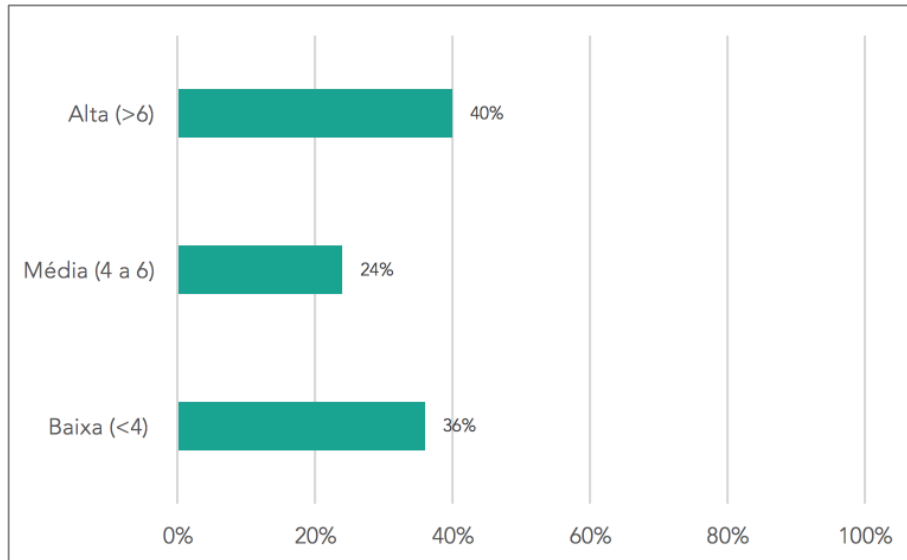
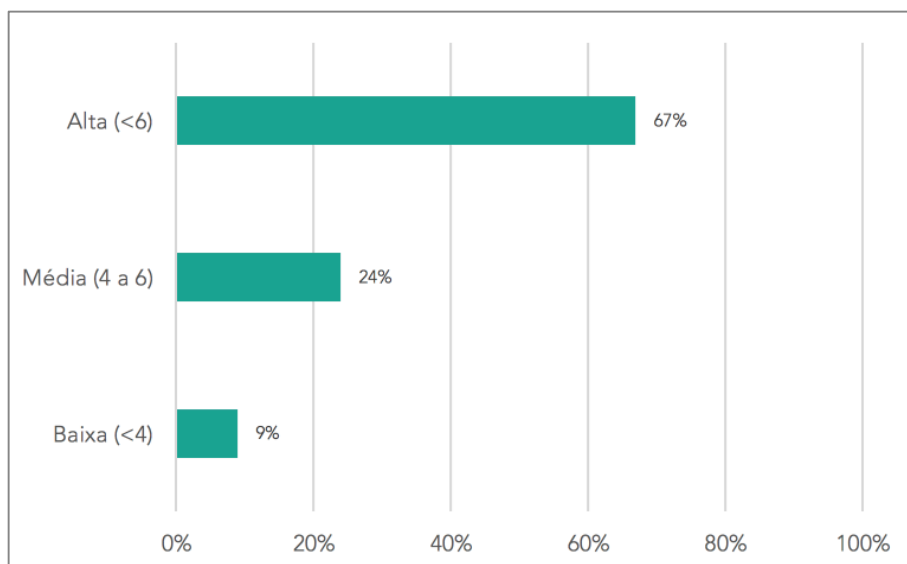


Figura 27. Percentagem de participantes por Identificação com a Classe Médica.



9. Dimensões do *Burnout*

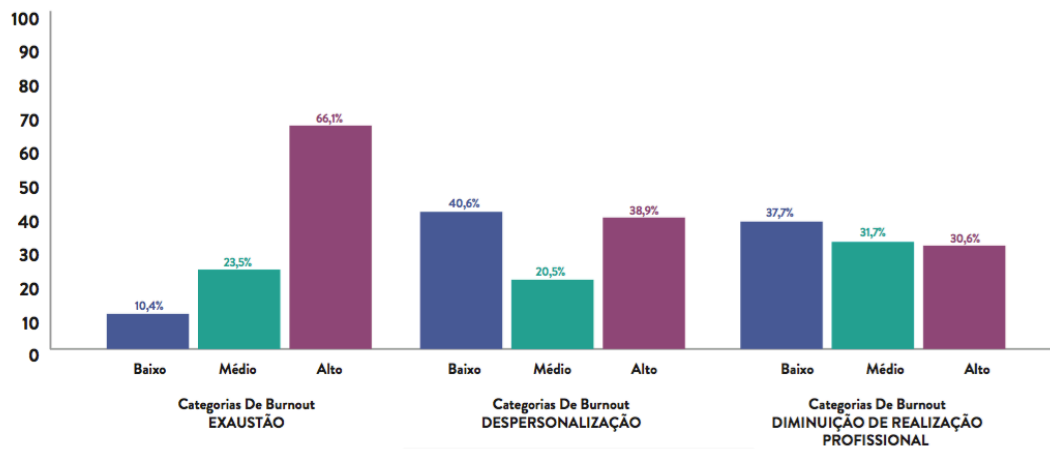
9.1. Caracterização dos indicadores de *Burnout*

Uma caracterização adequada da população médica ao nível da síndrome de *Burnout* não define percentagens de médicos "em *Burnout*". Efetivamente, esta caracterização não clínica, deve-se pautar por uma análise descritiva das três dimensões que constituem indicadores de um estado de *Burnout*, nomeadamente: 1) Exaustão Emocional, 2) Despersonalização, e 3) Diminuição da Realização Profissional.

A análise dos valores médios das três dimensões do *Burnout* revela valores de 3.88 na Exaustão Emocional, de 1.40 na Despersonalização e de 2.07 na Diminuição da Realização Profissional. Tendo por referência a escala de resposta do questionário de *Burnout*, que variou entre 0 (*Nunca*) e 6 (*Todos os Dias*), verificamos que apenas o indicador de Exaustão Emocional se situa acima do ponto médio da escala.

Contudo, a análise da percentagem de médicos que se encontra num nível baixo, médio ou alto em cada um destes indicadores, tendo em conta os pontos de corte habitualmente utilizados nos estudos com médicos (e.g. Shanafelt et al., 2012; Soler et al., 2008), revela que 66% da população estudada se encontra num nível elevado de Exaustão Emocional, aproximadamente 39% apresenta um nível elevado de Despersonalização e cerca de 30% reporta uma elevada Diminuição da sua Realização Profissional.

Adicionalmente, estes dados revelam uma comparação desfavorável em relação ao estudo de referência realizado a nível nacional nos Estados Unidos da América com médicos das diversas especialidades (Shanafelt et al., 2012), em que se verificaram, para todos os indicadores, percentagens inferiores de médicos com níveis elevados nestas dimensões do *Burnout* - 38% dos médicos norte americanos reportaram níveis elevados de Exaustão Emocional, 29% revelaram uma elevada Despersonalização e menos de 13% indicaram uma elevada Diminuição da sua Realização Profissional.

Figura 28. Indicadores do *Burnout* em função de pontos de corte.

9.2. Caracterização dos indicadores de *Burnout* em função de variáveis Sociodemográficas e Profissionais

Os indicadores de *Burnout* foram também analisados de acordo com características Sociodemográficas e Profissionais dos médicos, verificando-se que os médicos mais jovens reportam níveis mais elevados em todos os indicadores e que as mulheres apresentam maiores níveis de Exaustão Emocional enquanto os homens apresentam maiores níveis de Despersonalização. Estes resultados estão em linha com os verificados noutros estudos realizados com médicos segundo os quais o *Burnout* tende a ser mais elevado entre os mais jovens (e.g. Thomas, 2004), as mulheres pontuam mais na Exaustão Emocional e os homens na Despersonalização (e.g. Houkes et al., 2011). No que refere às variáveis profissionais, verificam-se diferenças significativas entre Internos e Especialistas na Diminuição da Realização Profissional, com os especialistas a pontuarem mais baixo nesta dimensão do *Burnout*. Esta caracterização geral é detalhada nas secções seguintes para cada um dos indicadores em estudo.

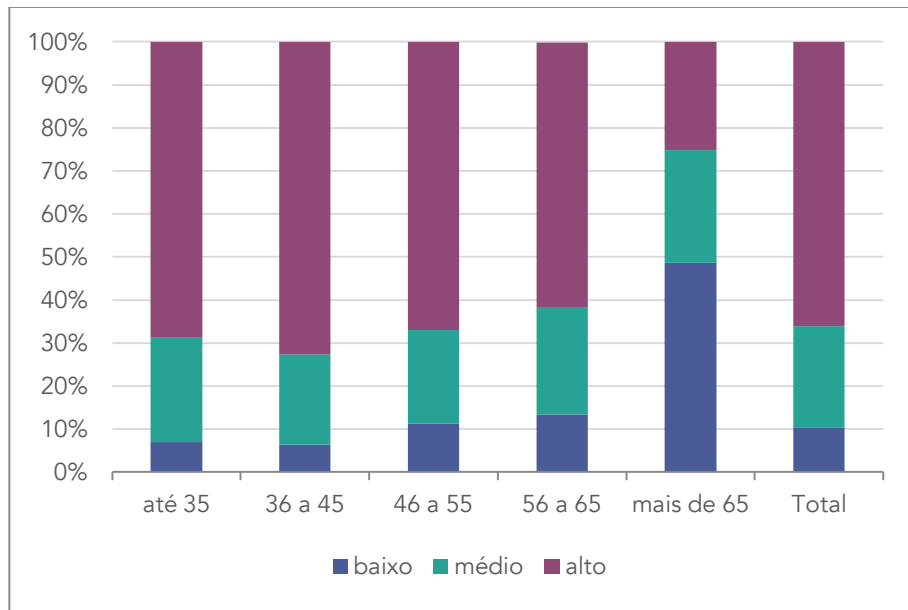
Tabela 12. Indicadores de *Burnout* em função de variáveis Sociodemográficas e Profissionais (desvio-padrão entre parênteses).

	EXAUSTÃO EMOCIONAL	DESPERSONALIZAÇÃO	DIMINUIÇÃO DA REALIZAÇÃO PROFISSIONAL
Idade:	n=9112	n=9001	n=8969
até 35	4.0 (1.4)	1.6 (1.3)	2.2 (0.8)
36 a 45	4.1 (1.4)	1.5 (1.3)	2.1 (0.8)
46 a 55	3.9 (1.5)	1.3 (1.3)	2.0 (0.8)
56 a 65	3.7 (1.6)	1.2 (1.2)	2.0 (0.8)
mais de 65	2.3 (1.6)	0.6 (0.9)	1.7 (0.9)
Sexo (n=9119):	n=9119	n=9008	n=9876
masculino	3.7 (1.6)	1.5 (1.4)	2.1 (0.9)
feminino	4.0 (1.4)	1.3 (1.2)	2.1 (0.8)
Fase de carreira:	n=8570	n=7925	n=7903
interno	3.9 (1.4)	1.5 (1.2)	2.2 (0.8)
especialista	3.9 (1.5)	1.5 (1.3)	2.1 (0.8)
consultor	3.8 (1.5)	1.2 (1.2)	2.0 (0.8)

Exaustão Emocional

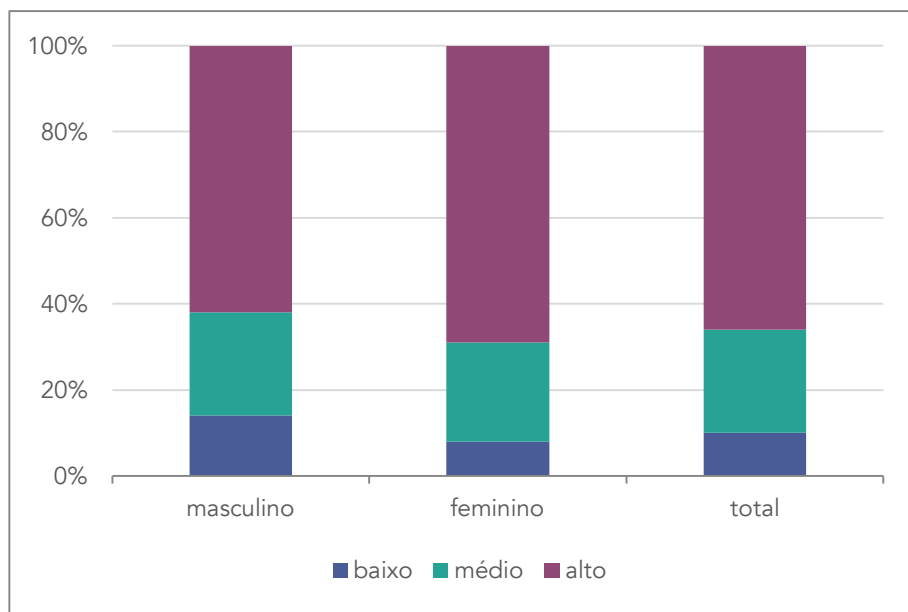
Relativamente ao indicador de Exaustão Emocional, verifica-se que, para todas as categorias etárias, o nível elevado de Exaustão é aquele que se apresenta de forma mais prevalente. É de realçar que, no que respeita à faixa etária acima dos 65 anos, encontra-se em destaque o nível baixo de Exaustão.

Figura 29. Exaustão Emocional por Idade.



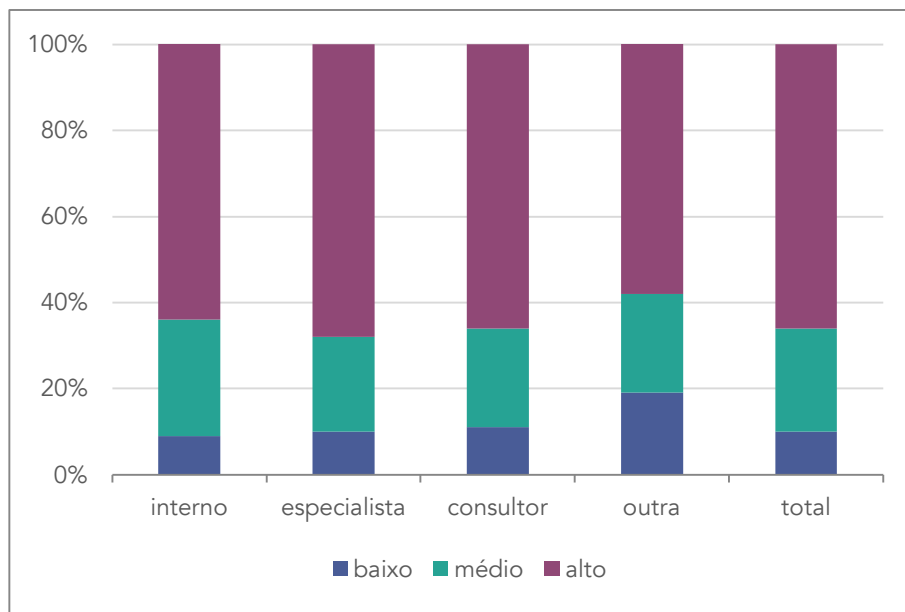
A análise dos níveis de *Burnout* por Sexo revelam que, tanto nos homens como nas mulheres, o nível de Exaustão Emocional alto é o mais prevalente. Ainda assim, é possível identificar resultados mais elevados no sexo feminino.

Figura 30. Exaustão Emocional por Sexo.



Relativamente aos níveis de Exaustão Emocional por Fase de Carreira/Grau é possível verificar que qualquer uma delas (Interno, Especialista, Consultor e Outra) apresenta resultados mais elevados no nível mais alto de Exaustão. Em termos comparativos, são os Especialistas que apresentam com mais frequência níveis elevados de Exaustão Emocional (68%).

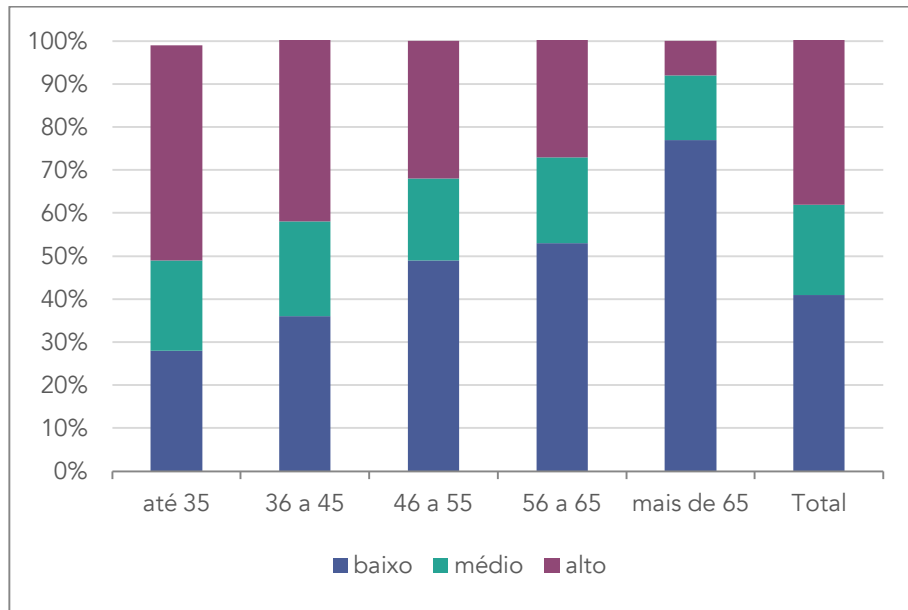
Figura 31. Exaustão Emocional por Fase de Carreira/Grau.



Despersonalização

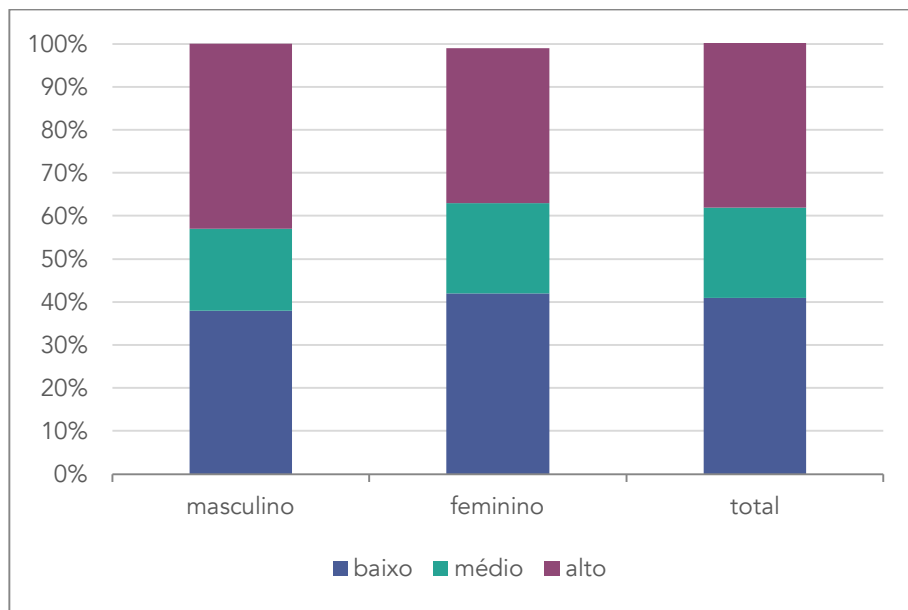
Do mesmo modo que para a Exaustão, os gráficos abaixo apresentam os resultados para os níveis de Despersonalização em função das variáveis Sociodemográficas mais relevantes: Idade, Sexo e Fase de Carreira/Grau. No que respeita aos grupos etários, os resultados mostram que são os participantes com mais de 65 anos que apresentam os níveis mais baixos de Despersonalização, como acontecia na Exaustão Emocional. Por outro lado, a maior prevalência verifica-se na faixa etária até aos 35 anos, uma vez que são os médicos mais jovens que apresentam níveis mais altos de Despersonalização. Os participantes que têm entre 46 a 55 anos apresentam resultados baixos de Despersonalização.

Figura 32. Despersonalização por Idade.



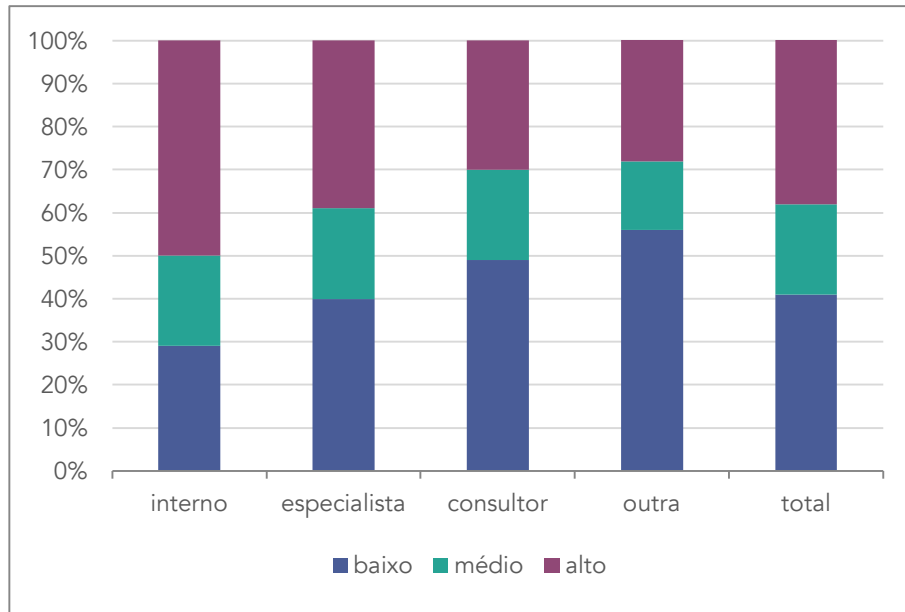
Quanto às categorias de Sexo, é possível verificar que são os homens que apresentam os níveis mais altos de Despersonalização (43%), o que novamente vai ao encontro de estudos realizados noutros países (e.g. Houkes, Winants, Twellaar, & Verdonk, 2011).

Figura 33. Despersonalização por Sexo.



Quanto à Fase de Carreira/Grau, os resultados mostram que os níveis mais elevados de Despersonalização são encontrados nos médicos Internos, o que vai ao encontro do resultado encontrado para a Idade em que os médicos mais novos eram os que apresentavam os níveis mais elevados desta variável.

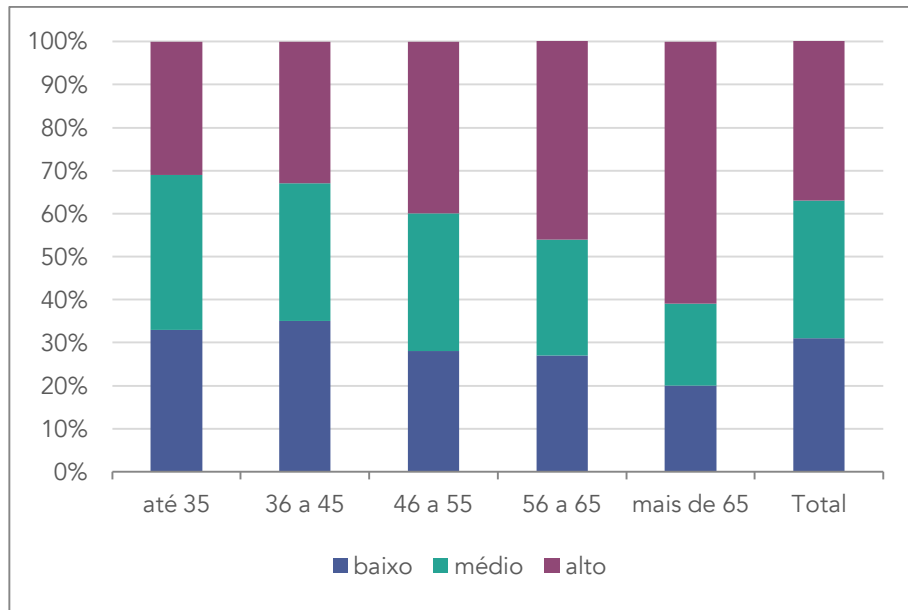
Figura 34. Despersonalização por Fase de Carreira/Grau.



Diminuição da Realização Profissional

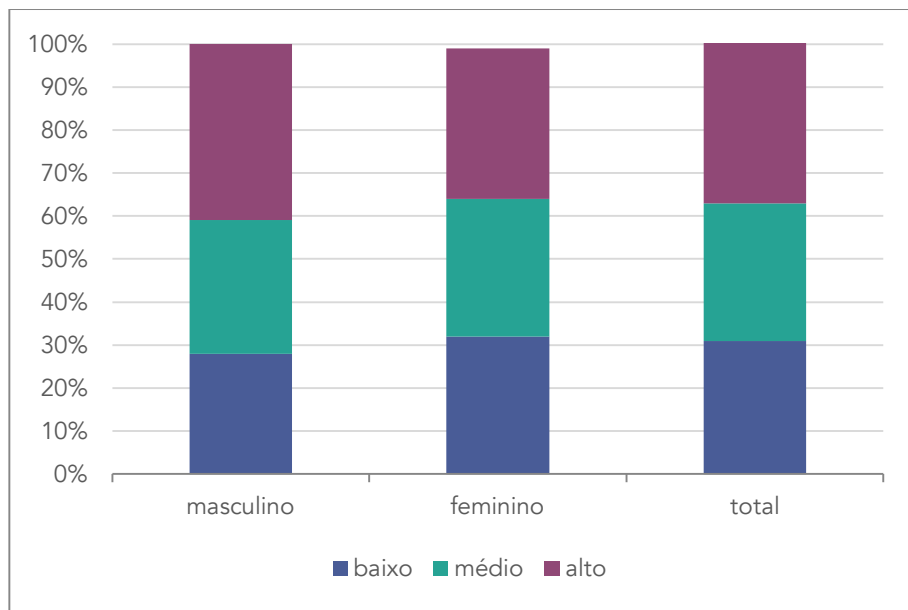
Finalmente, nos gráficos que se apresentam de seguida constam os resultados para o indicador de Diminuição da Realização Profissional nas variáveis Sociodemográficas principais: Idade, Sexo e Fase de Carreira/Grau. No que respeita às categorias de Idade, é de realçar que, ao contrário dos indicadores de Exaustão Emocional e Despersonalização, são os médicos com mais de 65 anos que apresentam os níveis mais altos de Diminuição da Realização Profissional. A faixa etária dos 36 a 45 anos é a que apresenta os níveis mais baixos de Diminuição da Realização Profissional, logo é a que se encontra mais realizada.

Figura 35. Diminuição da Realização Profissional por Idade.



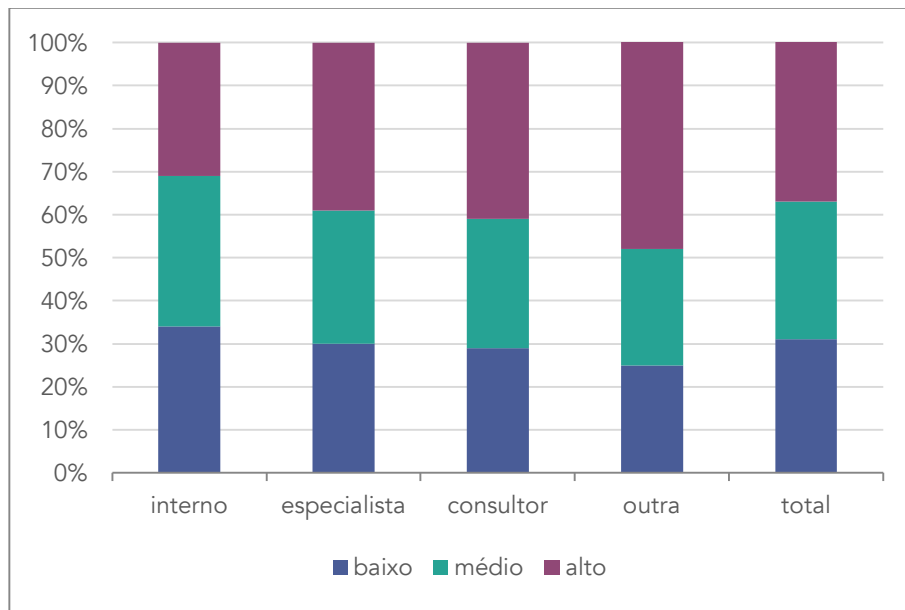
No que respeita às categorias de Sexo é possível observar que são os homens que apresentam níveis mais altos de Diminuição da Realização Profissional (41%).

Figura 36. Diminuição da Realização Profissional por Sexo.



Comparando as diferentes Fases de Carreira/Grau, é possível verificar que a categoria Outra seguida dos médicos Consultores são as que apresentam os níveis mais altos de Diminuição da Realização Profissional. Por outro lado, salienta-se que os níveis mais baixos na Diminuição da Realização Profissional se encontram nos médicos Internos. Ou seja, apesar de apresentarem elevados níveis de Exaustão Emocional, os Internos encontram-se realizados profissionalmente.

Figura 37. Diminuição da Realização Profissional por Fase de Carreira/Grau.



(Página intencionalmente deixada em branco)

10. *Engagement* e Bem-estar Pessoal

A investigação nas últimas décadas tem mostrado que mesmo em circunstâncias desfavoráveis muitos dos profissionais sujeitos a elevados níveis de *stress* não revelam indicadores significativos de *Burnout*, apresentando, pelo contrário, um elevado Envolvimento com o trabalho (Schaufeli & Bakker, 2010). O *Engagement* pode definir-se como um estado cognitivo-afectivo positivo, persistente, relacionado com a motivação para o trabalho e que se caracteriza por vigor, dedicação e absorção (Salanova et al., 2000). Assim, neste estudo aferimos também em que medida os médicos revelam este padrão de resposta que se pode perspetivar como tendencialmente oposto ao (mas independente do) *Burnout*.

A este nível, os resultados obtidos revelam que 75% dos participantes pontuam acima do ponto médio da escala de *Engagement* ($M=3.91$; $DP=1.26$) indicando que os médicos reagem, com frequência e em média, com uma postura positiva face às circunstâncias desafiantes que enfrentam. Num dos raros estudos identificados sobre *Engagement* dos médicos, realizado na Holanda com médicos internistas (Prins et al., 2010), a média obtida ($M=4.11$; $DP=0.83$) situou-se igualmente acima do ponto médio da escala de resposta, sendo apenas ligeiramente superior à verificada no presente estudo. Os resultados de ambos os estudos estão em linha com a evidência, recolhida com outros grupos profissionais, de que mesmo em circunstâncias profissionais adversas muitos profissionais se mantêm envolvidos e motivados para o trabalho.

Os níveis de Envolvimento verificados nos médicos inquiridos no presente estudo não variam significativamente em função das variáveis Sociodemográficas e Profissionais consideradas, com a exceção da Idade e do Sexo revelando que os médicos mais velhos e os do sexo masculino são aqueles que, em média, reagem com maior Envolvimento em relação ao seu trabalho. Estes resultados estão parcialmente em linha com os encontrados no referido estudo Holandês, no qual se verificaram diferenças significativas apenas numa das características sociodemográficas, concretamente no sexo, tendo os médicos obtido níveis mais elevados de Envolvimento do que as médicas (Prins et al., 2010). Importa contudo referir que o manual do *Engagement* recomenda prudência nas conclusões a retirar sobre as

diferenças de género nesta variável (Prins et al., 2010), recomendação esta que sai reforçada se se tiver em conta que as médicas do nosso estudo pontuam significativamente mais baixo nos valores de Despersonalização do que os seus colegas médicos.

Tabela 13. *Engagement* e Bem-estar Pessoal em função de variáveis Sociodemográficas e Profissionais (desvio-padrão entre parênteses).

	ENVOLVIMENTO COM O TRABALHO (0 A 6)	BEM-ESTAR (0 A 10)
Idade:	n=9119	n=9126
até 35	3.8 (1.2)	6.5 (1.9)
36 a 45	3.7 (1.3)	6.4 (2.0)
46 a 55	3.9 (1.3)	6.4 (2.1)
56 a 65	4.1 (1.3)	6.5 (2.0)
mais de 65	4.8 (1.1)	7.4 (1.9)
Sexo (n=9119):	n=9125	n=9131
masculino	4.0 (1.3)	6.5 (2.0)
feminino	3.9 (1.2)	6.5 (2.0)
Fase de carreira/ Grau:	n=8577	n=8583
interno	3.9 (1.2)	6.5 (1.9)
especialista	3.9 (1.3)	6.5 (2.0)
consultor	3.9 (1.3)	6.4 (2.0)

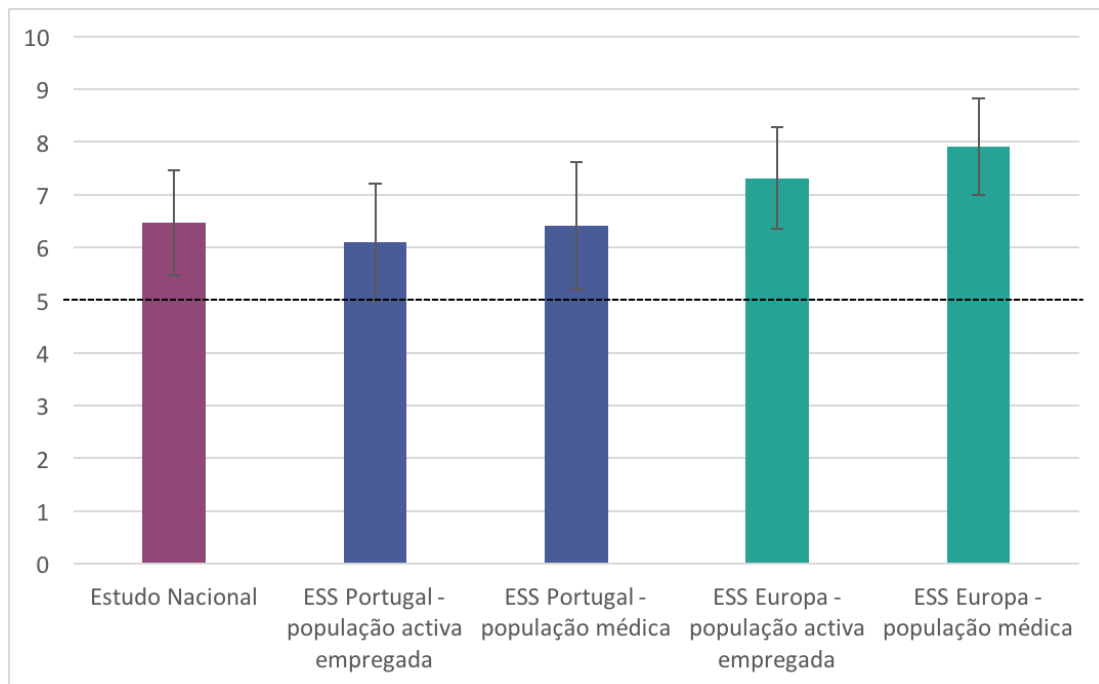
O estudo atual analisou, ainda, níveis de Bem-estar Pessoal. Estudos correlacionais extensivos recentes têm aferido sistematicamente os níveis de Bem-estar Pessoal das populações designadamente através da utilização de medidas subjetivas de felicidade, para complementar o uso mais tradicional de medidas objetivas de bem-estar socioeconómico.

No presente estudo, a análise dos níveis de Bem-estar Pessoal (i.e. felicidade) revela que os médicos apresentam, em geral, níveis elevados na medida em que 72% pontuam significativamente acima do ponto médio da escala.

Os estudos correlacionais extensivos referidos acima, nomeadamente os dados do *European Social Survey* (ESS), permitem comparações que contribuem para um entendimento mais abrangente sobre o significado destes níveis de Bem-estar. Efetivamente, e antes de mais, os dados do ESS referentes aos respondentes **portugueses** que exercem cargos na área da Medicina vão ao encontro dos níveis

encontrados na população do estudo atual revelando níveis que não se distinguem estatisticamente dos médicos agora inquiridos o que, indiretamente, valida os dados agora obtidos. Por outro lado, e ainda relativamente à população Portuguesa, os dados indicam que os médicos apresentam níveis de Bem-estar superiores aos da população ativa e empregada. Finalmente, utilizando dados relativamente a todos os 21 países Europeus incluídos no ESS (na edição mais recente de 2014/2015), estes revelam que os níveis de Bem-estar dos médicos Portugueses agora inquiridos são inferiores tanto em relação aos médicos Europeus como em relação à população Europeia em geral.

Figura 38. Comparação da média de Bem-estar por estudo – estudo nacional do *Burnout* na classe médica, ESS Portugal (população ativa e população médica) e ESS Europa (população ativa e população médica; os "bigodes" representam o desvio-padrão).



Finalmente, e relativamente aos cruzamentos com outras variáveis, regista-se ainda que os níveis de Bem-estar da amostra estudada seguem padrões semelhantes aos encontrados para o *Engagement* em função das variáveis sociodemográficas e profissionais consideradas.

(Página intencionalmente deixada em branco)

11. Relações entre variáveis antecedentes e dimensões do *Burnout*

11.1. Exaustão Emocional

Na análise dos antecedentes dos indicadores de *Burnout* foram consideradas variáveis Sociodemográficas, Profissionais, referentes à Carga Horária da atividade profissional, de natureza Intrapessoal, relativas às Exigências e Recursos Organizacionais e, por último, à Identidade Profissional dos médicos (ver Figura referente ao Modelo Teórico na página 4).

As Exigências e os Recursos Organizacionais percebidos pelos médicos são, no conjunto, o tipo de variável que explica uma maior proporção da variância da Exaustão Emocional (36%). Este resultado é consonante com os de outros estudos realizados com outros grupos profissionais (e.g. Schaufeli & Bakker, 2004) e com médicos (e.g. Houkes et al., 2008).

A variável **Sociodemográfica** com maior valor preditivo é a Idade dos Filhos, de tal modo que quanto mais novo/a o/a filho/a, maior a probabilidade de se manifestarem elevados níveis de Exaustão Emocional. A interação entre a vida familiar e a vida profissional que estes resultados sugerem tem sido consistentemente referida na literatura, bem como o seu efeito em variáveis de saúde mental como a dimensão de Exaustão Emocional do *Burnout* (e.g. Montgomery, Panagopolou, & Benos, 2006).

Tabela 14. Preditores Sociodemográficos da Exaustão Emocional ($R^2_{ajustado}=0.05$, $p<0.01$).

Variáveis Sociodemográficas	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Sexo	0.09	5.62	0.00
Idade	-0.08	-2.47	0.01
Ano de Nascimento do Filho/a mais Novo/a	0.12*	3.51	0.00

Cidadania Portuguesa	-0.01	-0.39	0.70
Estado Civil Separado vs. Casado ¹	0.01	0.63	0.53
Estado Civil Viúvo vs. Casado ¹	-0.02	-1.04	0.30
Casado/a, em União de Facto ou Vive com um/a Companheiro/a Médico/a	0.03	2.25	0.03
Grau Académico	-0.03	-1.89	0.06
Idosos ou Dependentes a cuidado	0.06	4.01	0.00

¹ Variável com codificação dummy, grupo de referência entre parênteses

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p < 0.01$)

Relativamente aos antecedentes **Profissionais**, ter menos Anos de Prática da Especialidade Principal, trabalhar no Setor Público, percecionar menor Estabilidade de Emprego, Trabalhar menos em Equipa e ter menor Satisfação com a Remuneração são as variáveis com maior valor preditivo de níveis mais elevados de Exaustão Emocional. Alguns destes resultados estão em linha com os de outros estudos com médicos, como é o caso, a título ilustrativo, dos níveis de Exaustão Emocional mais elevados verificados entre os clínicos gerais Europeus que referem trabalhar menos em equipa (Soler et al., 2008); outros pelo contrário estão em dissonância, como é o caso dos níveis de Exaustão Emocional mais elevados verificados, no mesmo estudo, nos clínicos gerais que trabalham no setor privado. Estas comparações devem ter contudo em consideração as diferentes naturezas das amostras dos dois estudos, sendo que a do estudo Europeu apenas incluiu médicos de Clínica Geral, enquanto a do presente estudo abarcou as diversas especialidades médicas.

Tabela 15. Preditores Profissionais da Exaustão Emocional ($R^2_{\text{ajustado}}=0.05$, $p < 0.01$).

Variáveis Profissionais	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Ano de Inscrição na Ordem dos Médicos	-0.03	-0.80	0.43

Anos de Prática da Especialidade Principal (ou equivalente)	-0.14*	-4.51	0.00
Função Principal Clínica com Cuidados Intensivos (sim vs. não)	0.01	0.45	0.65
Função Principal Clínica sem Cuidados Intensivos (sim vs. não)	0.02	1.04	0.30
Função Principal Administrativa / Gestão (sim vs. não)	-0.01	-0.50	0.62
Função Principal Académica / Investigação (sim vs. não)	0.01	0.86	0.39
Função Principal Outra (sim vs. não)	0.01	0.41	0.68
Trabalha em Emergência Médica Pré-Hospitalar (sim vs. não)	-0.01	-0.62	0.54
Principal Local de Trabalho (público vs. privado)	-0.11*	-8.12	0.00
Anos Principal Local de Trabalho	0.03	2.02	0.04
Localidade onde Trabalha (urbana vs. rural)	0.00	0.22	0.83
Funções de Direção, Chefia ou Coordenação (sim vs. não)	-0.01	-0.95	0.34
Perceção de Estabilidade da Situação de Emprego Atual	-0.15*	-12.67	0.00
Contexto de Trabalho (individual vs. equipa)	-0.12*	-10.57	0.00
Número de Locais de Trabalho	0.02	2.05	0.04
Perceção sobre a Remuneração Base Atual	-0.16*	-13.89	0.00
Situação Face ao Trabalho (trabalhar vs. férias)	-0.03	-2.58	0.01

Trabalho Conta Outrém (vs. ambos) ¹	0.02	1.17	0.24
Trabalho Conta Própria (vs. ambos) ¹	-0.07	-5.41	0.00

¹ Variável com codificação dummy, grupo de referência entre parênteses

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p < 0.01$)

Não fazer Descanso Compensatório e Trabalhar Mais Horas do que as Contratadas são os melhores preditores, relativos à **Carga Horária**, de maiores níveis de resposta neste indicador de *Burnout*. Estudos realizados com diversos grupos profissionais (e.g. Schaufeli & Bakker, 2004) têm mostrado que os fatores de *stress* profissional, designadamente da ordem da sobrecarga de trabalho, são preditores relevantes das dimensões do *Burnout*, e em particular da Exaustão Emocional.

Tabela 16. Preditores relativos à Carga Horária da Exaustão Emocional ($R^2_{\text{ajustado}}=0.06$, $p < 0.01$).

Variáveis relativas à Carga Horária	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Número de Jornadas de Trabalho Mensais Superiores a 7 horas	0.08	5.34	0.00
Número Médio de Fins de Semana Trabalhados Mensalmente	0.05	3.13	0.00
Número Médio de Períodos de Urgência Realizados	0.03	1.89	0.06
Número Médio de Períodos de Urgência com Durações Superiores a 12 horas	0.00	0.10	0.92
Número médio de Períodos de Urgência em Urgência Noturna	-0.02	-0.78	0.44
Frequência de Descanso Compensatório após Urgência Noturna	-0.10*	-7.00	0.00
Total de Horas Contratadas	0.07	4.34	0.00
Total de Horas Efetivas			

Diferença entre Horas Efetivas e Horas Contratadas	0.15*	9.83	0.00
--	-------	------	------

¹ Variável com codificação dummy, grupo de referência entre parênteses

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p < 0.01$)

Do ponto de vista das variáveis **Intrapessoais** ter menor Otimismo, menor perceção de Controlo pessoal sobre a sua vida e ter menos Autocuidado (cuidados consigo próprio) são os melhores preditores de maiores níveis de Exaustão Emocional. Estes resultados dão suporte à inclusão de variáveis de natureza intrapessoal na explicação do *Burnout* tal como demonstrado noutros estudos realizados na última década, nomeadamente com médicos (e.g. Houkes et al., 2008).

Tabela 17. Preditores Intrapessoais da Exaustão Emocional ($R^2_{\text{ajustado}}=0.29$, $p < 0.01$).

Variáveis Intrapessoais	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Otimismo	-0.14*	-10.97	0.00
Locus de Controlo	-0.13*	-10.60	0.00
Autoeficácia	-0.02	-1.74	0.08
Regulação Emocional	0.02	1.50	0.13
Resolução de Problemas	0.02	1.57	0.12
Autocuidado	-0.34*	-32.98	0.00
Suporte Social	-0.06	-5.88	0.00

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p < 0.01$)

Quanto às **Exigências e Recursos Organizacionais**, percecionar menos Recursos Organizacionais, mais Exigências das Relações no Local de Trabalho, mais Exigências da Relação com os Doentes em Geral e mais Exigências dos Horários de Trabalho revelam-se os principais fatores preditores de elevados níveis de Exaustão Emocional. As Exigências e Recursos Organizacionais percecionados são, como vimos, as

variáveis que têm vindo a assumir maior valor explicativo do *Burnout*. No que refere as Exigências, e no caso dos médicos, têm vindo a ser distinguidas Exigências Organizacionais como a pressão de tempo, exigências referentes à relação com outros, designadamente com os colegas, e Exigências da Relação com os Doentes (Winefield, 2003), contribuindo estas últimas de modo particular para a explicação da Exaustão Emocional (Bakker, Schaufeli, Sixma, Bosveld, & Van Dierendonck, 2000).

Tabela 18. Preditores relativos às Exigências e aos Recursos Organizacionais da Exaustão Emocional ($R^2_{\text{ajustado}}=0.36$, $p<0.01$).

Exigências e Recursos Organizacionais	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Exigências Físicas do Trabalho	0.09	7.87	0.00
Exigências Mentais das Tarefas	0.08	6.65	0.00
Exigências Organizacionais por Falta de Recursos	0.07	6.14	0.00
Exigências Organizacionais por Falta de Autonomia	0.05	4.05	0.00
Exigências da Relação com os Doentes em Geral	0.18*	15.18	0.00
Exigências da Relação com os Doentes em Sofrimento	0.06	5.24	0.00
Exigências das Relações no Local de Trabalho	0.12*	10.10	0.00
Exigências dos Horários de Trabalho	0.39*	33.21	0.00
Recursos Organizacionais	-0.33*	-28.42	0.00

¹ Variável com codificação dummy, grupo de referência entre parênteses

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p < 0.01$)

Finalmente, ter uma menor Identificação com a Classe Médica e percecionar uma menor Justiça Procedimental (relativamente à forma como as chefias tratam os colaboradores) mostram ser as variáveis relativas à **Identidade Profissional** que melhor permitem prever um elevado nível de Exaustão Emocional. O primeiro resultado dá suporte à discussão levada a cabo no âmbito da educação Médica sobre a importância da formação de uma identidade profissional sólida como forma de prevenir os sintomas de *Burnout* (Wald, Anthony, Hutchinson, Liben, Smilovitch, & Donato, 2015). Quanto ao segundo, alguns estudos têm revelado que a percepção de iniquidade no contexto de trabalho, em especial na relação entre colegas, se associa a níveis mais elevados de Exaustão Emocional nos médicos de diversas especialidades (Smets, Visser, Oort, Schaufeli, & De Haes, 2004).

Tabela 19. Preditores relativos à Identidade Profissional da Exaustão Emocional ($R^2_{\text{ajustado}}=0.14$, $p<0.01$).

Variáveis de Identidade Profissional	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Situação Económica do Próprio (vs. outros grupos profissionais)	-0.09	-5.39	0.00
Situação Económica do Próprio (vs. outros grupos profissionais)	-0.07	-4.78	0.00
Situação Económica do Próprio (vs. Colegas da Mesma Especialidade)	-0.04	-3.16	0.00
Situação Económica do Próprio (vs. Colegas de Outra Especialidade)	-0.06	-5.05	0.00
Justiça Procedimental	-0.16	-15.72	0.00
Identificação com a Classe Médica	-0.19	-18.57	0.00

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p < 0.01$)

11.2. Despersonalização

As Exigências e os Recursos Organizacionais percebidos pelos médicos são, uma vez mais e em consonância com estudos anteriores (e.g. Houkes et al., 2008; Schaufeli & Bakker, 2004), o tipo de variável que explica uma maior proporção da variância da Despersonalização (19%).

No que se refere às variáveis **Sociodemográficas**, o Sexo e a Idade revelam-se os melhores preditores da Despersonalização, de tal modo que os médicos do sexo masculino e os mais novos são os que apresentam maior probabilidade de evidenciar elevados níveis de Despersonalização. Estes resultados estão em linha com os de estudos anteriores (e.g. Houkes et al., 2011; Thomas, 2004), tal como já referido.

Tabela 20. Preditores Sociodemográficos da Despersonalização ($R^2_{ajustado}=0.05$, $p<0.01$).

Variáveis Sociodemográficas	β estandardizado	t	valor-p
Sexo	-0.10*	-6.71	0.00
Idade (em anos)	-0.14*	-4.16	0.00
Cidadania Portuguesa	-0.03	-1.73	0.08
Estado Civil Separado (vs. casado) ¹	0.02	1.61	0.11
Estado Civil Viúvo (vs. casado) ¹	-0.01	-0.85	0.40
Casado/a, em união de facto ou vive com um/a companheiro/a médico/a	0.04	2.66	0.01
Grau Académico	-0.05	-3.11	0.00
Ano de Nascimento do Filho/a mais Novo/a	0.07	2.22	0.03
Idosos ou Dependentes a cuidado	0.03	1.88	0.06

¹ Variável com codificação dummy, grupo de referência entre parênteses

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{estandardizado} > |0.10|$ e $p < 0.01$)

Quanto aos antecedentes **Profissionais**, salientam-se na explicação dos níveis mais elevados de Despersonalização quatro dos cinco fatores anteriormente identificados para a Exaustão Emocional, designadamente ter menos Anos de Prática da Especialidade Principal, trabalhar no Setor Público, percecionar menor Estabilidade de Emprego e trabalhar menos em Equipa. Tal como referido para a Exaustão Emocional, alguns destes resultados vão no mesmo sentido dos de outros estudos. Por exemplo, estar no início da carreira é uma das variáveis profissionais identificadas como fator de risco para o *Burnout* (e.g. Demerouti, Bakker, de Jonge, Janssen, & Schaufeli, 2001). Pelo contrário, trabalhar mais em equipa é um fator de risco para a Despersonalização entre os médicos de clínica geral Turcos, de acordo com o estudo de Soler e colaboradores (2008). Finalmente trabalhar no setor público parece constituir um factor de risco para a Despersonalização também para os clínicos gerais Turcos, mas para os Italianos a Despersonalização é mais elevada quando trabalham no setor privado (Soler et al., 2008). Nestas comparações entre resultados importa naturalmente ter em conta não só as diferenças associadas às especialidades médicas consideradas nos estudos, mas também as diferenças socioprofissionais entre os países estudados.

Tabela 21. Preditores Profissionais da Despersonalização ($R^2_{\text{ajustado}}=0.05$, $p<0.01$).

Variáveis Profissionais	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Ano de Inscrição na Ordem dos Médicos	0.04	1.35	0.18
Anos de Prática da Especialidade principal (ou equivalente)	-0.10*	-3.33	0.00
Função Principal Clínica sem Cuidados Intensivos (sim vs. não)	-0.01	-0.58	0.56
Função Principal Clínica com Cuidados Intensivos (sim vs. não)	0.01	0.52	0.61
Função Principal Administrativa / Gestão (sim vs. não)	0.01	0.76	0.45

Função Principal Académica/ Investigação (sim vs. não)	-0.01	-0.70	0.49
Função Principal Outra (sim vs. não)	-0.01	-0.83	0.40
Trabalha em Emergência Médica Pré- hospitalar (sim vs. não)	-0.01	-0.84	0.40
Principal Local de Trabalho (público vs. privado)	-0.12*	-9.15	0.00
Anos Principal Local de Trabalho	0.02	0.99	0.32
Localidade onde Trabalha (urbana vs. rural)	0.04	3.11	0.00
Funções de Direção, Chefia ou Coordenação (sim vs. não)	0.01	0.55	0.58
Perceção de Estabilidade da Situação de Emprego atual	-0.11*	-8.85	0.00
Contexto de Trabalho (individual vs. equipa)	-0.12*	-9.95	0.00
Número de Locais de Trabalho	0.06	4.64	0.00
Perceção sobre a Remuneração Base Atual	-0.08	-6.484	0
Situação Face ao Trabalho (trabalhar vs. férias)	-0.01	-1.244	0.214
Trabalho Conta Outrém (vs. ambos) ¹	0.00	-0.241	0.81
Trabalho Conta Própria (vs. ambos) ¹	-0.04	-3.386	0.001

¹ Variável com codificação dummy, grupo de referência entre parênteses

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p < 0.01$)

As variáveis relativas à **Carga Horária** não mostram ser preditoras relevantes da Despersonalização, apesar do seu valor preditivo do nível de Exaustão Emocional.

Tabela 22. Preditores relativos à Carga Horária da Despersonalização ($R^2_{\text{ajustado}}=0.02$, $p<0.01$).

Variáveis relativas à Carga Horária	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Número de Jornadas de Trabalho Mensais Superiores a 7 horas	0.06	4.12	0.00
Número Médio de Fins de Semana Trabalhados Mensalmente	0.03	1.72	0.09
Número Médio de Períodos de Urgência realizados	0.02	1.19	0.24
Número Médio de Períodos de Urgência com Durações Superiores a 12 horas	-0.01	-0.45	0.65
Número Médio de Períodos de Urgência em Urgência Noturna	0.00	0.08	0.94
Frequência com que faz Descanso Compensatório após urgência noturna	-0.04	-3.01	0.00
Total de Horas Contratadas	0.05	3.33	0.00
Diferença entre as horas efetivas e as horas contratadas	0.09	5.96	0.00

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p<0.01$)

No que se refer às variáveis **Intrapessoais** ter menor perceção de Controlo pessoal sobre a sua vida e ter menos Autocuidado (cuidados consigo próprio) são bons preditores de maiores níveis de Despersonalização, tal como já verificado para a Exaustão Emocional; adicionalmente ter menor orientação ativa para a Resolução de Problemas é também um bom preditor da Despersonalização. As formas de *coping* utilizadas face ao *stress* profissional têm sido identificadas como fatores explicativos dos sintomas de *Burnout*, nomeadamente da Despersonalização, verificando-se

contudo interações com outras variáveis como, por exemplo, o género. Num estudo com médicos Holandeses constatou-se que o uso de formas de *coping* ativas (i.e. de resolução de problemas) se associava a maiores níveis de Despersonalização (e.g. Houkes, 2008) ao contrário do que se verificou no presente estudo, mas este resultado só se encontrou para os médicos do sexo masculino.

Tabela 23. Preditores Intrapessoais da Despersonalização ($R^2_{\text{ajustado}}=0.05$, $p<0.01$).

Variáveis Intrapessoais	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Otimismo	-0.07	-5.30	0.00
Locus de Controlo	-0.10*	-7.40	0.00
Autoeficácia	-0.04	-3.34	0.00
Regulação Emocional	0.00	0.21	0.83
Resolução de Problemas	-0.14*	-11.60	0.00
Autocuidado	-0.14*	-12.40	0.00
Suporte Social	-0.06	-5.87	0.00

¹ Variável com codificação dummy, grupo de referência entre parênteses

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p < 0.01$)

Relativamente às **Exigências e Recursos Organizacionais**, percecionar menos Recursos Organizacionais, mais Exigências da Relação com os Doentes em Geral, mais Exigências dos Horários de Trabalho e mais Exigências Físicas do Trabalho revelaram-se bons preditores de elevados níveis de Despersonalização, sendo os três primeiros fatores comuns aos encontrados para a Exaustão Emocional. No que refere às exigências da relação com os doentes, alguns estudos sugerem a existência de uma relação dinâmica, ao longo do tempo, com a Despersonalização, de tal modo que a perceção de exigências na relação com os doentes constitui um precursor da Despersonalização, e esta por sua vez agrava as exigências das relações com os doentes (Bakker, Schaufeli, Sixma, Bosveld, & Van Dierendonck, 2000).

Tabela 24. Preditores Organizacionais da Despersonalização ($R^2_{ajustado}=0.05$, $p<0.01$).

Variáveis relativas às Exigências e Recursos Organizacionais	$\beta_{standardizado}$	t	valor-p
Recursos Organizacionais	-0.29*	-22.34	0.00
Exigências das Relações no Local de Trabalho	0.05	3.65	0.00
Exigências Mentais das Tarefas	-0.05	-3.70	0.00
Exigências da Relação com os Doentes em Geral	0.20*	15.45	0.00
Exigências do Horários de Trabalho	0.15*	11.73	0.00
Exigências Físicas do Trabalho	0.10*	7.75	0.00
Exigências Organizacionais por Falta de Recursos	0.08	6.02	0.00
Exigências da Relação com os Doentes em Sofrimento	-0.05	-3.63	0.00
Exigências Organizacionais por Falta de Autonomia	0.09	7.18	0.00

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{standardizado} > |0.10|$ e $p<0.01$)

Por último, no que se refere às variáveis relativas à **Identidade Profissional**, ter uma menor Identificação com a Classe Médica e percecionar uma menor Justiça Procedimental por parte das chefias para com os seus colaboradores são, tal como para a Exaustão Emocional, as melhores preditoras de níveis elevados de Despersonalização. Este resultado está em linha com os de estudos prévios com médicos de diversas especialidades (Smets et al., 2004) nos quais a percepção de iniquidade entre colegas se associa não só a níveis mais elevados de Exaustão Emocional, como vimos anteriormente, mas também a maior Despersonalização.

Tabela 25. Preditores relativos à Identidade Profissional da Despersonalização ($R^2_{ajustado}=0.05$, $p<0.01$).

Variáveis de Identidade Profissional	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Situação Económica do Próprio (vs. Outros Grupos Profissionais)	-0.02	-1.34	0.18
Situação Económica dos Médicos (vs. Outros Grupos profissionais)	-0.06	-4.27	0.00
Situação Económica do Próprio (vs. Colegas da Mesma Especialidade)	-0.03	-2.34	0.02
Situação Económica do Próprio (vs. Colegas de Outra Especialidade)	-0.03	-2.16	0.03
Justiça Procedimental	-0.10*	-9.49	0.00
Identificação com a Classe Médica	-0.31*	-30.58	0.00

¹ Variável com codificação dummy, grupo de referência entre parênteses

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p < 0.01$)

11.3. Diminuição da Realização Profissional

As variáveis Intrapessoais são, no conjunto, o tipo de variável que explica uma maior proporção da variância da Diminuição da Realização Profissional (22%). Em consonância, a Realização Profissional tem sido conceptualizada como um indicador do *Burnout* de natureza disposicional e mais associado, em diversos estudos, a variáveis Intrapessoais (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Relativamente às variáveis **Sociodemográficas**, a Idade é o melhor preditor da Diminuição da Realização Profissional, de tal modo que os médicos mais novos são os que apresentam maior probabilidade de evidenciar elevada Diminuição da Realização Profissional. Este resultado é consonante com os encontrados para a Exaustão Emocional e para a Despersonalização no presente estudo e, de um modo geral, com os resultados encontrados na literatura sobre a relação entre a Idade e os sintomas de *Burnout* (e.g. Thomas, 2004).

Tabela 26. Preditores Sociodemográficos da Diminuição da Realização Profissional ($R^2_{\text{ajustado}}=0.03$, $p<0.01$).

Variáveis Sociodemográficas	β estandardizado	t	valor-p
Sexo	0.03	2.10	0.04
Idade	0.11*	3.23	0.00
Cidadania Portuguesa	0.01	0.91	0.36
Estado Civil Separado (vs. casado) ¹	0.00	-0.30	0.77
Estado Civil Viúvo (vs. casado) ¹	0.01	0.89	0.38
Casado/a, em União de Facto ou Vive com um/a Companheiro/a Médico/a	-0.04	-2.41	0.02
Grau Académico	0.06	4.15	0.00
Ano de Nascimento do Filho/a mais Novo/a	-0.05	-1.35	0.18
Idosos ou Dependentes a cuidado	0.03	1.88	0.06

¹ Variável com codificação dummy, grupo de referência entre parênteses

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{estandardizado}} > |0.10|$ e $p < 0.01$)

Quanto aos antecedentes **Profissionais**, salientam-se na explicação dos níveis mais elevados de Diminuição da Realização Profissional os mesmos cinco fatores anteriormente identificados para a Exaustão Emocional, designadamente ter menos Anos de Prática da Especialidade Principal, trabalhar no Setor Público, percecionar menor Estabilidade de Emprego, Trabalhar menos em Equipa e estar menos Satisfeito com a Remuneração. No estudo Europeu com médicos de clínica geral anteriormente referido (Soler et al., 2008), os médicos Italianos a trabalhar no setor público evidenciaram, tal como no presente estudo, maior Diminuição da Realização Profissional, ao passo que os médicos de Malta com valores mais elevados nesta dimensão do *Burnout* eram os que trabalhavam no setor privado. Uma vez mais, importa ter em consideração as diferenças nas especialidades e socioprofissionais associadas às nacionalidades dos médicos dos dois estudos.

Tabela 27. Preditores Profissionais da Diminuição da Realização Profissional ($R^2_{ajustado}=0.05$, $p<0.01$).

Variáveis Profissionais	β standardizado	t	valor-p
Ano de Inscrição na Ordem dos Médicos	-0.01	-0.42	0.68
Anos de Prática da Especialidade Principal (ou equivalente)	0.09	2.80	0.01
Função Principal Clínica com Cuidados Intensivos (sim vs. não)	0.01	0.92	0.36
Função principal Clínica sem Cuidados Intensivos (sim vs. não)	0.03	1.52	0.13
Função Principal Administrativa/ Gestão (sim vs. não)	-0.01	-0.38	0.71
Função Principal Académica/ Investigação (sim vs. não)	0.04	3.39	0.00
Função Principal Outra (sim vs. não)	0.02	1.49	0.14
Trabalha em Emergência Médica Pré-hospitalar (sim vs. não)	0.01	0.63	0.53
Principal Local de Trabalho (público vs. privado)	0.09	6.96	0.00
Anos Principal Local de Trabalho	-0.04	-2.21	0.03
Localidade onde Trabalha (Urbana vs. Rural)	-0.02	-2.02	0.04
Funções de Direção, Chefia ou Coordenação (sim vs. não)	-0.03	-1.90	0.06
Perceção de Estabilidade da Situação de Emprego Atual	0.12*	9.66	0.00
Contexto de Trabalho (Individual vs. Equipa)	0.10*	8.54	0.00

Número de Locais de Trabalho	-0.01	-0.62	0.54
Perceção sobre a Remuneração Base Atual	0.10*	8.128	0
Situação Face ao Trabalho (trabalhar vs. férias)	0.00	0.085	0.932
Trabalho Conta Outrém (vs. ambos) ¹	-0.02	-1.705	0.088
Trabalho Conta Própria (vs. ambos) ¹	0.05	3.422	0.001

¹ Variável com codificação dummy, grupo de referência entre parênteses

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p < 0.01$)

As variáveis relativas à **Carga Horária** não são preditoras relevantes da Diminuição da Realização Profissional (apesar do seu valor preditivo do nível de Exaustão Emocional).

Tabela 28. Preditores de Carga Horária da Diminuição da Realização Profissional ($R^2_{\text{ajustado}}=0.01$, $p < 0.01$).

Variáveis relativas à Carga Horária	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Número de Jornadas de trabalho Mensais Superiores a 7 horas	0.00	-0.04	0.97
Número Médio de Fins de Semana Trabalhados Mensalmente	-0.01	-0.82	0.41
Número Médio de Períodos de Urgência Realizados	-0.01	-0.29	0.78
Número Médio de Períodos de Urgência com Durações Superiores a 12 horas	-0.02	-0.80	0.42
Número Médio de Períodos de Urgência em Urgência Noturna	-0.01	-0.31	0.76
Frequência com que faz Descanso Compensatório após urgência noturna	0.03	1.73	0.08

Total de Horas Contratadas	0.00	-0.14	0.89
Diferença entre as horas efetivas e as horas contratadas	-0.07	-4.48	0.00

No que se refere às variáveis **Intrapessoais**, ter menor Otimismo, menor perceção de Autoeficácia e menor orientação ativa para a Resolução de Problemas são os melhores preditores de maiores níveis de Diminuição da Realização Profissional, reforçando uma vez mais o valor deste tipo de variável na explicação do *Burnout* (e.g. Houkes et al., 2008).

Tabela 29. Preditores Intrapessoais da Diminuição da Realização Profissional ($R^2_{ajustado}=0.05$, $p<0.01$).

Variáveis Intrapessoais	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Otimismo	0.12	8.77	0.00
Locus de Controlo	0.08	5.90	0.00
Autoeficácia	0.14	11.57	0.00
Regulação Emocional	0.03	3.28	0.00
Resolução de Problemas	0.15	12.20	0.00
Autocuidado	0.08	7.73	0.00
Suporte Social	0.05	4.52	0.00

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p < 0.01$)

Relativamente às **Exigências e Recursos Organizacionais**, perceber menos Recursos Organizacionais e mais Exigências Da Relação com os Doentes em Geral revelam-se bons preditores de elevados níveis de Diminuição da Realização Profissional. No que refere às Exigências, as Exigências da Relação com os Doentes em Geral surgem consistentemente no presente estudo como bons preditores das três dimensões do *Burnout*, indo ao encontro da literatura sobre *stress* profissional e *Burnout* nos

médicos que as refere como um tipo de exigência particularmente significativo no contexto da prática médica (Bakker et al., 2000).

Tabela 30. Preditores relativos às Exigências e aos Recursos Organizacionais da Diminuição da Realização Profissional ($R^2_{\text{ajustado}}=0.05$, $p<0.01$).

Variáveis relativos às Exigência e Recursos Organizacionais	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Exigências Físicas do Trabalho	-0.08	-5.92	0.00
Exigências Mentais das Tarefas	0.07	5.50	0.00
Exigências Organizacionais por Falta de Recursos	-0.04	-2.57	0.01
Exigências Organizacionais por Falta de Autonomia	-0.09	-6.57	0.00
Exigências da Relação com os Doentes em Geral	-0.18*	-13.44	0.00
Exigências da Relação com os Doentes em Sofrimento	-0.02	-1.40	0.16
Exigências das Relações no Local de Trabalho	-0.01	-0.73	0.46
Exigências dos Horários de Trabalho	-0.08	-6.21	0.00
Recursos Organizacionais	0.30*	22.53	0.00

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p<0.01$)

Finalmente, ter uma menor Identificação com a Classe Médica é a única variável relativa à **Identidade Profissional** que constitui um preditor relevante de maiores níveis de Diminuição da Realização Profissional. Como referido anteriormente, a formação de uma identidade profissional sólida poderá constituir um factor protector para o desenvolvimento de sintomas de *Burnout* (Wald et al., 2015).

Tabela 31. Preditores relativos à Identidade Profissional da Diminuição da Realização Profissional
($R^2_{\text{ajustado}}=0.05$, $p<0.01$).

Variáveis relativas à Identidade Profissional	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Situação Económica do Próprio (vs. Outros Grupos Profissionais)	0.04	2.44	0.02
Situação Económica dos Médicos (vs. Outros Grupos Profissionais)	0.04	2.89	0.00
Situação Económica do Próprio (vs. Colegas da Mesma Especialidade)	0.05	3.78	0.00
Situação Económica do Próprio (vs. Colegas de Outra Especialidade)	0.02	1.67	0.10
Justiça Procedimental	0.07	6.91	0.00
Identificação com a Classe Médica	-0.37*	37.56	0.00

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p<0.01$)

Figura 39. β standardizado por blocos de variáveis e por indicadores de *Burnout* (valores significativos ultrapassam a linha vermelha).

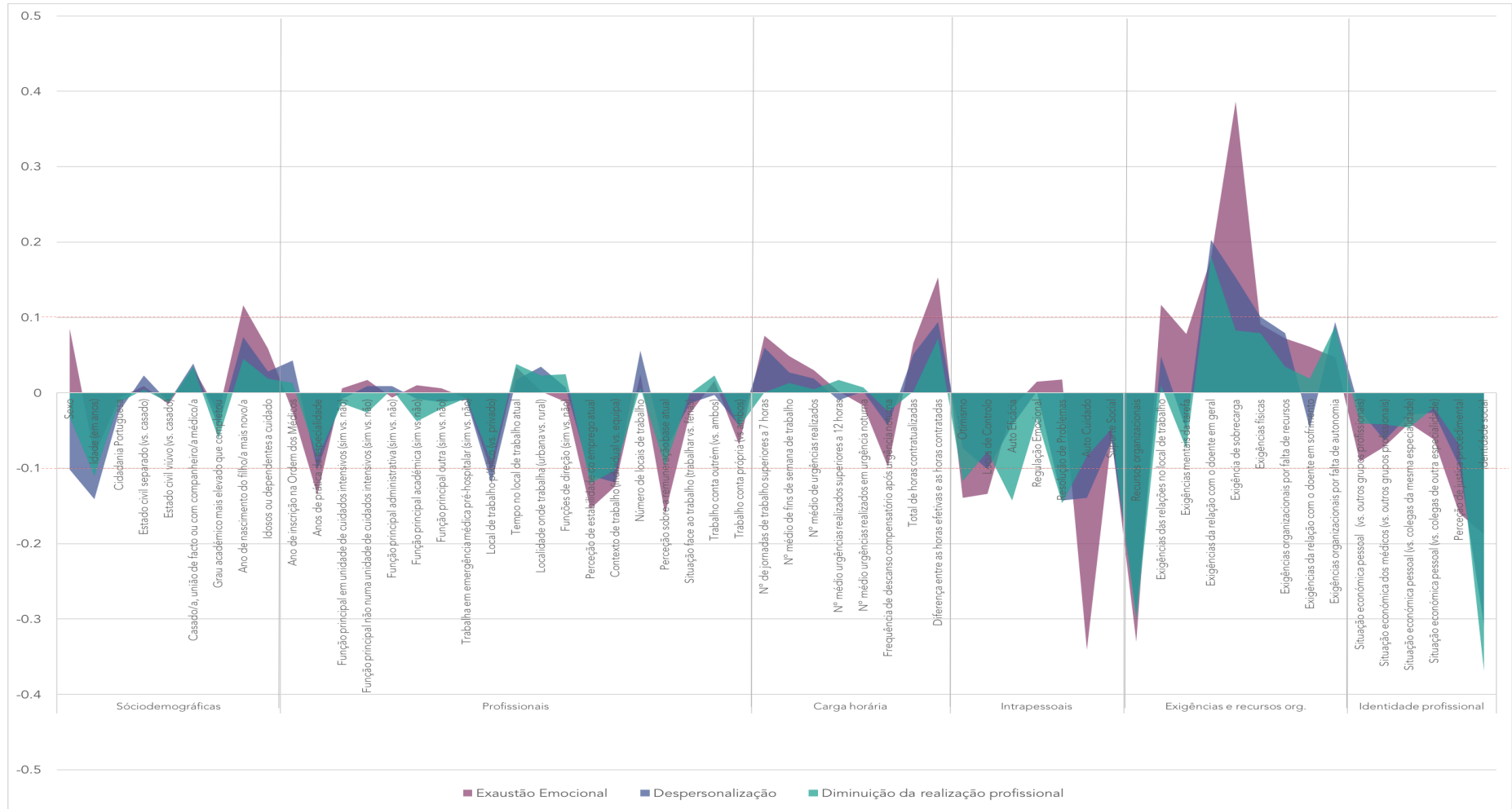
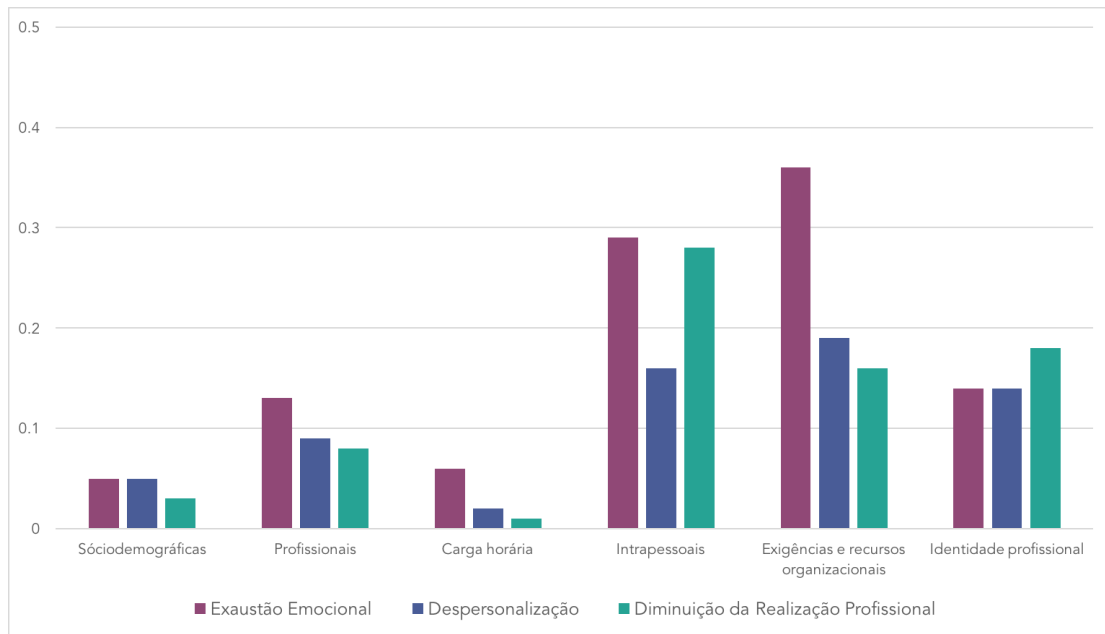


Figura 40. Tamanho do efeito por blocos de variáveis e Indicadores de *Burnout*⁷

11.4 Análise integrada

Na análise integrada dos antecedentes foram consideradas apenas as variáveis identificadas como preditores estatisticamente significativos dos indicadores de *Burnout* nas análises dos modelos parcelares reportados nas secções anteriores (ver 11.1, 11.2 e 11.3). Assim, pretendeu-se estudar o peso relativo das variáveis, ou seja, identificar entre os preditores considerados quais são os mais importantes.

A análise integrada foi realizada em três modelos de regressões lineares hierárquicas, um para cada indicador do *Burnout*, e utilizou o método “enter” em que as variáveis são incluídas em blocos em função da sua importância para a estimação do modelo final. Na nossa análise, os blocos correspondem aos antecedentes, isto é, e

⁷ O tamanho do efeito varia entre 0 e 1. A fim de facilitar a leitura dos resultados obtidos, nesta figura a escala varia apenas entre 0 e 0,5. Na área das ciências sociais, tamanhos de efeito superiores a 0,1 são considerados substanciais.

relembrando, aos conjuntos de variáveis Sociodemográficas, Profissionais, referentes à Carga Horária da atividade profissional, de natureza Intrapessoal, relativas às Exigências e Recursos Organizacionais e, por último, à Identidade Profissional.

A análise dos resultados destes três modelos de regressão permite verificar que as variáveis selecionadas explicam 40% da variância do indicador de Exaustão Emocional, 28% do indicador de Despersonalização e também 28% do indicador de Diminuição da Realização Profissional.

A análise do $R^2_{\text{variação}}$ em cada um dos modelos permite-nos identificar que as variáveis de Exigências e Recursos Organizacionais estão consistentemente entre os antecedentes com melhores valores preditivos dos três indicadores de *Burnout*. Adicionalmente, as variáveis de natureza Intrapessoal também se revelam entre os melhores preditores da Exaustão Emocional e da Diminuição da Realização Profissional e as variáveis relativas à Identidade Profissional configuram-se como preditores relevantes da Despersonalização e da Diminuição da Realização Profissional. Importa ainda referir que as variáveis Sociodemográficas e Profissionais, incluídas nos modelos só se evidenciam como preditores relevantes da Despersonalização. Por último, as variáveis referentes à Carga Horária estão entre os preditores com valores mais baixos de variância explicada.

Tabela 32. Modelo integrado da Exaustão Emocional ($R^2_{\text{ajustado}}=0.40$, $p<0.01$).

Variáveis	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Carga Horária, $R^2_{\text{variação}}=0,01$, $p<0.01$			
Diferença entre Horas Efetivas e Contratadas	-0.07	-3.63	0.00
Descanso Compensatório	0.00	-0.10	0.92
Sociodemográficas, $R^2_{\text{variação}}=0,01$, $p>0.01$			
Idade	0.05	0.98	0.33
Profissionais, $R^2_{\text{variação}}=0,09$, $p<0.01$			
Trabalho Conta Própria (vs. ambos) ¹	-0.01	-0.65	0.52

Ano de Nascimento do Filho/a mais Novo/a	-0.04	-0.98	0.33
Anos de Prática da Especialidade Principal (ou equivalente)	-0.05	-1.14	0.25
Principal Local de Trabalho (público vs. privado) ¹	0.00	0.00	1.00
Perceção de Estabilidade da Situação de Emprego Atual	-0.02	-0.67	0.50
Contexto de Trabalho (individual vs. equipa)	-0.05	-2.14	0.03
Perceção sobre a Remuneração Base Atual	-0.03	-1.21	0.23
Identidade Profissional, $R^2_{\text{variação}}=0,06$, $p<0.01$			
Identificação	-0.03	-1.41	0.16
Situação Económica do Próprio (vs. outros grupos profissionais) ¹	0.00	-0.15	0.88
Justiça Procedimental	-0.01	-0.62	0.53
Intrapessoais, $R^2_{\text{variação}}=0,06$, $p<0.14$			
Otimismo	-0.05	-1.79	0.07
Locus de Controlo	-0.11*	-3.94	0.00
Autocuidado	-0.19*	-7.78	0.00
Exigências e Recursos Organizacionais, $R^2_{\text{variação}}=0,10$, $p<0.01$			
Recursos Organizacionais	-0.21*	-8.32	0.00
Exigências das Relações no Local de Trabalho	0.07	3.70	0.00
Exigências da Relação com os Doentes em Geral	0.13*	6.53	0.00

Exigências dos Horários de Trabalho	0.28*	13.23	0.00
Exigências Físicas do Trabalho	0.10*	4.95	0.00

¹ Variável com codificação dummy, grupo de referência entre parênteses

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p < 0.01$)

Tabela 33. Modelo integrado da Despersonalização ($R^2_{\text{ajustado}}=0.28$, $p < 0.01$).

Variáveis	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Carga Horária, $R^2_{\text{variação}}=0,01$, $p < 0.01$			
Diferença entre Horas Efetivas e Contratadas	-0.02	-1.19	0.24
Sociodemográficas, $R^2_{\text{variação}}=0,03$, $p < 0.01$			
Idade	0.01	0.32	0.75
Sexo	-0.15*	-10.92	0.00
Profissionais, $R^2_{\text{variação}}=0,06$, $p < 0.01$			
Trabalho Conta Própria (vs. ambos) ¹	-0.01	-0.67	0.50
Anos de Prática da Especialidade Principal (ou equivalente)	-0.11*	-2.80	0.01
Perceção de Estabilidade da Situação de Emprego Atual	0.00	0.25	0.80
Contexto de Trabalho (individual vs. equipa)	-0.07	-4.98	0.00
Principal Local de Trabalho (público vs. privado) ¹	-0.04	-2.56	0.01
Identidade Profissional, $R^2_{\text{variação}}=0,08$, $p < 0.01$			
Justiça Procedimental	-0.01	-0.92	0.36
Identificação	-0.18*	-12.04	0.00

Intrapessoais, $R^2_{\text{variação}}=0,04$, $p<0.01$			
Locus de Controlo	-0.07	-4.44	0.00
Resolução de Problemas	-0.09	-6.03	0.00
Autocuidado	-0.03	-1.59	0.11
Exigências e Recursos Organizacionais, $R^2_{\text{variação}}=0,05$, $p<0.01$			
Recursos Organizacionais	-0.15*	-8.77	0.00
Exigências da Relação com os Doentes em Geral	0.17*	12.17	0.00
Exigências dos Horários de Trabalho	0.12*	7.85	0.00
Exigências Físicas do Trabalho	0.09	6.10	0.00
Exigências Organizacionais por Falta de Autonomia	0.06	4.09	0.00

¹ Variável com codificação dummy, grupo de referência entre parênteses

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p<0.01$)

Tabela 34. Modelo integrado da Diminuição da Realização Profissional ($R^2_{\text{ajustado}}=0.28$, $p<0.01$).

Variáveis	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Profissionais, $R^2_{\text{variação}}=0,07$, $p<0.01$			
Anos de Prática da Especialidade Principal (ou equivalente)	-0.07	5,19	0.00
Principal Local de Trabalho (público vs. privado) ¹	-0.02	1.19	0.23
Perceção de Estabilidade da Situação de Emprego Atual	0.00	-0.42	0.67
Contexto de Trabalho (individual vs. equipa)	-0.01	0,53	0.60

Perceção sobre a Remuneração Base Atual	-0.04	2.77	0.01
Exigências e Recursos Organizacionais, $R^2_{\text{variação}}=0,08$, $p<0.01$			
Recursos Organizacionais	-0.11*	6.79	0.00
Exigências da Relação com os Doentes em Geral	0.13*	-9.61	0.00
Identidade Profissional, $R^2_{\text{variação}}=0,09$, $p<0.01$			
Identificação	-0.22*	14.47	0.00
Intrapessoais, $R^2_{\text{variação}}=0,05$, $p<0.01$			
Otimismo	-0.10*	6.34	0.00
Autoeficácia	-0.10*	5.61	0.00
Resolução de Problemas	-0.12*	7.16	0.00

¹ Variável com codificação dummy, grupo de referência entre parênteses

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p < 0.01$)

(Página intencionalmente deixada em branco)

12. Relações entre as Especialidades e as dimensões do *Burnout*

Nesta secção procura-se descrever a forma com os indicadores de *Burnout* estão representados nas diferentes Especialidades médicas. Este é um tema sensível do ponto de vista metodológico uma vez que estão identificadas 50 Especialidades médicas pela Ordem do Médicos e que não foi objetivo do estudo ter representatividade estatística a este nível de especificidade. Assim, esta secção começa por apresentar um conjunto de critérios utilizados para identificar as Especialidades que, do ponto de vista amostral, comportam menos erro. Posteriormente, apresentamos uma análise descritiva das Especialidades selecionadas destacando aquelas que possuem os níveis mais altos e mais baixos em cada um dos diferentes indicadores de *Burnout*. Finalmente, e de modo a identificar o subconjunto de Especialidades com valores consistentemente mais altos e mais baixos em cada uma, apresentamos uma análise exploratória integrada dos resultados. Importa notar que os resultados desta secção são apenas exploratórios e que uma compreensão mais detalhada do fenómeno do *Burnout* implica, por um lado, amostras de maiores dimensões que permitam a aplicação de técnicas estatísticas com erros amostrais reduzidos e, por outro lado, a existência de hipóteses específicas a cada Especialidade que permitam guiar a análise de dados.

12.1. Seleção das Especialidades para análise

Como referido na introdução desta secção, a descrição dos indicadores de *Burnout* por Especialidade médica é um tema sensível do ponto de vista metodológico. Neste sentido, foram utilizados dois critérios para identificar o conjunto de Especialidades que, do ponto de vista amostral, comportam menos erro.

O primeiro critério utilizado foi o de cada Especialidade ter um **"n" amostral superior a 50**. Este critério baseia-se no pressuposto teórico de que quanto maior a dimensão da amostra menor variabilidade aleatória nos dados e, portanto, maior a

probabilidade de um resultado na amostra corresponder a um verdadeiro resultado no universo. De acordo com este critério foram excluídas da análise dos indicadores de *Burnout* as seguintes Especialidades:

- Medicina Tropical;
- Medicina Desportiva;
- Cirurgia Maxilo-Facial;
- Genética Médica;
- Cardiologia Pediátrica;
- Medicina Nuclear;
- Cirurgia Córdio-torácica/Cardíaca/Torácica;
- Cirurgia Pediátrica;
- Medicina Legal;
- Angiologia e Cirurgia Vascular;
- Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Estética;
- Neuroradiologia;
- Radioterapia;
- Reumatologia;
- Neurocirurgia.

O segundo critério utilizado foi o de cada Especialidade ter uma **representação amostral superior a 0.8**. A representação amostral consiste no rácio da proporção de casos da Especialidade na nossa amostra pela proporção de casos da mesma Especialidade no universo. Este critério exclui Especialidades que, apesar possuírem um “n” amostral superior a 50, proporcionalmente não representam devidamente o universo de origem. De acordo com este critério foram excluídas, em adição às já referidas, as seguintes Especialidades:

- Clínica Geral/Sem especialidade;
- Medicina do Trabalho;
- Patologia Clínica;
- Estomatologia.

Em resumo, a aplicação dos dois critérios descritos levou à exclusão de um total de 19 Especialidades, ficando, portanto, 31 Especialidades elegíveis para cruzamento com os indicadores de *Burnout*. No total são excluídos 957 participantes o que corresponde a, aproximadamente, 12% da amostra total de 9176 participantes.

Tabela 35. Dados da amostra e do universo utilizados para exclusão de Especialidades para o cruzamento com os indicadores de *Burnout*.

	n Amostral	% Amostral	n Universo	% Universo	Representação Amostral**	Especialidades excluídas
Anatomia Patológica	62	0.7%	265	0.5%	1.44	
Anestesiologia	473	5.2%	1835	3.4%	1.54	
Angiologia e Cirurgia Vascular	37	0.4%	179	0.3%	1.22	X
Cardiologia	173	1.9%	923	1.7%	1.12	
Cardiologia Pediátrica	14	0.2%	126	0.2%	0.86	X
Cirurgia Córdio-torácica/Cardíaca/Torácica	27	0.3%	125	0.2%	1.31	X
Cirurgia Geral	383	4.2%	1670	3.1%	1.37	
Cirurgia Maxilo-Facial	12	0.1%	97	0.2%	0.56	X
Cirurgia Pediátrica	33	0.4%	126	0.2%	1.73	X
Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Estética	38	0.4%	232	0.4%	0.94	X
Clínica Geral/Sem especialidade	191	2.1%	19037	35.0%	0.06	X
Dermato-Venereologia	83	0.9%	376	0.7%	1.30	
Doenças Infeciosas	53	0.6%	163	0.3%	2.00	
Endocrinologia-Nutrição	72	0.8%	233	0.4%	1.87	
Estomatologia	73	0.8%	604	1.1%	0.72	X
Gastroenterologia	111	1.2%	526	1.0%	1.24	
Genética Médica	12	0.1%	60	0.1%	0.91	X

Burnout na Classe Médica em Portugal

Ginecologia-Obstetrícia	365	4.0%	1674	3.1%	1.30	
Hematologia Clínica	68	0.7%	225	0.4%	1.69	
Imuno-Alergologia	57	0.6%	231	0.4%	1.41	
Imuno-Hemoterapia	68	0.7%	229	0.4%	1.66	
Medicina Desportiva	4	0.0%	105	0.2%	0.00	X
Medicina do Trabalho	101	1.1%	981	1.8%	0.61	X
Medicina Física e de Reabilitação	165	1.8%	632	1.2%	1.55	
Medicina Geral e Familiar	2341	25.8%	2377	11.7%	2.20	
Medicina Intensiva	107	1.2%	327	0.6%	2.00	
Medicina Interna	890	9.8%	2377	4.4%	2.25	
Medicina Legal	34	0.4%	98	0.2%	2.22	X
Medicina Nuclear	17	0.2%	79	0.1%	1.38	X
Medicina Tropical	2	0.0%	105	0.1%	0.00	X
Nefrologia	97	1.1%	305	0.6%	1.96	
Neurocirurgia	46	0.5%	205	0.4%	1.33	X
Neurologia	126	1.4%	482	0.9%	1.58	
Neuroradiologia	39	0.4%	167	0.3%	1.30	X
Oftalmologia	174	1.9%	1017	1.9%	1.02	
Oncologia Médica	119	1.3%	296	0.5%	2.39	
Ortopedia	238	2.6%	1127	2.1%	1.26	
Otorrinolaringologia	143	1.6%	628	1.2%	1.39	
Outra Situação*	328	3.6%	-	-	-	

Patologia Clínica	94	1.0%	758	1.4%	0.72	X
Pediatria	614	6.8%	1982	3.6%	1.87	
Pneumologia	152	1.7%	611	1.1%	1.52	
Psiquiatria	304	3.3%	1084	2.0%	1.66	
Psiquiatria da Infância e da Adolescência	72	0.8%	171	0.3%	2.55	
Radiodiagnóstico*	165	1.8%	-	-	-	
Radioterapia*	41	0.5%	-	-	-	X
Reumatologia	43	0.5%	154	0.3%	1.77	X
Saúde Pública	133	1.5%	496	0.9%	1.65	
Urologia	83	0.9%	416	0.8%	1.18	

* Sem correspondência com os dados do universo fornecidos pela Ordem dos Médicos, pelo que foi apenas utilizado o critério da dimensão amostral.

** Rácio entre a % Amostra e a % Universo. Valores inferiores a 1 constituem sub-representação da Especialidade na nossa amostra e valores superiores a 1 constituem sobre-representação.

12.2. Indicadores de *Burnout* por Especialidade: descrição

Níveis dos indicadores de *Burnout* por Especialidade

Partindo do conjunto de 31 Especialidades elegíveis para análise, foi identificada, para cada Especialidade, a percentagem de médicos em cada um dos três níveis – baixo, médio e alto – de cada um dos indicadores de *Burnout* – Exaustão Emocional, Despersonalização e Diminuição da Realização Profissional. Com base neste cruzamento são identificadas o conjunto de Especialidades com os “piores” e “melhores” resultados, ou seja, as Especialidades com mais médicos com níveis

“altos” e as especialidades com mais médicos com níveis “baixos” em cada um dos indicadores de *Burnout*, respetivamente.

A análise dos resultados para o indicador de Exaustão Emocional indica que:

- As Especialidades com mais médicos com níveis “altos” de Exaustão (mínimo 72% de médicos) são:
 - Medicina Interna;
 - Oncologia Médica;
 - Doenças Infeciosas;
 - Neurologia;
 - Hematologia Clínica.

- As Especialidades com mais médicos com níveis “baixos” de Exaustão (mínimo 15% de médicos) são:
 - Dermato-Venereologia;
 - Imuno-Hemoterapia;
 - Cardiologia;
 - Gastrenterologia;
 - Saúde Pública;
 - Outra Situação.

Tabela 36. Níveis do indicador de Exaustão por Especialidades (o “Total” corresponde ao valor para a amostra global; as Especialidades estão ordenadas alfabeticamente).

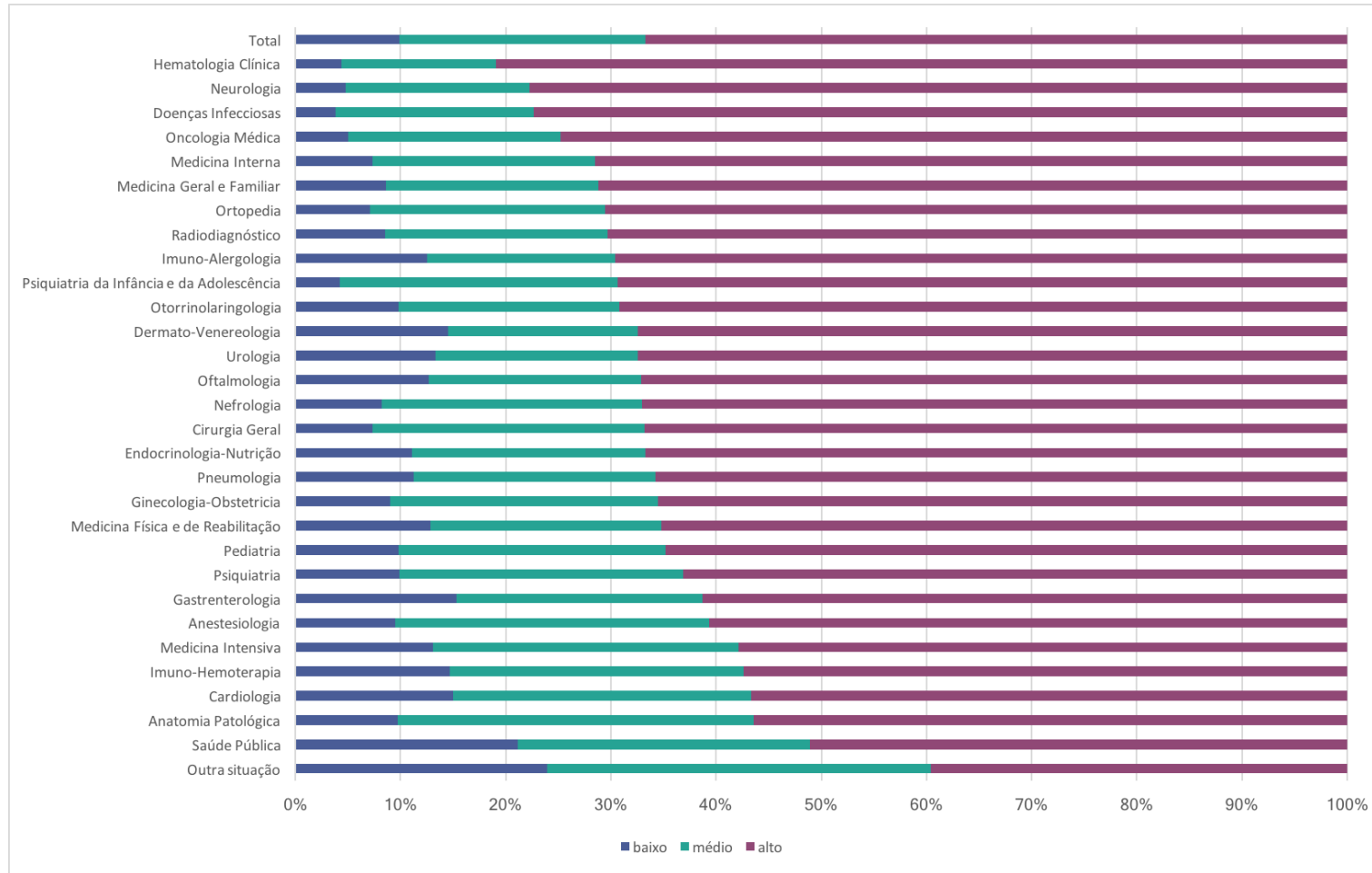
Especialidades	Baixo	Médio	Alto
Anatomia Patológica	10%	34%	57%
Anestesiologia	10%	30%	61%
Cardiologia	15%	28%	57%
Cirurgia Geral	7%	26%	67%
Dermato-Venereologia	15%	18%	68%
Doenças Infeciosas	4%	19%	77%
Endocrinologia- Nutrição	11%	22%	67%

Gastroenterologia	15%	23%	61%
Ginecologia- Obstetrícia	9%	26%	66%
Hematologia Clínica	4%	15%	81%
Imuno-Alergologia	13%	18%	70%
Imuno-Hemoterapia	15%	28%	57%
Medicina Física e de Reabilitação	13%	22%	65%
Medicina Geral e Familiar	9%	20%	71%
Medicina Intensiva	13%	29%	58%
Medicina Interna	7%	21%	72%
Nefrologia	8%	25%	67%
Neurologia	5%	18%	78%
Oftalmologia	13%	20%	67%
Oncologia Médica	5%	20%	75%
Ortopedia	7%	22%	71%
Otorrinolaringologia	10%	21%	69%
Outra situação	24%	37%	40%
Pediatria	10%	25%	65%
Pneumologia	11%	23%	66%
Psiquiatria	10%	27%	63%
Psiquiatria da Infância e da Adolescência	4%	26%	69%
Radiodiagnóstico	9%	21%	70%

Burnout na Classe Médica em Portugal

Saúde Pública	21%	28%	51%
Urologia	13%	19%	68%
Total	10%	23%	67%

Figura 41. Exaustão Emocional por Especialidade (“Total” corresponde ao valor para a amostra global; especialidades ordenadas pela categoria “altos” deste indicador).



A análise dos resultados para o indicador de Despersonalização indica que:

- As Especialidades com mais médicos com níveis “altos” de Despersonalização (mínimo 47% de médicos) são:
 - Cirurgia Geral;
 - Hematologia Clínica;
 - Neurologia;
 - Urologia;
 - Ortopedia.

- As Especialidades com mais médicos com níveis “baixos” de Despersonalização (mínimo 50% de médicos) são:
 - Cardiologia;
 - Psiquiatria da Infância e da Adolescência;
 - Anatomia Patológica;
 - Pediatria;
 - Saúde Pública;
 - Imuno-Hemoterapia.

Tabela 37. Níveis do indicador de Despersonalização por Especialidades (o “Total” corresponde ao valor para a amostra global; as Especialidades estão ordenadas alfabeticamente).

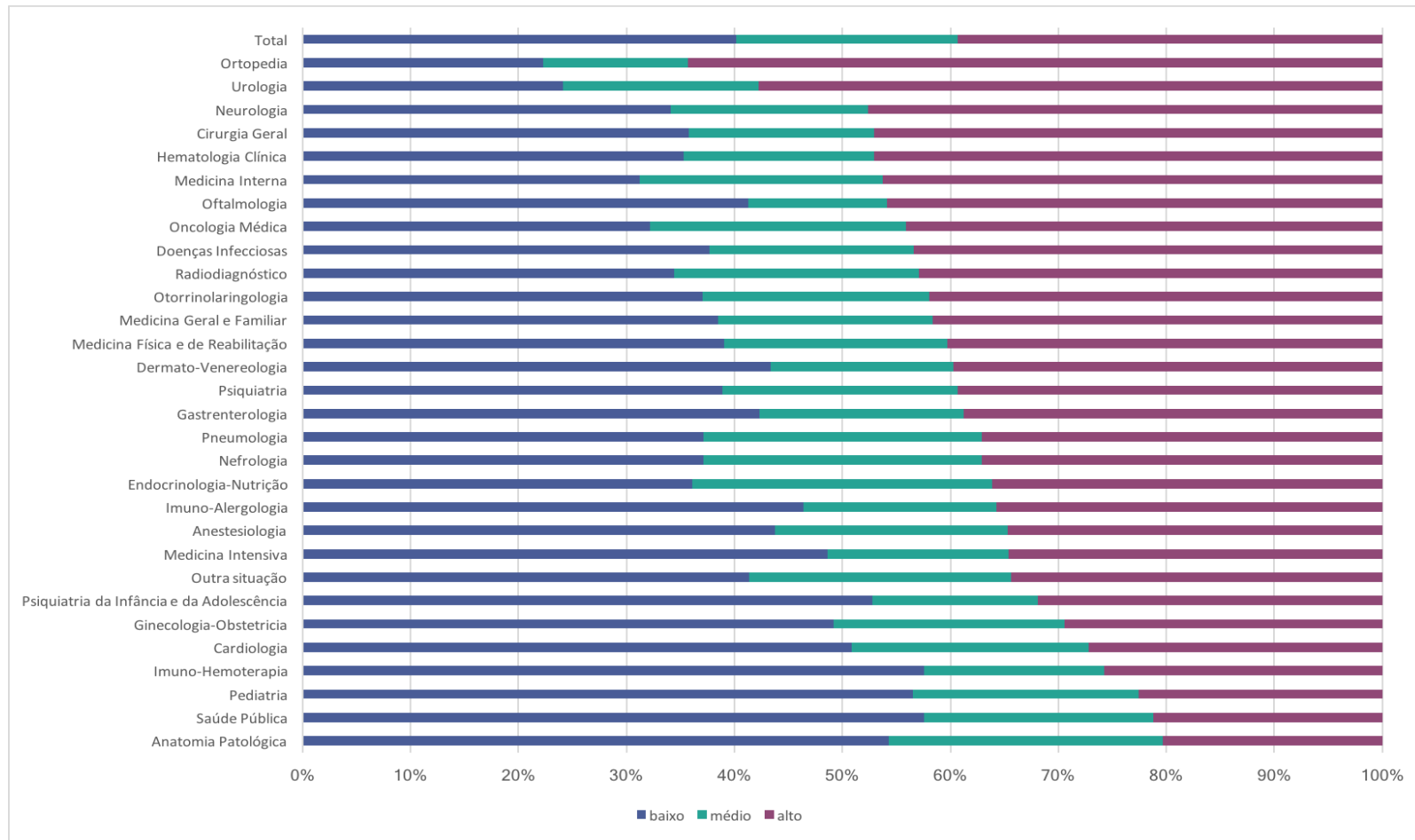
Especialidades	Baixo	Médio	Alto
Anatomia Patológica	54%	25%	20%
Anestesiologia	44%	22%	35%
Cardiologia	51%	22%	27%
Cirurgia Geral	36%	17%	47%
Dermato-Venereologia	43%	17%	40%
Doenças Infeciosas	38%	19%	43%
Endocrinologia- Nutrição	36%	28%	36%
Gastrenterologia	42%	19%	39%

Ginecologia- Obstetrícia	49%	21%	29%
Hematologia Clínica	35%	18%	47%
Imuno-Alergologia	46%	18%	36%
Imuno-Hemoterapia	58%	17%	26%
Medicina Física e de Reabilitação	39%	21%	40%
Medicina Geral e Familiar	39%	20%	42%
Medicina Intensiva	49%	17%	35%
Medicina Interna	31%	23%	46%
Nefrologia	37%	26%	37%
Neurologia	34%	18%	48%
Oftalmologia	41%	13%	46%
Oncologia Médica	32%	24%	44%
Ortopedia	22%	13%	64%
Otorrinolaringologia	37%	21%	42%
Outra Situação	41%	24%	34%
Pediatria	57%	21%	23%
Pneumologia	37%	26%	37%
Psiquiatria	39%	22%	39%
Psiquiatria da Infância e da Adolescência	53%	15%	32%
Radiodiagnóstico	34%	23%	43%
Saúde Pública	58%	21%	21%

Burnout na Classe Médica em Portugal

Urologia	24%	18%	58%
Total	40%	21%	39%

Figura 42. Despersonalização por Especialidade (“Total” corresponde ao valor para a amostra global; especialidades estão ordenadas pela categoria “altos” deste indicador).



Por fim, a análise dos resultados para o indicador de Diminuição da Realização Profissional indica que:

- As Especialidades com mais médicos com níveis “altos” de Diminuição da Realização Profissional (mínimo 42% de médicos) são:
 - Oftalmologia;
 - Medicina Geral e Familiar;
 - Doenças Infeciosas;
 - Psiquiatria;
 - Cardiologia;
 - Dermato-Venereologia.

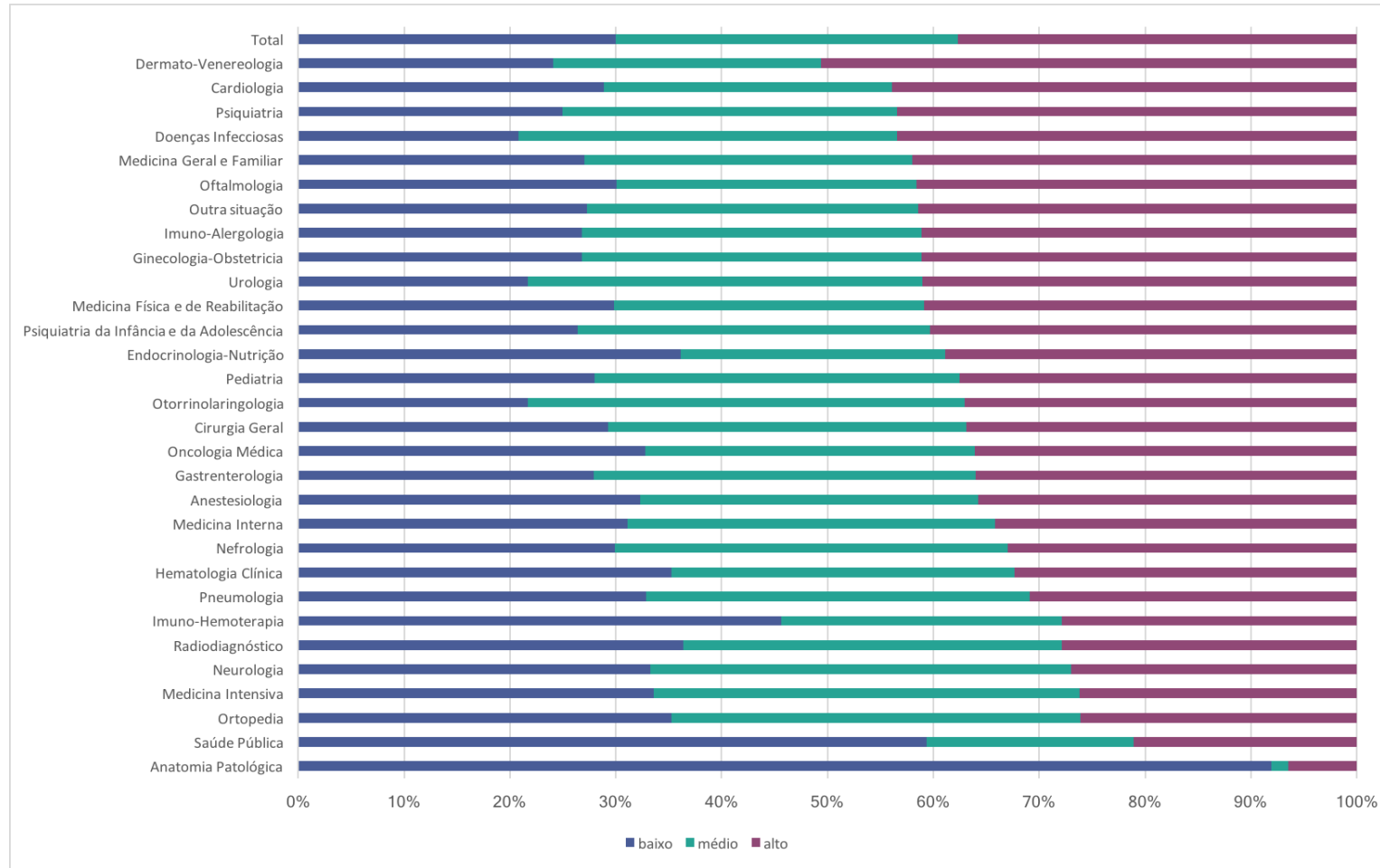
- As Especialidades com mais médicos com níveis “baixos” de Diminuição da Realização Profissional (mínimo 45% de médicos) são:
 - Imuno-Hemoterapia;
 - Saúde Pública;
 - Anatomia Patológica.

Tabela 38. Níveis do indicador de Diminuição da Realização Profissional por Especialidades (o “Total” corresponde ao valor para a amostra global; as Especialidades estão ordenadas alfabeticamente).

Especialidades	Baixo	Médio	Alto
Anatomia Patológica	92%	2%	7%
Anestesiologia	32%	32%	36%
Cardiologia	29%	27%	44%
Cirurgia Geral	29%	34%	37%
Dermato-Venereologia	24%	25%	51%
Doenças Infeciosas	21%	36%	43%
Endocrinologia-Nutrição	36%	25%	39%
Gastreenterologia	28%	36%	36%
Ginecologia-Obstetrícia	27%	32%	41%
Hematologia Clínica	35%	32%	32%

Imuno-Alergologia	27%	32%	41%
Imuno-Hemoterapia	46%	27%	28%
Medicina Física e de Reabilitação	30%	29%	41%
Medicina Geral e Familiar	27%	31%	42%
Medicina Intensiva	34%	40%	26%
Medicina Interna	31%	35%	34%
Nefrologia	30%	37%	33%
Neurologia	33%	40%	27%
Oftalmologia	30%	28%	42%
Oncologia Médica	33%	31%	36%
Ortopedia	35%	39%	26%
Otorrinolaringologia	22%	41%	37%
Outra Situação	27%	31%	41%
Pediatria	28%	35%	38%
Pneumologia	33%	36%	31%
Psiquiatria	25%	32%	43%
Psiquiatria da Infância e da Adolescência	26%	33%	40%
Radiodiagnóstico	36%	36%	28%
Saúde Pública	59%	20%	21%
Urologia	22%	37%	41%
Total	30%	32%	38%

Figura 43. Diminuição da Realização Profissional por Especialidade (“Total” corresponde ao valor para a amostra global; Especialidades ordenadas pela categoria “altos” deste indicador).



Casos extremos

Para além da identificação da percentagem de médicos em cada Especialidade por nível para cada indicador de *Burnout*, realizou-se uma análise complementar que pretende identificar a prevalência de casos mais extremos. Assim, foi identificada para a percentagem de médicos em cada Especialidade mas, desta vez, com valores "alto" – extremo negativo – e com valores "baixo" - extremo positivo – simultaneamente no conjunto dos três indicadores de *Burnout*.

Os resultados indicam que 7% (642) dos médicos da amostra do estudo têm valores altos simultaneamente nos três indicadores de *Burnout* estudados. Adicionalmente, os resultados revelam que as Especialidades com um maior número de médicos nesta circunstância são:

- Urologia;
- Dermato-Venereologia;
- Otorrinolaringologia;
- Hematologia Clínica.

Por outro lado, os resultados indicam que, apenas, 1% (92) dos médicos da amostra do estudo têm valores baixos simultaneamente nos três indicadores de *Burnout* estudados. Adicionalmente, os resultados revelam que as Especialidades com um maior número de médicos nesta circunstância são:

- Saúde pública;
- Anatomia patológica.

Figura 44. Valores “altos” nos três indicadores de *Burnout* por Especialidade.

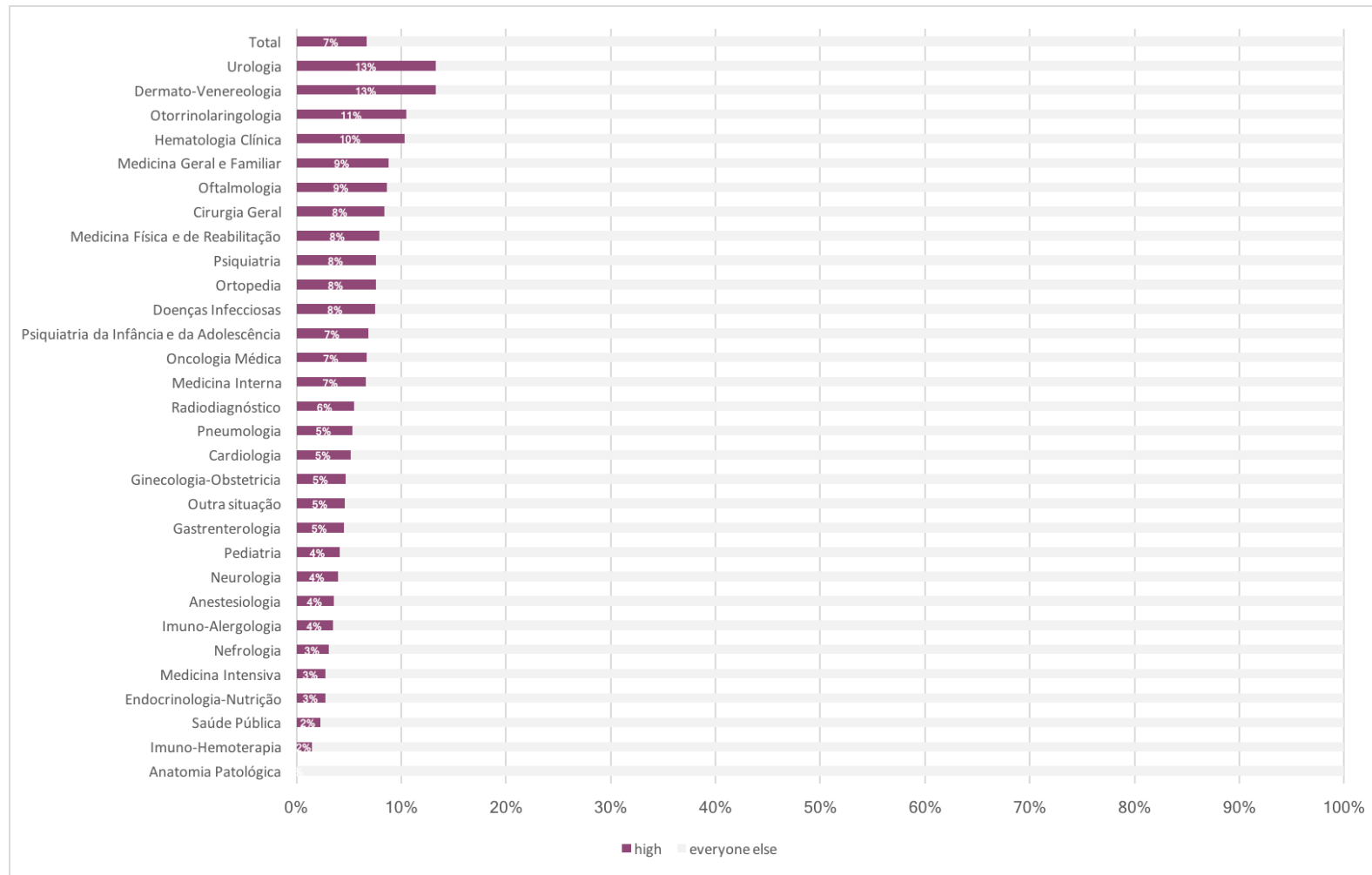
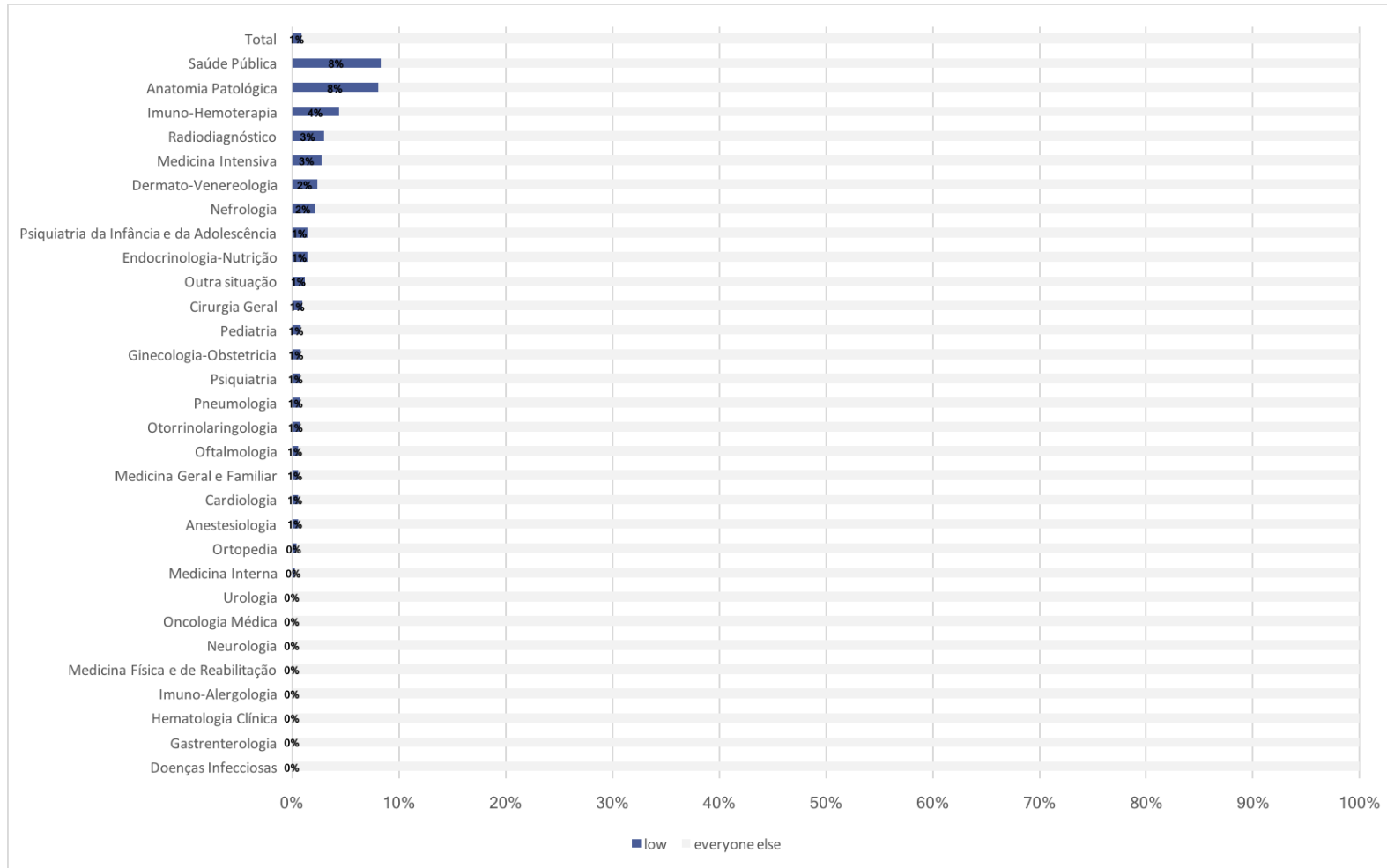


Figura 45. Valores “baixos” nos três indicadores de *Burnout* por Especialidade.



12.3. Indicadores de *Burnout* por Especialidade: visão integrada

Neste secção pretende-se apresentar uma análise integrada do cruzamento das Especialidades com os indicadores de *Burnout* e da prevalência de casos extremos apresentados nas secções anteriores. Especificamente, pretende-se com esta análise identificar o subconjunto de Especialidades com valores consistentemente mais altos e mais baixos nos diferentes indicadores de *Burnout*. Para o efeito foi seguido o seguinte procedimento:

- Para cada indicador de *Burnout*, foram seleccionadas as 10 Especialidades com as percentagens maiores de médicos com valores altos e com valores baixos;
- Daqui resultaram seis listas de 10 Especialidades: uma para cada indicador para os valores altos e para os valores baixos;
- Das três listas para os valores altos foram seleccionadas as Especialidades que se repetem em, pelo menos, duas das listas;
- Do mesmo modo, das três listas para os valores baixos foram seleccionadas as Especialidades que se repetem em, pelo menos, duas das listas.

Este procedimento resulta em duas tabelas onde se apresentam as Especialidades que têm consistentemente resultados "piores" e, no outro extremo, as especialidades que têm consistentemente resultados "melhores" nos indicadores de *Burnout*. De modo a complementar esta análise com os dados dos casos mais extremos, a cada uma destas tabelas foram ainda acrescentadas as percentagens de médicos com, respetivamente, valores altos e valores baixos simultaneamente nos 3 indicadores: Exaustão Emocional, Despersonalização e Diminuição da Realização Profissional.

Tabela 39. Lista das Especialidades com percentagens maiores de médicos com valores altos em pelo menos dois indicadores em simultâneo.

Especialidade	Indicadores de <i>Burnout</i> ¹			% de médicos com valores altos nos 3 indicadores		% de médicos com valores baixos nos 3 indicadores	
	E	D	DRP	%	> amostra global	%	> amostra global

Doenças Infeciosas	x	x	x	8%	x	0%	
Hematologia Clínica	x	x		10%	x	0%	
Imuno-Alergologia	x		x	2%		0%	
Medicina Geral e Familiar	x		x	9%	x	1%	
Medicina Interna	x	x		7%		0%	
Neurologia	x	x		3%		0%	
Oftalmologia	x		x	9%	x	1%	
Oncologia Médica	x	x		7%		0%	
Ortopedia	x	x		8%	x	0%	
Radiodiagnóstico	x	x		6%		3%	x
Urologia		x	x	13%	x	0%	

¹ E – Exaustão Emocional, D – Despersonalização; DRP- Diminuição da Realização Profissional.

Tabela 40. Lista das Especialidades com percentagens maiores de médicos com valores altos em pelo menos dois indicadores em simultâneo.

Especialidade	Indicadores de <i>Burnout</i> ¹			% de médicos com valores altos nos 3 indicadores		% de médicos com valores baixos nos 3 indicadores	
	E	D	DRP	% 3 altos*	> amostra global	% 3 baixos*	> amostra global
Anatomia Patológica		x	x	0%		8%	x

Cardiologia	x	x		5%		1%	
Imuno-Hemoterapia	x	x	x	2%		4%	x
Medicina Intensiva	x	x	x	3%		3%	x
Saúde Pública	x	x	x	2%		8%	x

¹ E – Exaustão Emocional, D – Despersonalização; DRP- Diminuição de Realização Profissional.

Estes resultados vão parcialmente ao encontro dos do estudo norte americano (Shanafelt et al., 2012), no qual os níveis mais elevados se verificaram na Medicina de Emergência, Medicina Interna Geral, Neurologia e Medicina Familiar, enquanto que os níveis mais baixos se verificaram na Patologia, Dermatologia, Pediatria Geral e Medicina Preventiva (incluindo a Saúde Ocupacional e a Medicina Ambiental).

13. Variáveis consequentes: análises descritivas

13.1. Consequentes Pessoais

Recorde-se que no que se refere aos consequentes intra-individuais do Burnout foram considerados indicadores de ansiedade, depressão (Escala HADS) e ainda indicadores de somatização, indicadores de saúde física e de comportamentos “aditivos”.

No que se refere à **ansiedade**, os valores encontram-se acima do ponto médio da escala, tendo apenas 14% dos respondentes reportado valores que indicam ansiedade claramente baixa. Relativamente à **depressão**, os resultados situam-se em torno do ponto médio da escala, para cerca de 90% dos respondentes. Quanto à somatização, os resultados indicam que os médicos apresentam predominantemente níveis baixos neste indicador.

Tabela 41. Medidas descritivas das variáveis da Ansiedade, Depressão e Somatização.

Nome da Variável	n	Descritiva	Observações
Ansiedade ⁺	9100	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=2.67* [2.65-2.68] DP=.68</p> <p>Frequências:</p> <p>Ansiedade baixa (<2)=14% Ansiedade média (2 a 3)=56% Ansiedade alta (>3)=30%</p>	Varia de 1 a 4, quanto maior o valor (ponto médio 2.5), maior presença de Ansiedade
Depressão ⁺	9097	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=2.32* [2.31-2.33] DP=.32</p> <p>Frequências:</p> <p>Depressão baixa (<2)=7%</p>	Varia de 1 a 4 (ponto médio 2.5), quanto maior o valor, maior presença de Depressão

		Depressão média (2 a 3)=92% Depressão alta (>4)=1%	
Somatização ⁺	9080	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=1,78* [1.76-1.80] DP=1.08 Frequências: Somatização baixa (<1,5)=42% Somatização média (entre 1,5 e 3,5)=57% Somatização alta (>3,5)=1%	Varia de 0 a 5 (ponto médio 2.5), em que quanto maior o valor, maior a Somatização

+ Gráfico com representação dos valores nas figuras seguintes a esta tabela; * A diferença para o ponto médio da escala é significativa.

Figura 46. Ansiedade.

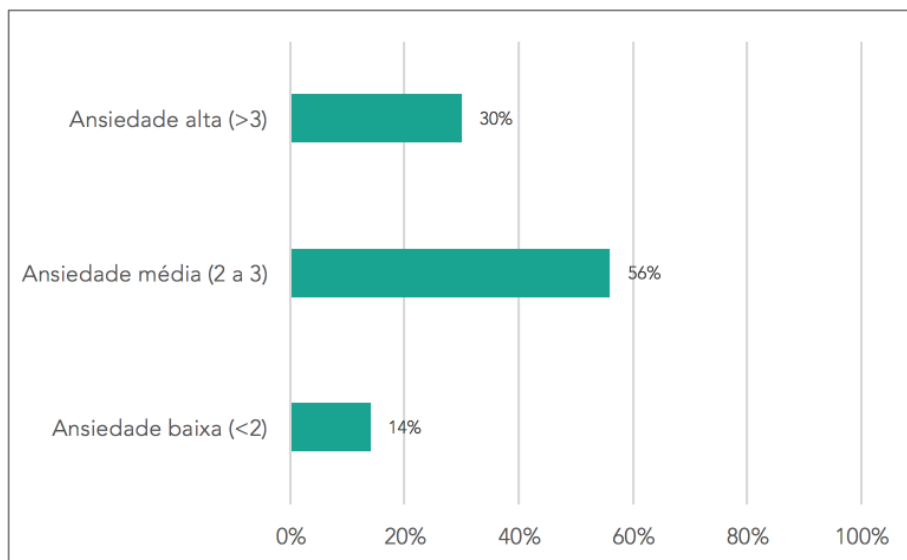


Figura 47. Depressão.

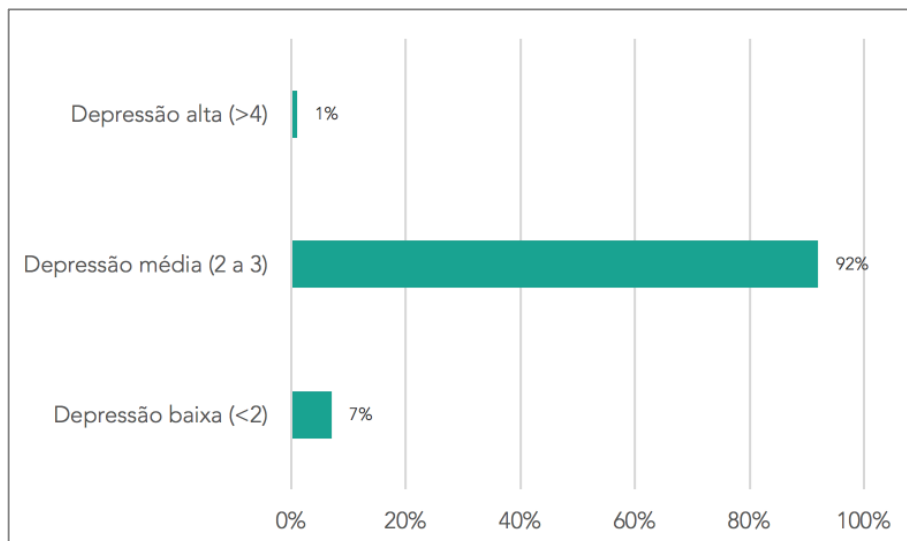
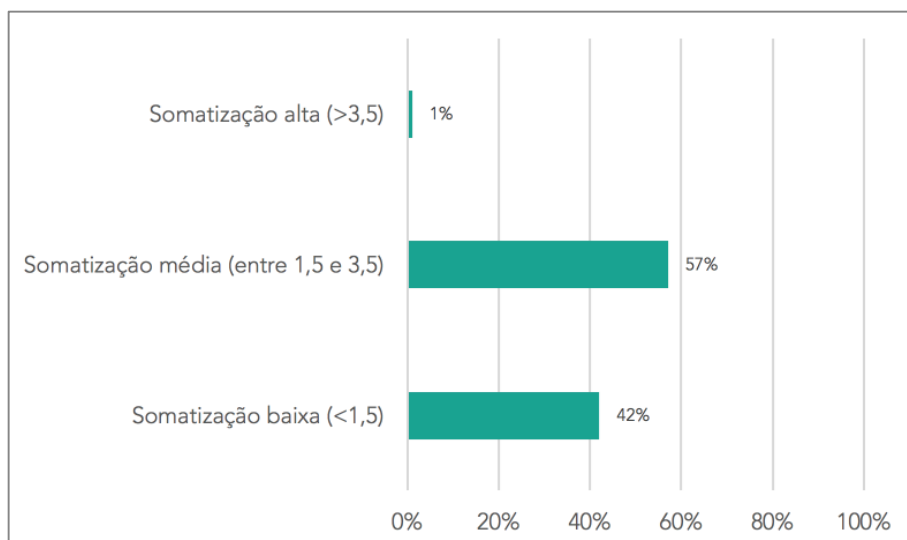


Figura 48. Somatização.



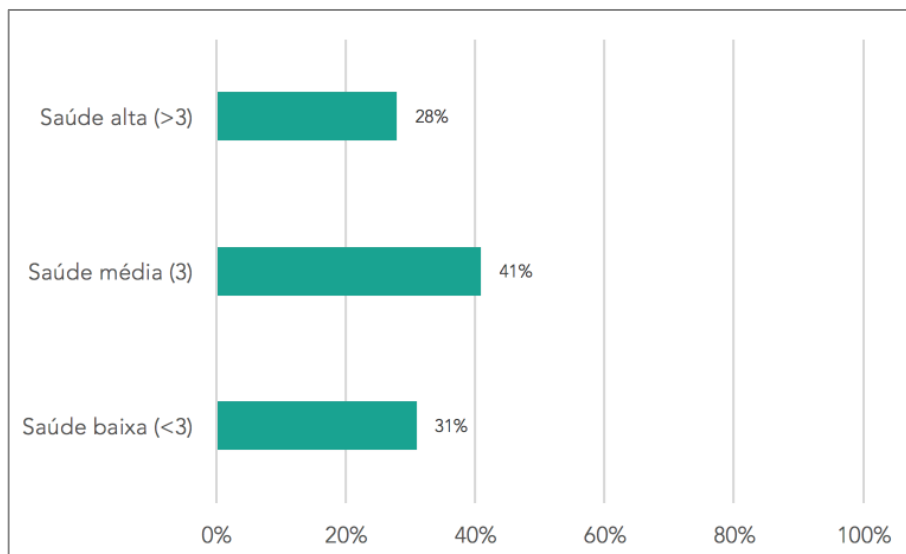
No que respeita à Perceção de **Saúde Física**, os resultados indicam que os médicos reporam valores médios.

Tabela 42. Medidas descritivas da variável de Perceção de Saúde Física.

Nome da Variável	n	Descritiva	Observações
Perceção de Saúde Física ⁺	9074	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=2.99 [2.97-3.01] DP=.90</p> <p>Frequências:</p> <p>Saúde baixa (<3)=31% Saúde média (3)=41% Saúde alta (>3)=28%</p>	Varia de 1 a 5, quanto maior o valor, melhor a perceção de Saúde Física

+ Gráfico com representação dos valores nas figuras seguintes a esta tabela.

Figura 49. Perceção de Saúde Física.



Quanto aos comportamentos aditivos, em todos os indicadores os inquiridos reportam valores muito baixos.

Tabela 43. Medidas descritivas das variáveis de Consumos.

Nome da Variável	n	Descritiva	Observações
Consumo de Tabaco	9077	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=0.83* [.78-.88] DP=2.25 Frequências: Baixo (<4)=90% Médio (4 a 6)=4% Alto (>6)=6%	Varia de 0 a 10, quanto maior o valor, maior o maior o descontrolo e dependência no Consumo de Tabaco
Consumos de Substâncias Lícitas	9076	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=0.45* [.42-.49] DP=1.54 Frequências: Baixo (<4)=95% Médio (4 a 6)=3% Alto (>6)=2%	Varia de 0 a 10, quanto maior o valor, maior o descontrolo e dependência no Consumo de Substâncias Lícitas
Consumo de Álcool e Substâncias Ilícitas	9069	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=0.14* [.12-.16] DP=.861 Frequências: Baixo (<4)=99% Médio (4 a 6)=0% Alto (>6)=1%	Varia de 0 a 10, quanto maior o valor, maior o descontrolo e dependência no Consumo de Álcool e Substâncias ilícitas
Consumo de Café	9080	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=3.58* [3.52-3.65] DP=3.07 Frequências: Baixo (<4)=57% Médio (4 a 6)=22% Alto (>6)=21%	Varia de 0 a 10, quanto maior o valor, maior o maior o descontrolo e dependência no Consumo de Café

* A diferença para o ponto médio da escala é significativa

13.2. Consequentes Familiares

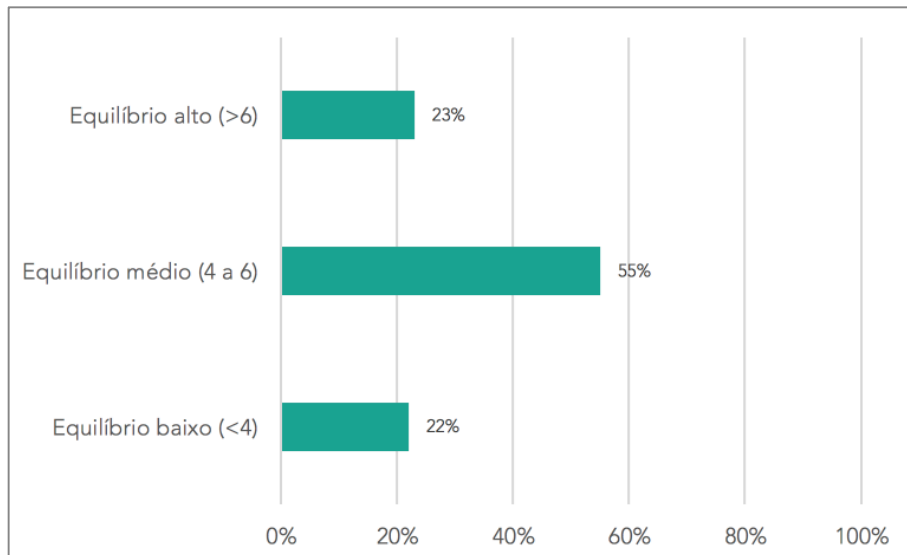
No que respeita ao **equilíbrio trabalho-família**, os resultados revelam níveis médios de equilíbrio entre as exigências do trabalho e as exigências da família.

Tabela 44. Medidas descritivas da variável Equilíbrio Trabalho-Família.

Nome da Variável	n	Descritiva	Observações
Equilíbrio Trabalho-Família	9069	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=5.07*</p> <p>[5.05-5.14]</p> <p>DP=2.03</p> <p>Frequências:</p> <p>Equilíbrio baixo (<4)=22%</p> <p>Equilíbrio médio (4 a 6)=55%</p> <p>Equilíbrio alto (>6)=23%</p>	Varia de 0 a 10, quanto maior o valor, maior o Equilíbrio entre o Trabalho e a Família

* A diferença para o ponto médio da escala é significativa

Figura 50. Equilíbrio Trabalho-Família.



13.3. Consequentes Organizacionais

Reportamos, de seguida, as percepções subjectivas relativas a três dimensões da vida organizacional: presentismo-absentismo, erros médicos e percepção de desempenho, e percepções sobre a relação indivíduo-organização. Relativamente à primeira dimensão destacam-se os seguintes resultados: os valores de **Presentismo** indicam que os participantes consideram que trabalham o, em média, o equivalente a 120% dos colegas com a mesma função. Relativamente ao **Absentismo** os valores indicam que os médicos da nossa amostra consideram que, em média, têm um excedente de trabalho de 138 horas mensais relativamente às horas que estão contratadas (o equivalente a um excedente de 35 horas semanais).

Tabela 45. Medidas descritivas das variáveis de Presentismo e Absentismo.

Nome da Variável	n	Descritiva	Observações
Presentismo	8996	<p>Média, intervalo de confiança e dp:</p> <p>M=1.22* [1.21-1.23] DP=.36</p> <p>Frequências:</p> <p>0.25-0.50=1% 0.51-0.75=4% 0.75-0.99=8% 1.00=33% 1.01-1.25=19% 1.26-1.50=15% 1.51-2.00=20%</p>	Limite inferior 0.25 (i.e., o próprio trabalha o equivalente a 25% ou menos que outros trabalhadores na mesma função) e o limite superior de 2.0 (i.e., o próprio trabalha o equivalente a 200% ou mais que outros trabalhadores na mesma função)
Absentismo	9149	<p>Média, intervalo de confiança e dp:</p> <p>M=-137.55* [-139.64-(-136.97)] DP=65.14</p> <p>Frequências:</p> <p>< -200=11% -199 a -100=75% -99 a -1=12% 0=1% >0=1%</p>	Valores positivos representam a perda em horas de trabalho para a instituição, valores negativos representam excedentes em horas de trabalho, e 0 representa ausência de perda (ou excedentes) de horas de trabalho

* A diferença para o ponto médio da escala é significativa

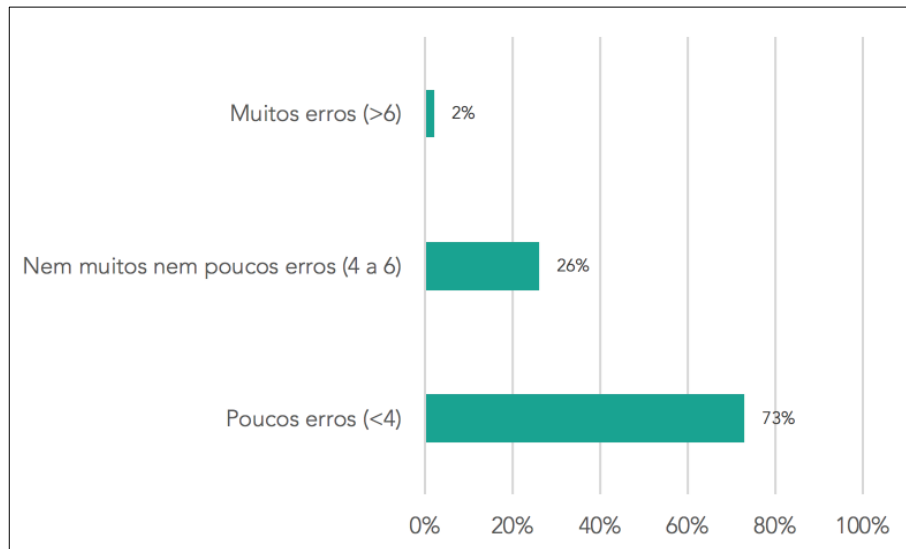
A percepção de realização de **Erros Médicos** por parte dos médicos encontram-se abaixo do ponto médio da escala. Os resultados indicam ainda que a **Percepção de Desempenho** dos médicos, no último ano, está acima do ponto médio da escala. A análise da mesma variável por categorias revela que mais de metade dos médicos tem uma percepção elevada do seu desempenho durante no último ano.

Tabela 46. Medidas descritivas dos Erros Médicos e Percepção de Desempenho.

Nome da Variável	n	Descritiva	Observações
Erros Médicos ⁺	8801	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=2.45* [2.41-2.49] DP=1.88</p> <p>Frequências:</p> <p>Poucos erros (<4)=73% Nem muitos nem poucos erros (4 a 6)=25% Muitos erros (>6)=2%</p>	Varia de 0 a 10, quanto maior o valor, maior a percepção de realização de erros médicos
Percepção de Desempenho	9049	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=6.54* [6.50-6.58] DP=1.98</p> <p>Frequências:</p> <p>Piorou (<4)=7% Igual (4 a 6) =39% Melhorou (>6)=55%</p>	Varia de 0 a 10, quanto maior o valor, melhor é a Percepção do Desempenho no último ano

+ Gráfico com representação dos valores nas figuras seguintes a esta tabela; * A diferença para o ponto médio da escala é significativa

Figura 51. Percepção de Erros Médicos.



De acordo com o modelo do investimento de Rusbult e colaboradores (e.g., Rusbult & Farrell, 1983), existem quatro estratégias de atuação organizacional na sequência de insatisfação: Saída (i.e., procura de alternativas fora da organização), Voz (i.e., discute os problemas e tenta encontrar respostas), Lealdade (i.e., espera que a situação melhore) e Negligência (i.e., comportamentos de desresponsabilização). Os resultados para estas variáveis revelam, quer pela análise das médias quer da distribuição das respostas, que os médicos da nossa amostra utilizam mais estratégias de atuação do tipo Voz. De facto, apesar da diferença estatisticamente significativa, o valor médio para a Lealdade e Negligência está muito próxima do ponto médio. Especificamente em relação às estratégias de saída os resultados indicam que todas as opções pontuam abaixo do ponto médio e que a opção que revela valores mais elevados é exercer noutra país.

Tabela 47. Medidas descritivas da Relação Indivíduo Organização.

Nome da Variável	n	Descritiva	Observações
Relação indivíduo organização: Lealdade	8819	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=5.35* [5.29-5.40] DP=2.68 Frequências: Lealdade baixa (<4)=25% Lealdade média (4 a 6)=37% Lealdade alto (>6)=38%	Varia de 0 a 10, quanto maior o valor, maior a lealdade
Relação indivíduo organização: Voz	8711	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=6.45* [6.39-6.51] DP=2.80 Frequências: Voz ativa baixa (<4)=16% Voz ativa média (4 a 6)=23% Voz ativa alta (>6)=61%	Varia de 0 a 10, quanto maior o valor, maior a voz ativa e construtiva
Relação indivíduo organização: Negligência	8609	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=5.23* [5.17-5.30] DP=2.89 Frequências: Negligência baixa(<4)=30% Negligência média (4 a 6)=32% Negligência alta (>6)=38%	Varia de 0 a 10, quanto maior o valor, maior a negligência
Intenção de Saída: rescisão de contrato	8591	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=2.90* [2.83-2.97] DP=3.50 Frequências: Pouco frequente (<4)=64% Médio=13% Muito frequente=23%	Varia de 0 a 10, quanto maior o valor, maior a intensão de saída
Intenção de Saída: transferência	8308	Média, intervalo de confiança e desvio-padrão: M=2.56* [2.48-2.63] DP=3.41	

		<p>Frequências:</p> <p>Pouco frequente (<4)=68%</p> <p>Médio=11%</p> <p>Muito frequente=21%</p>
Intenção de Saída: aposentação antecipada	7150	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=1.72*</p> <p>[1.49-1.65]</p> <p>DP=3.16</p> <p>Frequências:</p> <p>Pouco frequente (<4)=80%</p> <p>Médio=6%</p> <p>Muito frequente=14%</p>
Intenção de Saída: mudar de carreira ou de especialidade	8635	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=2.20*</p> <p>[2.13-2.27]</p> <p>DP=3.24</p> <p>Frequências:</p> <p>Pouco frequente (<4)=73%</p> <p>Médio=10%</p> <p>Muito frequente=17%</p>
Intenção de Saída: exercer noutro país	8829	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=3.35*</p> <p>[3.28-3.43]</p> <p>DP=3.61</p> <p>Frequências:</p> <p>Pouco frequente (<4)=58%</p> <p>Médio=15%</p> <p>Muito frequente=27%</p>
Intenção de Saída: mudar completamente de profissão	8884	<p>Média, intervalo de confiança e desvio-padrão:</p> <p>M=2.47*</p> <p>[2.41-2.54]</p> <p>DP=3.31</p> <p>Frequências:</p> <p>Pouco frequente (<4)=69%</p> <p>Médio=13%</p> <p>Muito frequente=17%</p>

* A diferença para o ponto médio da escala é significativa

(Página intencionalmente deixada em branco)

14. Relações entre variáveis consequentes e dimensões do *Burnout*

De acordo com a investigação das últimas décadas o *Burnout* pode afetar a saúde física e mental dos médicos, influenciar negativamente o seu relacionamento interpessoal, a qualidade do seu desempenho e associar-se a fenómenos como o Absentismo ou a Intenção de Saída ou abandono da profissão (e.g. Lee et al., 2013; Shanafelt et al., 2012; West et al., 2016). Deste modo, no presente estudo, na análise dos consequentes dos indicadores de *Burnout* consideraram-se variáveis Pessoais, Familiares e Organizacionais. Uma análise preliminar utilizando ANOVAs com os consequentes como variáveis dependentes e com as categorias dos indicadores de *Burnout* com variáveis independentes com três níveis (baixo, médio e alto), indica que todos os consequentes diferem significativamente em função dos níveis de *Burnout* nos três indicadores. Este resultados são pouco discriminativos mas não são inesperados, inclusivamente do ponto de vista estatístico e dado que, pela dimensão da amostra, os teste aplicados têm elevada potência de teste. Assim, para testar o contributo relativo de cada indicador de *Burnout*, nas secções que se seguem apresentam-se os resultados de análise de regressão linear com os três indicadores para cada um dos consequentes em estudo.

14.1. Consequentes Pessoais

De acordo com os resultados das análises de regressão linear realizadas, a **Ansiedade**, a **Depressão**, a **Somatização** e a Perceção de **Saúde Física** são os consequentes pessoais dos indicadores de *Burnout* mais relevantes identificados no presente estudo. Contudo, importa lembrar que a proporção de médicos com níveis de ansiedade e depressão acima do ponto de corte são de, respectivamente, 45 e 21%.

Para todos estes consequentes, a Exaustão Emocional e a Diminuição da Realização Profissional constituem preditores significativos e com o maior valor preditivo. Deste modo, quanto mais elevada for a Exaustão Emocional ou a Diminuição da Realização Profissional maior a probabilidade de se verificarem níveis elevados de Ansiedade, de

Depressão e de Somatização e percepção de menor Saúde Física. Os resultados do presente estudo estão parcialmente em linha com os da meta-análise realizada por Lee e colaboradores (2013) sobre os correlatos do *Burnout* dos médicos, a qual incidiu apenas sobre os indicadores Exaustão Emocional e Despersonalização mas não sobre a Diminuição da Realização Profissional. Assim, tal como no presente estudo, na meta-análise verificou-se uma forte associação da Exaustão Emocional com problemas de saúde mental e moderada com problemas de saúde física; a Despersonalização mostrou-se também moderadamente associada com os problemas de saúde mental.

Tabela 48. Preditores da Ansiedade ($R^2_{\text{ajustado}}=0.41$, $p<0.01$).

Indicadores de <i>Burnout</i>	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Exaustão Emocional	0.57*	-59.93	0.00
Despersonalização	-0.02	-1.35	0.18
Diminuição de Realização Profissional	0.14*	13.40	0.00

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p<0.01$)

Tabela 49. Preditores da Depressão ($R^2_{\text{ajustado}}=0.05$, $p<0.01$).

Indicadores de <i>Burnout</i>	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Exaustão Emocional	0.16*	13.00	0.00
Despersonalização	-0.04	-2.98	0.00
Diminuição de Realização Profissional	0.14*	-10.77	0.00

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p<0.01$)

Tabela 50. Preditores da Somatização ($R^2_{\text{ajustado}}=0.30$, $p<0.01$).

Indicadores de <i>Burnout</i>	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Exaustão Emocional	0.51*	49.43	0.00
Despersonalização	-0.04	-3.09	0.00
Diminuição de Realização Profissional	0.12*	-10.63	0.00

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p<0.01$)

Tabela 51. Preditores da Saúde Física ($R^2_{\text{ajustado}}=0.12$, $p<0.01$).

Indicadores de <i>Burnout</i>	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Exaustão Emocional	-0.31*	-26.52	0.00
Despersonalização	0.06	4.40	0.00
Diminuição de Realização Profissional	-0.13*	10.39	0.00

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p<0.01$)

No conjunto das variáveis Pessoais estudadas, os Consumos e Dependência não se revelaram igualmente como consequentes relevantes dos indicadores de *Burnout*.

14.2. Consequentes Familiares

O Equilíbrio percebido entre o Trabalho e a Família foi o consequente familiar dos indicadores de *Burnout* analisado neste estudo, verificando-se que quanto maior a Exaustão Emocional menor o **Equilíbrio Trabalho-Família** percebido pelos médicos. Na referida meta-análise (Lee et al., 2013) verificou-se, uma vez mais em consonância com os resultados do presente estudo, que a Exaustão Emocional estava fortemente associada com o conflito trabalho-família; adicionalmente verificou-se também uma associação moderada da Despersonalização com este tipo de conflito entre a vida profissional e familiar.

Tabela 52. Preditores do Equilíbrio Trabalho-Família ($R^2_{\text{ajustado}}=0.27$, $p<0.01$).

Indicadores de <i>Burnout</i>	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Exaustão Emocional	-0.47*	44.57	0.00
Despersonalização	0.00	0.06	0.96
Diminuição de Realização Profissional	-0.09	-8.03	0.00

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p<0.01$)

14.3. Consequentes Organizacionais

A percepção de **Erros** na prática médica é o consequente organizacional dos indicadores de *Burnout* que emerge como mais relevante no presente estudo, verificando-se que quanto maior a Despersonalização maior a probabilidade de Erros Médicos percebidos pelos médicos. Diversos estudos com médicos têm identificado uma forte relação entre o *Burnout* e a auto-percepção de Erros Médicos graves (e.g. West, Tan, Habermann, Sloan, & Shanafelt, 2009), com alguns a indicarem uma maior probabilidade de auto-reporte de Erros Médicos associada aos níveis de Despersonalização do que a verificada para os níveis de Exaustão Emocional (Shanafelt et al., 2010).

Tabela 53. Preditores de Erros Médicos ($R^2_{\text{ajustado}}=0.13$, $p<0.01$).

Indicadores de <i>Burnout</i>	$\beta_{\text{standardizado}}$	t	valor-p
Exaustão Emocional	-0.01	-1.04	0.30
Despersonalização	0.32*	22.65	0.00
Diminuição de Realização Profissional	-0.06	-4.96	0.00

* Preditor significativo de acordo com os critérios adotados ($\beta_{\text{standardizado}} > |0.10|$ e $p<0.01$)

Pelo contrário as restantes variáveis Organizacionais estudadas, a saber o Absentismo e Presentismo, a Percepção de Desempenho, as Relações Indivíduo-Organização e as Intenções de Saída, não se revelaram conseqüentes relevantes dos indicadores de *Burnout* no presente estudo.

Entre todos os modelos estudados, o da Ansiedade é o que apresenta um maior valor explicativo, concretamente 41% da variância da Ansiedade é explicada pelo conjunto dos três indicadores de *Burnout*. Pelo contrário estes indicadores apenas explicam 5% da variância da Depressão. As relações entre *Burnout*, Ansiedade e Depressão são complexas com alguns estudos a encontrarem por exemplo associações significativas entre o *Burnout* e a Ansiedade (e.g. Richardsen, Burke, & Leiter, 2007) e outros a identificarem diferenças em função do Sexo, de tal modo que o *Burnout* se relaciona significativamente com a ansiedade apenas nas mulheres (Toker, Shirom, Shapira, Berliner, & Melamed, 2005). No estudo dos EUA (Shanafelt et al., 2012) em que se compararam os médicos das diversas Especialidades com a população em geral, apenas se verificaram diferenças significativas nos níveis de *Burnout* mas não nos de Depressão, sugerindo que os níveis mais elevados de *distress* nos médicos se limitam ao *Burnout* Profissional, sem que este apresente uma associação significativa com a Depressão, em certa medida em linha com os resultados do presente estudo. Outros estudos mostram contudo relações significativas entre *Burnout* e Depressão, por exemplo nos médicos dentistas (Ahola & Hakanen, 2007).

Figura 52. Valores dos $\beta_{\text{standardizados}}$ para cada um dos indicadores de *Burnout* e respetivos consequentes (valores significativos ultrapassam a linha vermelha).

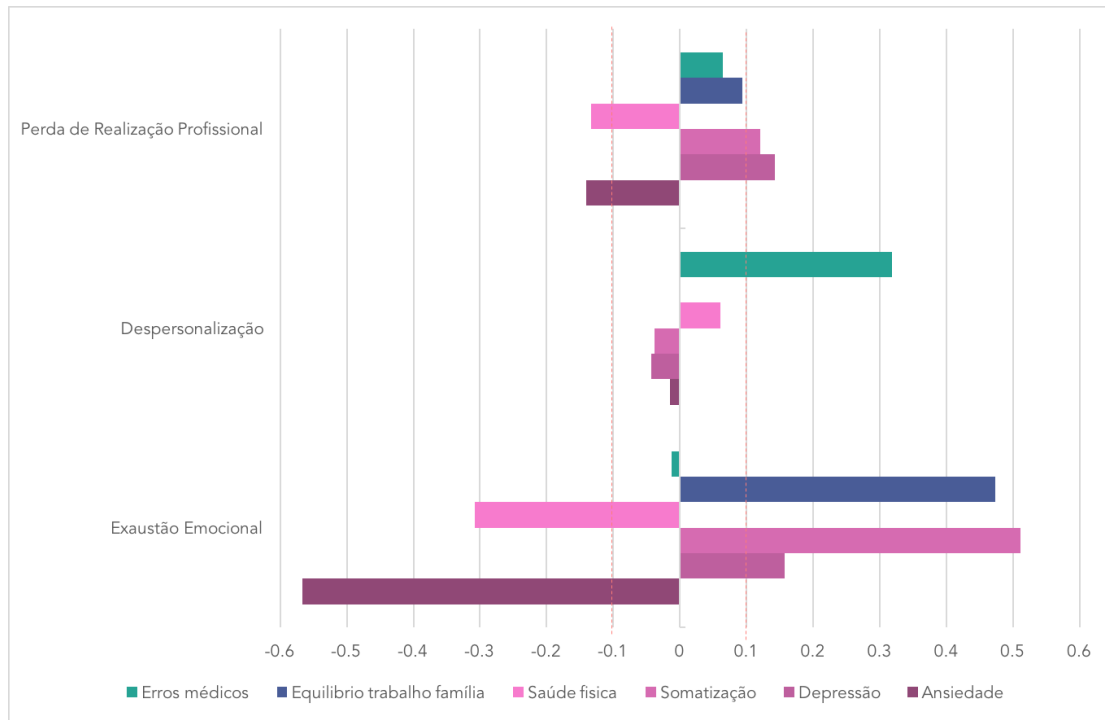
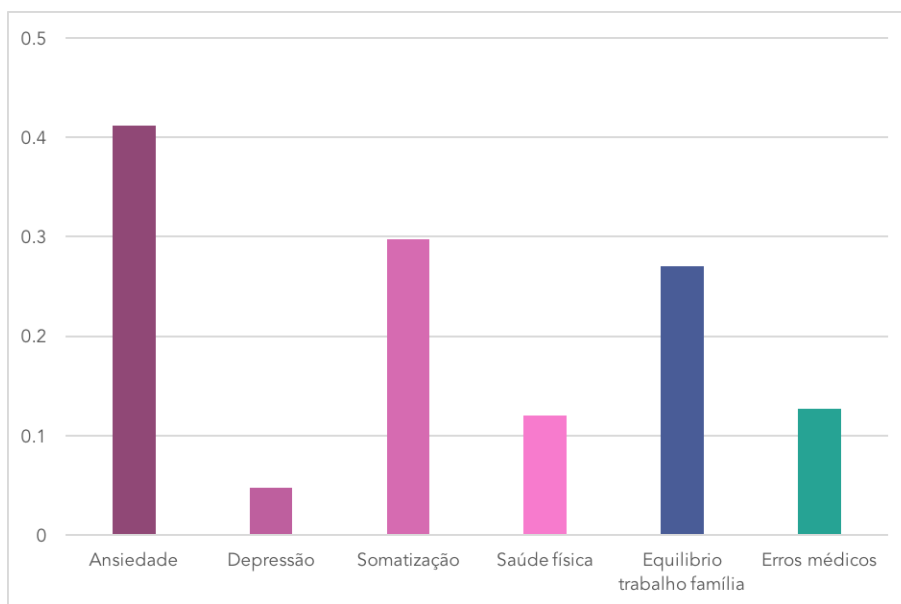


Figura 53. Valores do tamanho do efeito de cada um dos consequentes estudados.



15. Conclusões

O presente estudo teve por **objetivo central** caracterizar a classe médica em Portugal relativamente aos três grandes indicadores de *Burnout* - Exaustão Emocional, Despersonalização e Diminuição da Realização Profissional - bem como analisar os seus principais antecedentes e consequentes.

É, nesta medida, um **estudo inovador à luz da investigação revista sobre *Burnout* profissional dos médicos**. Efetivamente, os estudos com a abrangência do presente, por terem sido realizados a nível nacional e contemplarem as diversas especialidades médicas (e.g. estudo realizado nos EUA por Shanafelt e colaboradores em 2012), não analisaram o valor preditivo de um leque tão amplo de variáveis na explicação do *Burnout* ou as relações desta síndrome com uma tão grande diversidade de consequentes. Deste modo, os contributos do presente estudo vão para além da mais habitual análise da prevalência do *Burnout* nos médicos, fornecendo pistas valiosas sobre diversos fatores de risco para o desenvolvimento de reações de *Burnout* nestes profissionais e sobre os impactos destas ao nível pessoal, familiar e organizacional.

Prevalência e antecedentes dos indicadores de *Burnout*

No que diz respeito à **prevalência dos indicadores de *Burnout***, os resultados revelam que 66% dos médicos da amostra apresentam um nível elevado de Exaustão Emocional, 39% um nível elevado de Despersonalização, e 30% um elevado nível de Diminuição da Realização Profissional⁸.

⁸ No que refere aos resultados relativos à prevalência destes indicadores por Especialidade médica remete-se o leitor para o ponto anterior deste relatório em que os mesmos são apresentados com o detalhe e abrangência que esta questão exige. A interpretação mais aprofundada desses resultados estatísticos será futuramente feita em articulação com a equipa

À constatação do desgaste acentuado, associado à atividade médica, que estes valores por si só revelam, acresce a comparação desfavorável em relação ao estudo de referência realizado nos Estados Unidos da América (Shanafelt et al., 2012), em que se verificaram percentagens inferiores de médicos com níveis altos nas três dimensões do *Burnout*.

Valores tão elevados como os encontrados no presente estudo, em particular dois terços dos médicos inquiridos com elevada Exaustão Emocional, conduzem desde logo à compreensão do *Burnout* como um problema socioprofissional com raízes no sistema de saúde, não podendo ser justificado com base em características individuais relacionadas com fragilidades pessoais (Shanafelt et al., 2012).

A **análise integrada dos resultados relativos aos antecedentes dos três tipos de indicadores de *Burnout*** reforça claramente esta perspetiva, evidenciando o papel dos fatores de natureza Organizacional na explicação deste fenómeno. Nesta análise foram considerados para além destes fatores, variáveis Sociodemográficas, Profissionais, referentes à Carga Horária da atividade profissional, de natureza Intrapessoal, e, por último, à Identidade Profissional com a Classe Médica.

Desde logo, as Exigências e os Recursos Organizacionais percecionados pelos médicos são, no conjunto, o tipo de variável que explica uma maior proporção da variância da **Exaustão Emocional** (36%), sendo este resultado consonante com o de outros estudos sobre médicos (e.g. Houkes et al., 2008).

Concretizando, os melhores preditores de elevados níveis de Exaustão Emocional são, ao nível organizacional, a perceção de baixos Recursos e de elevadas Exigências associadas, designadamente, aos Horários de Trabalho e à Relação com os Doentes em Geral.

Ao nível Intrapessoal surgem também como preditores relevantes a menor perceção de Controlo pessoal sobre a vida e ter menos Cuidados consigo próprio.

De modo menos expressivo mas igualmente significativas encontram-se como preditoras da Exaustão Emocional variáveis relativas à Identidade Profissional (e.g.

técnico-científica da Ordem dos Médicos tendo em vista a compreensão do seu significado à luz das especificidades das diferentes Especialidades.

percepção de menor Justiça Procedimental), Profissionais (e.g. trabalhar no Setor Público), referentes à Carga Horária (e.g. não fazer Descanso Compensatório) e Sociodemográficas (Idade do Filho mais Novo).

Quanto à **Despersonalização**, as Exigências e os Recursos Organizacionais percebidos pelos médicos configuram-se, uma vez mais e em consonância com estudos anteriores (e.g. Houkes et al., 2008), como o tipo de variável que explica uma maior proporção da variância da Despersonalização (19%).

Especificando, perceber baixos Recursos e elevadas Exigências associadas, novamente, aos Horários de Trabalho e à Relação com os Doentes em Geral, revelam-se os melhores preditores de níveis de Despersonalização elevados.

A estes preditores acrescentam-se uma variável da ordem da Identidade Profissional, a saber ter menor Identificação com a Classe Médica, e duas características Sociodemográficas-Profissionais frequentemente encontradas como fatores de risco para a Despersonalização, concretamente, ser homem e ter menos Anos de Prática Profissional.

Com menor relevo mas igualmente de referir pela sua significância, algumas variáveis Intrapessoais também se revelam predictoras da Despersonalização (e.g. menores Cuidados com o próprio). Pelo contrário, as variáveis relativas à Carga Horária não se configuraram como predictoras significativas desta dimensão do *Burnout*.

A **Diminuição da Realização Profissional** tem sido conceptualizada como um indicador do *Burnout* mais associado, em diversas investigações, a variáveis Intrapessoais (Schaufeli & Enzmann, 1998). Efetivamente, no presente estudo os fatores Intrapessoais são, no conjunto, o tipo de variável que explica uma maior proporção da variância da Diminuição da Realização Profissional dos médicos inquiridos (22%), destacando-se pelo seu valor preditivo desta dimensão do *Burnout*, concretamente, ter menor Otimismo e ter menor Orientação para a Resolução de Problemas.

Contudo, perceber baixos Recursos e elevadas Exigências Organizacionais associadas à Relação com os Doentes em Geral e ter uma menor Identificação com a Classe Médica, uma variável de Identidade Profissional, surgem também como preditores relevantes de elevada Diminuição da Realização Profissional nos médicos.

Por último, ainda de referir pela sua significância, mas com menor relevo, o valor preditivo de algumas variáveis Profissionais (e.g. Contexto de Trabalho - trabalhar menos em Equipa) e Sociodemográficas (Idade – ser mais novo). As variáveis relativas

à Carga Horária não se configuraram como preditoras significativas desta dimensão de Diminuição da Realização Profissional.

Em síntese, o presente estudo mostra que, apesar do contributo de outras variáveis na explicação das dimensões do *Burnout* dos médicos Portugueses, são os fatores Organizacionais que se associam mais consistentemente a este fenómeno.

Consequentes dos indicadores de *Burnout*

De acordo com o modelo teórico de enquadramento e com os resultados da investigação das últimas décadas sobre os impactos do *Burnout*, neste estudo procedeu-se ainda à análise das **consequências Pessoais, Familiares e Organizacionais dos indicadores de *Burnout***.

A **nível Pessoal** as consequências do foro da saúde mental e física, em particular queixas de Ansiedade, de Depressão, de Somatização, e de baixa Saúde Física, foram as que apresentaram uma associação mais forte e significativa com os indicadores de *Burnout*⁹. Para todas elas, a Exaustão Emocional e a Diminuição da Realização Profissional são os indicadores de *Burnout* com maior valor preditivo, indo ao encontro - no que se refere à Exaustão Emocional - dos resultados de uma meta-análise realizada por Lee e colaboradores (2013) sobre os correlatos do *Burnout* dos médicos.

Pelo contrário, os Consumos e Dependência não se revelam como consequentes Pessoais relevantes dos indicadores de *Burnout* no presente estudo.

A **nível Familiar** a diminuição do Equilíbrio na relação Trabalho-Família foi o consequente do *Burnout* estudado, configurando-se como um consequente significativo concretamente da sua dimensão de Exaustão Emocional, em linha com os resultados da referida meta-análise (Lee et al.,2013).

⁹ Contudo, importa lembrar que a proporção de médicos com níveis de ansiedade e depressão acima do ponto de corte são de, respectivamente, 45 e 21%.

Finalmente, ao **nível Organizacional** a auto-perceção de Erros na prática médica é o consequente que emerge como mais relevante, surgindo neste caso associado à dimensão de Despersonalização, tal como verificado noutras investigações com médicos (Shanafelt et al., 2010).

As restantes variáveis Organizacionais estudadas (Absentismo e Presentismo, Percepção de Desempenho, Relação Indivíduo-Organização e Intenções de Saída) não emergiram como consequentes relevantes dos indicadores de *Burnout*.

Em suma, o presente estudo mostra que o *Burnout* pode afetar negativamente a saúde física e mental dos médicos, influenciar negativamente a sua relação com a família, bem como a qualidade do seu desempenho, acrescentando, deste modo, ao seu impacto próprio, outros impactos nocivos a nível pessoal, familiar e organizacional.

No conjunto, os resultados relativos à prevalência, antecedentes e consequentes do *Burnout* nos médicos Portugueses sinalizam não só a necessidade de prevenir fatores que, como acabamos de ilustrar, contribuem para o desenvolvimento das reações de *Burnout*, mas também de reduzir as consequências nefastas que estas acarretam para a saúde dos próprios profissionais e para o seu desempenho, com custos evidentes para a qualidade dos cuidados prestados aos doentes e para as organizações e sistemas de saúde em que trabalham.

Envolvimento (*Engagement*) com o trabalho e Bem-Estar Pessoal

Um outro aspecto inovador do presente estudo refere-se à recolha de dados realizada sobre indicadores de adaptação positiva dos médicos inquiridos, a par dos dados habitualmente recolhidos nos outros estudos exclusivamente sobre as reações disfuncionais ao stress profissional (*Burnout*).

Apesar de 7% dos médicos da amostra em estudo apresentarem valores elevados simultaneamente nos três indicadores de *Burnout* e de dois terços evidenciarem altos níveis de Exaustão Emocional, esta opção permitiu verificar que 75% apresentam **níveis de Envolvimento com o trabalho** (*Engagement*) acima da média e **níveis de Bem-Estar Pessoal** superiores aos identificados para a população ativa empregada

Portuguesa, constituindo estes dois resultados indicadores positivos de adaptação dos médicos inquiridos às circunstâncias profissionais desafiantes que enfrentam.

Estes resultados, em particular os que se referem ao Envolvimento, merecem destaque, uma vez que o Envolvimento constitui uma variável de motivação para o trabalho fundamental.

Os trabalhadores envolvidos (*engaged*) caracterizam-se pela paixão que têm pelo seu trabalho e trabalham arduamente porque genuinamente o querem fazer, considerando o seu trabalho como gratificante e valioso (Schaufeli & Bakker, 2010; Schaufeli & Salanova, 2007). Dado o seu papel como potencial amortecedor do impacto do stress profissional nos indicadores de *Burnout*, o desenvolvimento de políticas e práticas organizacionais de sustentação do Envolvimento profissional dos médicos Portugueses merece pois atenção por parte dos decisores.

Amostra do estudo, robustez, compreensibilidade e implicações dos resultados

A **amostra recolhida** constitui uma outra mais valia do estudo que importa sublinhar.

Desde logo na medida em que se configura como representativa e que se verificou uma taxa de resposta muito elevada, de 29% (para as variáveis dependentes), contribuindo estes dois aspectos para a robustez dos resultados encontrados.

Esta taxa de resposta compara positivamente com as obtidas em estudos de referência noutros países, designadamente com o único estudo identificado nos EUA sobre *Burnout* na classe médica a nível nacional, em que a taxa de resposta foi de 8% (Shanafelt et al., 2012). Um grande estudo Europeu envolvendo diversos países (Soler et al., 2008) dirigiu-se apenas ao universo dos Médicos de Família, não fornecendo, deste modo, termos comparáveis.

Por outro lado pela sua abrangência nacional, a amostra do estudo confere aos resultados obtidos grande relevo tanto do ponto de vista da compreensão do fenómeno do *Burnout* nos médicos Portugueses como numa perspectiva aplicada, da intervenção sociopolítica e profissional que sugerem.

Neste sentido e para finalizar, é importante que o presente estudo não se esgote nas páginas deste relatório e possa contribuir para a discussão de políticas públicas informadas e para a implementação de medidas de mudança organizacional tendo em vista a prevenção do *Burnout* na classe médica.

(Página intencionalmente deixada em branco)

16. Bibliografia

- Ahola, K., & Hakanen, J. (2007). Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders, 104*(1-3), 103-110. doi: 10.1016/j.jad.2007.03.004
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American psychological association* (6.^a ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Arbuckle, J. L. (2008). *Amos 17 user's guide*. Chicago, IL: SPSS.
- Bakker, A., Hakanen, J., Demerouti, E., & Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology, 99*(2), 274–284. doi: 10.1037/0022-0663.99.2.274
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Sixma, H. J., Bosveld, W., & Van Dierendonck, D. (2000). Patient demands, lack of reciprocity and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior, 21*(4), 425-441. doi: 10.1002/(SICI)1099-1379
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin, 107*(2), 238-246. doi: 10.1037/0033-2909.107.2.238
- Bentler, P. M., & Bonett, D.G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin, 88*(3), 588-606. doi: 10.1037/0033-2909.88.3.588
- Brewer, C. S., Chao, Y-Y., Colder, C. R., Kovner, C. T., & Chacko, T. P. (2015). A structural equation model of turnover for a longitudinal survey among early career registered nurses. *International Journal of Nursing Studies, 52*(11), 1735-1745. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.06.017
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford Press.

- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods and Research*, 21(2), 230-258. doi: 10.1177/0049124192021002005
- Cameron, J. E. (2004). A three-factor model of social identity. *Self and identity*, 3(3), 239-262. doi: 10.1080/13576500444000047
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Chambers, R., Wakley, G., & Blenkinsopp, A., Practitioners, R. C. (2006). *Supporting self care in primary care*. Oxford, Seattle: Radcliffe Publishing.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (3rd Editio). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. Inc., Publishers.
- Chopra, S., Sotile, W. M., & Sotile, M. O. (2004). Physician burnout. *JAMA*, 291(5), 633. doi: 10.1001/jama.291.5.633
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98-104. doi: 10.1037/0021-9010.78.1.98
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. doi: 10.1007/BF02310555
- Demerouti, E., Bakker, A., de Jonge, J., Janssen, P., & Schaufeli, W. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work and Environment and Health*, 27, 279-286. doi.org/10.5271/sjweh.615
- Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., Thanh, N. X., & Jacobs, P. (2014). How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 14:325. doi: 10.1186/1472-6963-14-325
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1),71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13

- ESS Round 7: European Social Survey Round 7 Data (2014). Data file edition 1.0. Norwegian Social Science Data Services, Norway – Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC.
- ESS Round 7: European Social Survey (2015): ESS-7 2014 Documentation Report. Edition 1.0. Bergen, European Social Survey Data Archive, Norwegian Social Science Data Services for ESS ERIC.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4(3), 272-299. doi: 10.1037/1082-989X.4.3.272
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS: And sex drugs and rock'n'roll*. London: Sage Publications.
- Ferri, C.P., Marsden, J, Araujo, M., Laranjeira, R. R., & Gossop, M. (2000). *Drug and Alcohol Review*, 19(4),451-455. doi: 10.1080/713659418
- Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7(3), 286-299. doi: 10.1037/1040-3590.7.3.286
- Frasquilho, M. A. (2005). Medicina, médicos e pessoas. Compreender o stresse para prevenir o burnout. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 433-444.
- Gierk, B., Kohlmann, S., Kroenke, K., Spangenberg, L., Zenger, M., Brähler, E., & Löwe, B. (2014). The somatic symptom scale–8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 399-407. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.12179.
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. M. (2000). *Criterios normativos y diferenciales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo en Espana*. Comunicação apresentada no 1.º Congresso Hispano-Português de Psicologia, Santiago de Compostela, Espanha.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995). The severity of dependence scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5), 607-14. doi: 10.1046/j.1360-0443.1995.9056072.x

- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Hair, J. F., Black, W., Babin, B., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2005). *Multivariate data analysis* (5.^a ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hemphill, J. F. (2003). Interpreting the magnitudes of correlation coefficients. *The American Psychologist*, 58(1), 78–79. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.78>
- Hirschman, A. O. (1970). *Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Houkes, I., Winants, Y., & Twellaar, M. (2008). Specific determinants of burnout among male and female general practitioners: A cross-lagged panel analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 81(2), 249-276. doi: 10.1348/096317907X218197
- Houkes, I., Winants, Y., Twellaar, M., Verdonk, P. (2011). Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC Public Health*, 11:240. doi: 10.1186/1471-2458-11-240
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- James, G., Witten, D., Hastie, T., & Tibshirani, R. (2013). *An introduction to statistical learning: With applications in R*. New York: Springer.
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 195-213). Washington, DC: Hemisphere.
- Jesus, E. H., Marques Pinto, A., Fronteira, I.S.E., & Mendes, A.M.O.C. (2014). Estudo RN4Cast em Portugal: Percepção dos enfermeiros sobre burnout. *Revista Investigação em Enfermagem*, 9(2), 47-59.
- Judd, C. M., McClelland, J. C., & Ryan, C. S. (2008). *Data analysis: A model comparison approach*. New York: Routledge.

- Kessler, R. C., Ames, M., Hymel, P. A., Loeppke, R., McKenas, D. K., Richling, D., ...Üstün, T. B. (2004). Using the WHO Health and Work Performance Questionnaire (HPQ) to evaluate the indirect workplace costs of illness. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(Suppl. 6), S23-S37.
- Kessler, R. C., Barber, C., Beck, A. L., Berglund, P. A., Cleary, P. D., McKenas, D., ... Wang, P. S. (2003). The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(2), 156-174.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, R. T., Seo, B., Hladkyj, S., Lovell, B. L., & Schwartzmann, L. (2013). Correlates of physician burnout across regions and specialties: A meta-analysis. *Human Resources for Health*, 11:48. doi: 10.1186/1478-4491-11-48
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2004). Areas of work-life: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In P. L. Perrewe & D. C. Ganster (Eds.), *Research in occupational stress and well-being* (vol. 3, pp. 91-134). Oxford: Elsevier.
- Lima, M. L. (2004). Perceção de risco e qualidade de vida: Impactos psicossociais de viver junto da incineradora. 8ª Conferência Nacional de Ambiente. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa.
- Lima, M. & Vala, J. (2004). Racismo e democracia racial no Brasil. In J. Vala, M. Garrido e P. Alcobia (Eds.), *Percursos da investigação em Psicologia Social e Organizacional* (pp. 233-253). Lisboa: Edições Colibri.
- Llorens, S., Bakker, A., Schaufeli, W. B. & Salanova, M. (2006). Testing the robustness of the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management*, 13(3), 378-391. doi: 10.1037/1072-5245.13.3.378
- Machado Vaz, F. (2009). *Diferenciação e regulação emocional na idade adulta: Tradução e validação de dois instrumentos de avaliação para a população portuguesa*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia (Psicologia Clínica), Braga, Portugal.
- Marcelino, G., Cerveira, J. M., Carvalho, I., Costa, J. A., Lopes, M., Calado, N. E., & Marques-Vidal, P. (2012). Burnout levels among Portuguese family doctors: A nationwide survey. *BMJ Open*, 2(3), 1-6. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001050

- Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais – Fundamentos teóricos, software & aplicações* (2.ª ed.). Pêro Pinheiro: Report Number.
- Marques, J. G., Machado, D., Ouakinin, S., & Figueira, M. L. (2015). Vulnerability to stress and psychopathology among third year medical students. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*, 2(3), 1-6. doi: 10.21035/ijcnmh.2015.2.3
- Marques Pinto, A. (2002). Estudo de adaptação do Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey numa amostra portuguesa. In APAV (2002). *Relatório de avaliação técnica e científica do serviço de informação a vítimas de violência doméstica prestado pela APAV em 2002*. Lisboa: APAV.
- Marques Pinto, A., Jesus, E. H., Mendes, A.M.O.C., & Fronteira, I.S.E. (2015). Estudo RN4Cast em Portugal: Work engagement dos enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, 10(2), 26-37.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5(9), 16-22.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach burnout inventory manual* (2.ª ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach burnout inventory manual* (3.ª ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Meliá, J., & Peiró, J. (1989). La medida de satisfacción laboral en contextos organizacionales: El Cuestionario de satisfacción S20/23. *Psicologemas*, 5, 59-74.
- Montgomery, A. J., Panagopolou, E., & Benos, A. (2006). Work-family interference as a mediator between job demands and job burnout among doctors. *Stress and Health*, 22(3), 203-212. doi: 10.1002/smi.1104
- Moorey, S., Greer, S., Watson, W., Gorman, C., Rowden, L., Tunmore, R.,...,Bliss, J. (1991). The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *British Journal of Psychiatry*, 158(2), 255-259. doi: 10.1192/bjp.158.2.255
- Nunes, R., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1999). *Escala de autoeficácia geral percebida*. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/auto.htm>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2.ª ed.). New York: McGraw-Hill.

- Pais Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1),3-15.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, health & medicine*, 12(2), 225-237.
- Pichler, F. (2008). Determinants of work-life balance: Shortcomings in the contemporary measurement of WLB in large-scale surveys. *Social Indicators Research*, 92(3), 449-469. doi: 10.1007/s11205-008-9297-5
- Preacher, K. J., & MacCallum, R. C. (2003). Repairing Tom Swift's electric factor analysis machine. *Understanding Statistics*, 2(1), 13-43. doi: 10.1207/S15328031US0201_02
- Prins, J., Hoekstra-Weebers, J., Gazendam-Domafrio, S., Dilingh, G., Bakker, A., Huisman, M., & Heijden, F. (2010). Burnout and engagement among resident doctors in the Netherland: A national study. *Medical Education*, 44(3), 236-247. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03590.x.
- Renpenning, K., & Taylor, S. G. (2011). *Self-care science, nursing theory and evidence-based practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Richardsen, A. M., Burke, R. J., & Leiter, M. P. (1992). Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. *Anxiety, Stress, & Coping*, 5(1), 55-68. doi: 10.1080/10615809208250487
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General & Applied*, 80(1), 1-28. doi: 10.1037/h0092976
- Rusbult, C. E., & Farrell, D. (1983). A longitudinal test of the investment model: The impact on job satisfaction, job commitment, and turnover of variations in rewards, costs, alternatives, and investments. *Journal of Applied Psychology*, 68(3), 429-438. doi: 10.1037/0021-9010.68.3.429
- Rusbult, C. E., Zembrodt, I. M., & Gunn, L. K. (1982). Exit, voice, loyalty, and neglect: Responses to dissatisfaction in romantic involvements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(6), 1230-1242. doi: 10.1037/0022-3514.43.6.1230
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiró, J. M., & Grau, R. (2000). Desde el 'burnout' al 'engagement': ¿Una nueva perspectiva?. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16(2), 117-134.

- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2003). *UWES – Utrecht Work Engagement Scale: Preliminary manual*. Utrecht: Occupational Health Psychology Unit, Utrecht University.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293-315. doi: 10.1002/job.248
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement*, 66(4), 701-716. doi: 10.1177/0013164405282471
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice – A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220. doi: 10.1108/13620430910966406
- Schaufeli, W. B., Martinez, I., Marques Pinto, A. Salanova, M., & Bakker, A. B. (2002). Burnout and engagement in university students: Across national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33(5), 464-481. doi: 10.1177/0022022102033005003
- Schaufeli, W. B., & Salanova, M. (2007). Work Engagement: An emerging psychological concept and its implications for organizations. In S.W. Gilliland, D.D. Steiner., & D. P. Skarlicki (Eds.). *Research in social issues in management: Managing social and ethical issues in organizations* (vol. 5, pp. 135-177). Greenwich, CT: Information Age Publishers.
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2014). A critical review of the job demands-resources model: Implications for improving work and health. In G.F. Bauer, & O. Hämmig (2014), *Bridging occupational, organizational and public health: A transdisciplinary approach* (pp. 43-68). doi: 10.1007/978-94-007-5640-3_4
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, England: NFER-NELSON.
- Scholz, U., Gutiérrez-Doña, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242-251. doi: 10.1027//1015-5759.18.3.242

- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247. doi: 10.1037//0278-6133.4.3.219
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078. doi: 10.1037//0022-3514.67.6.1063
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., ... Freischlag, J. (2010). Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*, 251(6), 995-1000. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., ... & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377-1385. doi: 10.1001/archinternmed.2012.3199
- Smets, E. M. A., Visser, M. R. M., Oort, F. J., Schaufeli, W. B., & Haes, H. J. C. J. M. (2004). Perceived inequity: Does it explain burnout among medical specialists? *Journal of Applied Social Psychology*, 34(9), 1900-1918. doi: 10.1111/j.1559-1816.2004.tb02592.x
- Soler, J. K., Yaman, H., Esteve, M., Dobbs, F., Asenova, R. S., Katić, M., ... Ungan, M. (2008). Burnout in European family doctors: The EGPRN study. *Family Practice*, 25(4), 245-265. doi: 10.1093/fampra/cmn038
- Steiger, J. H., Shapiro, A., & Browne, M. W. (1985). On the asymptotic distribution of sequential Chi square statistics. *Psychometrika*, 50(3), 253-264. doi: 10.1007/BF02294104
- Stevens, J. P. (2012). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (5.^a ed.). New York: Taylor & Francis.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Harlow: Pearson.
- Thomas, N. K. (2004). Resident burnout. *Journal of the American Medical Association*, 292(23), 2880-2889. doi: 10.1001/jama.292.23.2880

- Toker, S., Shirom, A., Shapira, I., Berliner, S., & Melamed, S. (2005). The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *Journal of Occupational Health Psychology, 10*(4), 344-362. doi: 10.1037/1076-8998.10.4.344
- Tyler, T. R. (1994). Psychological models of the justice motive: Antecedents of distributive and procedural justice. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(5), 850-863. doi:10.1037/0022-3514.67.5.850
- Vala, J., & Marinho, C. (2003). Percepções de justiça social, confiança e avaliação do sistema político. In M. Villaverde Cabral, J. Vala e A. Freire (Eds.), *Desigualdades sociais e justiça social*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Vala, J., Monteiro, M. B., Lima, L., Caetano, A. (1994). *Psicologia social das organizações: estudos em empresas portuguesas*. Lisboa: Celta
- Vala, J., & Sousa, F. (2002). Relational justice in organizations: the group-value model and the support for change. *Social Justice Research, 15*(2), 99-121. doi: 10.1023/A:1019967705790
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care, 30*(6), 473-483.
- Wald, H. S., Anthony, D., Hutchinson, T. A., Liben, S., Smilovitch, M., & Donato, A. A. (2015). Professional identity formation in medical education for humanistic, resilient physicians: pedagogic strategies for bridging theory to practice. *Academic Medicine, 90*(6), 753-760. doi: 10.1097/ACM.0000000000000725.
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet, 388*(10057), 2272-2281. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31279-X
- West, C. P., Tan, A. D., Habermann, T. M., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2009). Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA, 302*(12), 1294-1300. doi: 10.1001/jama.2009.1389.
- Wills, T. A. (1991). Social support and interpersonal relationships. In M. Clark. (Ed.), *Prosocial behavior. Review of personality and social psychology* (vol. 12., pp. 265-289). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Winefield, H. R. (2003). Work stress and its effects in General Practitioners. In M. F. Dollard, A. H. Winefield, & H. R. Winefield (Eds.), *Occupational stress in the service professions* (pp. 191–212). London: Taylor & Francis.

Zigmond, A.S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

(Página intencionalmente deixada em branco.)

Burnout na Classe Médica em
Portugal: Perspetivas Psicológicas
e Psicossociológicas