DOI 10.53681/dr69ch26

BURNOUT NOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS: UMA ANÁLISE EM TEMPOS DE PANDEMIA

BURNOUT IN OCCUPATIONAL THERAPISTS: AN ANALYSIS IN PANDEMIC TIMES

Nilzo Fialho[1]*; Victor Gomes da Silva*[2]*;Miguel Lira*[3]

Resumo

Diversos estudos sobre a Síndrome de *Burnout* demonstraram o seu grande impacto no mercado laboral, nomeadamente no absentismo, na intenção de deixar o cargo e na real saída do local de trabalho. Outros estudos provaram que sector da saúde é um dos sectores mais atingidos por esta síndrome. Por tal facto, torna-se importante avaliar a situação dos Terapeutas Ocupacionais em Portugal em relação à Síndrome de *Burnout*, no contexto de pandemia.

Com este objetivo em mente, foi realizado um estudo do tipo quantitativo. Como instrumento de recolha de dados foi utilizado o *Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey* em português.

Quanto aos resultados, a maioria dos sujeitos da amostra (69,28% - 239 sujeitos) não revelou *burnout* em nenhuma das três dimensões da escala. Por outro lado, foram detetadas diferenças significativas na dimensão exaustão emocional entre quem faltou nos últimos seis meses e quem não faltou, revelando quem faltou uma maior exaustão emocional. Foi revelada também a existência de diferenças significativas – para pior - em todas as dimensões do *burnout* em quem pensou mudar de profissão ou de organização no último mês face a quem não pensou em tal. Finalmente, revelou diferenças significativas – também para pior – (i) nas dimensões exaustão emocional e despersonalização em quem pensou mudar de profissão nos últimos seis meses face a quem não pensou em tal e (ii) nas dimensões exaustão emocional e realização pessoal baixa em quem pensou mudar de organização nos últimos seis meses face a quem não pensou em tal.

Palavras-chave: *burnout*; exaustão emocional; despersonalização; absentismo; abandono da profissão.

[1] nilzofialho@gmail.com; Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.
[2] victor.silva@uab.pt; Universidade Aberta | Departamento de Ciências Sociais e de Gestão, Lisboa, Portugal.
[3] mlira@iscac.pt; Polytechnic of Coimbra, Coimbra Business School Research Centre | ISCAC, Coimbra, Portugal.

Abstract

Several studies on Burnout Syndrome have demonstrated its great impact on the labour market, namely in absenteeism, in the intention to leave the position and in the actual departure from the workplace. Other studies have proved that the health sector is one of the sectors most affected by this syndrome. For this reason, it is important to assess the situation of Occupational Therapists in Portugal in relation to Burnout Syndrome, in the context of a pandemic.

With this objective in mind, a quantitative study was carried out. As a data collection instrument, the Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey in Portuguese was used.

As for the results, the majority of the subjects in the sample (69.28% - 239 subjects) did not reveal burnout in any of the three dimensions of the scale. On the other hand, significant differences were detected in the emotional exhaustion dimension between those who were absent in the last six months and those who did not, revealing those who were absent more emotional exhaustion. It was also revealed the existence of significant differences - for the worse - in all dimensions of burnout in those who thought about changing their profession or organization in the last month compared to those who did not think about it. Finally, it revealed significant differences - also for the worse - (i) in the emotional exhaustion and depersonalization dimensions in those who thought about changing their profession in the last six months compared to those who did not think about it and (ii) in the emotional exhaustion and low personal fulfilment dimensions in those who thought of changing organizations in the last six months compared to those who did not think of doing so.

Keywords: burnout; emotional exhaustion; depersonalization; absenteeism to work; abandonment of the profession.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde, em 2019, inclui o *burnout* na 11ª revisão da *International Classification of Diseases (ICD-11)* como um fenómeno ocupacional (World Health Organization, 2019).

O *burnout* é descrito no capítulo 'Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com os serviços de saúde', que inclui razões pelas quais as pessoas entram em contato com os serviços de saúde, mas que não são classificadas como doenças ou condições de saúde (World Health Organization, 2019).

O *burnout* tem sido associado a várias formas de alteração na vida laboral, como o absentismo, a intenção de deixar o cargo e a real saída do local de trabalho. No trabalho de Macía-Rodríguez *et al*. (2020) foi inferido que um terço dos inquiridos demostra uma elevada prevalência de *burnout*, demostrando que esta síndrome é um problema em crescimento entre os profissionais de saúde.

É por isso que o *burnout* nos profissionais de saúde tem chamado à atenção da comunidade científica, principalmente devido às suas consequências, nomeadamente o sofrimento dos profissionais, a qualidade dos cuidados prestados e os custos que impõe às organizações e sistemas de saúde (Jesus *et al*., 2014), sendo reforçada a noção de que os profissionais de saúde são dos mais expostos ao *burnout* (Nascimento, 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o terapeuta ocupacional capacita para a ocupação de forma a promover a saúde, bem-estar e qualidade de vida. Este avalia e intervém com o indivíduo, nas suas ocupações e ambiente, de modo a desenvolver competências, restaurar funções, prevenir disfunções e/ou compensar funções perdidas. Para tal constrói e implementa programas, recorrendo a abordagens e técnicas específicas bem como à utilização de produtos de apoio (APTO, 2016).

Assim, estando a profissão de Terapeuta Ocupacional englobada nas profissões de saúde, torna-se premente a realização de um estudo que possa trazer mais informação sobre os impactos de uma síndrome tão específica, até porque não existe na literatura – que seja do nosso conhecimento – nenhuma investigação que aborde a realidade destes profissionais em Portugal em tempos de pandemia. Torna-se, assim, evidente a enorme mais-valia desta pesquisa para a compreensão do impacto do *burnout* nestes profissionais e para uma adequada gestão dos mesmos no seu local de trabalho.

Nessa perspetiva, o objetivo principal deste trabalho é a avaliação da existência da Síndrome de *Burnout* nos terapeutas ocupacionais portugueses em contexto de pandemia. Em termos de objetivos secundários: a influência de fatores sociodemográficos e profissionais nos níveis de *burnout* desses profissionais; e verificar as implicações desta síndrome no respetivo absentismo e desejo de mudança, quer seja da própria profissão ou meramente de organização.

Para a concretização deste objetivo, o estudo segue uma metodologia do tipo quantitativo, exploratório e descritivo simples, recorrendo a aplicação de questionário *Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey* em português, garantindo assim a fiabilidade do estudo.

O presente trabalho está estruturado da seguinte forma: para além desta introdução, será realizada uma revisão da literatura sobre o *burnout* nos profissionais da área de saúde; posteriormente serão apresentadas diversas considerações metodológicas, ao qual sucede a apresentação e discussão dos resultados; por fim, serão expostas as principais conclusões a retirar desta pesquisa.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. *Burnout*

A Síndrome de *Burnout* foi descrito pela primeira vez em 1974, pelo psiquiatra norte-americano Herbert Freundenberg, como sendo um estado de fadiga ou frustração que é produzida pela dedicação a uma causa, maneira de vida ou relação que não produz o reforço esperado (Freudenberger, 1974). No contexto deste trabalho, o *burnout* refere-se especificamente a fenómenos no contexto ocupacional e profissional.

Após a identificação desta síndrome, muitos autores se debruçaram sobre o seu estudo. Porém, a pesquisa desenvolvida nesta área por Maslach e Jackson (1981) tornou-se seminal. Para estes autores, o *burnout* "é classificado como uma síndrome de exaustão emocional e cinismo que ocorre frequentemente entre indivíduos que trabalham de alguma forma com pessoas" (*Ibidem*, p. 99). Estes também defendem que o "aspeto-chave da Síndrome de *Burnout* é o aumento dos sentimentos de exaustão emocional. À medida que seus recursos emocionais são esgotados, os trabalhadores sentem que não são mais capazes de se entregar a um nível psicológico" (*Ibidem*).

Ressalvam ainda que "o desenvolvimento de atitudes e sentimentos negativos e cínicos sobre os clientes" é outro aspeto da síndrome. Tais reações negativas para com os clientes podem estar ligadas à experiência de exaustão emocional, ou seja, esses dois aspetos do *burnout* parecem estar relacionados (*Ibidem*).

Millan (2013) defende a importância do trabalho desenvolvido por Cristina Maslach e colegas, já que deixou como legado o *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, com as suas três dimensões: exaustão emocional; despersonalização; e realização pessoal baixa. Este é praticamente inquestionável na comunidade científica, o que levou a que tenha sido utilizado nesta investigação. Em termos sintéticos, a exaustão emocional representa as dimensões básicas de stress individual do *burnout* e refere-se aos sentimentos de esgotamento dos recursos emocionais e físicos do indivíduo. Por sua vez, a componente de cinismo (ou despersonalização) representa a dimensão do contexto interpessoal, enquanto a baixa realização representa a dimensão de autoavaliação do *burnout* e refere-se a sentimentos de incompetência e falta de produtividade no trabalho (Aronsson *et al*., 2017).

Diversas pesquisas tentaram identificar as causas para o *burnout*, como a ambiguidade de papéis, na sobrecarga e no conflito de papéis (Cordes & Dougherty, 1993), o tempo de exercício da profissão (ŚLIWIŃSKI *et al*., 2014), a carga horária (Albuquerque, 2018, Mendelsohn *et al*., 2019), as relações interpessoais problemáticas com clientes, amigos e familiares (Kahill, 1988), traços de personalidade (Swider & Zimmerman, 2010), um ambiente laboral hostil (Maslach & Jackson, 1984), variáveis sociodemográficas como a idade (Ahola *et al*., 2006; Attafar *et al*., 2011; Gómez-Urquiza *et al*., 2016; Hamama, 2012; Losa Iglesias *et al*., 2010; Maslach *et al*., 2001), estado civil (Albuquerque, 2018; Dinibutun, 2020; Kiş, 2014), o género (Albuquerque, 2018; Bui *et al*., 2011; Dinibutun, 2020; Greenglass, 1991; Purvanova & Muros, 2010) ou a existência ou não de filhos (Tavares *et al*., 2014).

Os efeitos do *burnout* também foram investigados, tendo sido encontrados evidências, por exemplo, do impacto nocivo no absentismo (Murcho, 2006), bem como a associação do *burnout* à intenção de abandono da profissão (Albuquerque, 2018; Leiter & Maslach, 2009; Suñer-Soler *et al*., 2014; Wallace *et al*., 2009).

Em 2019, o *burnout* é definido, pela Organização Mundial da Saúde, no ICD-11 da seguinte maneira:

"*Burn-out* é uma síndrome conceituada como resultante de estresse no local de trabalho que não foi gerido com sucesso. Sendo caracterizada por três dimensões:

- Sentimentos de esgotamento ou exaustão de energia;

- Distância mental aumentada do trabalho de alguém, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho de alguém; e
- Eficácia profissional reduzida".

O *burnout* refere-se especificamente a fenómenos no contexto ocupacional e não deve ser aplicado para descrever experiências em outras áreas da vida (World Health Organization, 2019).

2.2. Implicações do *burnout* nos profissionais de saúde

Direcionando o nosso crivo para a área da saúde, as profissões desta área são particularmente sociais, pois os profissionais trabalham em equipas, o que exige interação permanente entre os colegas de trabalho, supervisores, profissionais e técnicos de outras áreas de especialidade ou grupos de trabalho, a assistência ao utente, onde a interação com ele e com seus familiares se torna imprescindível.

O resultado deste intenso e necessário contato com o utente e com os seus entes queridos pode ser o distanciamento psicológico, que representa uma característica fundamental do *burnout* e tem um papel importante no trabalho do profissional de saúde (Santos, 2015). Por outras palavras, como meio de autodefesa contra sentimentos perturbadores, os profissionais da área da saúde podem diminuir a sua compaixão para com os pacientes, recorrendo ao distanciamento psicológico, com o objetivo de evitar envolver-se demasiado e manter uma distância objetiva.

Numa situação que o doente tenha uma condição que seja transtornante de se ver ou difícil de lidar, torna-se mais fácil para o profissional prestar os cuidados necessários, se pensar no paciente como um determinado caso ou sintoma em vez de o encarar como um ser humano em sofrimento. No entanto, muitas vezes o equilíbrio desvia-se em direção a uma perceção negativa e despersonalizada dos utentes; e uma visão depreciativa dos utentes é suscetível de ser acompanhada por um declínio na qualidade do cuidado prestado pelos profissionais. Consequentemente, esses profissionais colocam em causa a própria aptidão para trabalhar e construir uma carreira na área da saúde e sentem que as suas realizações pessoais estão aquém das suas expectativas (Santos, 2015).

É de frisar que nas profissões ligadas ao setor da saúde a tomada de decisão representa uma posição decisiva e sem retorno, pois optar por um determinado procedimento de tratamento errado pode prejudicar o estado de saúde do utente e no limite provocar a sua morte. Mas não é só o utente que é afetado. Isso pode afetar a saúde dos profissionais e colocam-nos sob pressão e desafios constantes no exercício das suas funções (Gomes *et al*., 2009).

Estimativas recentes da prevalência de *burnout* em médicos dos Estados Unidos da América provêm da pesquisa nacional, em 2014, onde mais de metade dos médicos que responderam ao questionário - 54,4% - relataram pelo menos um sintoma de *burnout*, um aumento de 8,9 pontos percentuais desde a pesquisa nacional anterior, em 2011 (Britt *et al*., 2017).

No trabalho de Macía-Rodríguez *et al*. (2020) mostra-se que um terço dos inquiridos demostra uma elevada prevalência de *burnout*, demostrando que esta síndrome é um problema em crescimento entre os profissionais de saúde.

Estes valores são preocupantes, principalmente quando consideradas as suas repercussões, tais como como o absentismo, a intenção de deixar o cargo e a real saída do local de trabalho, a baixa satisfação no trabalho, diminuição da saúde mental e diminuição da qualidade dos cuidados (Dewa *et al*., 2014).

Perante estes factos, o *burnout* nos profissionais de saúde tem chamado à atenção da comunidade científica, devido às suas consequências, nomeadamente o sofrimento dos profissionais, a qualidade dos cuidados prestados e os custos que impõe às organizações e sistemas de saúde (Jesus *et al*., 2014); sendo reforçada a noção de que os profissionais de saúde são dos mais expostos a esta síndrome (Nascimento, 2016).

O estudo realizado pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa para a Ordem dos Médicos 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 (Vala *et al*., 2017).

3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

O tipo de estudo segue a metodologia do tipo (*i*) quantitativo, tendo, no entanto, dados qualitativos que foram traduzíveis para receberem um tratamento quantitativo, através da análise de frequências para as variáveis nominais e ordinais. , (*ii*) exploratório por incidir sobre um problema pouco tratado, e (*iii*) descritivo por descrever as características de uma população. Baseia-se na análise dos resultados de questionários.

O questionário *Maslach Burnout Inventory* utilizado neste estudo foi a versão *Human Service Survey* (HSS), que irá avaliar a presença ou não de *burnout* no avaliado, tendo sido adquirida à MindGarden.com a versão portuguesa do questionário, garantindo assim a fiabilidade do estudo. O restante questionário de caracterização foi desenvolvido pelos autores, permitindo este a recolha da informação necessária para avaliar a relação de variáveis sociodemográficas e profissionais com o *burnout* e o impacto deste no absentismo e no desejo de mudança (de profissão ou de organização).

Isto está de acordo com o objetivo deste trabalho, que passa pela avaliação da existência da *Síndrome de Burnout* nos terapeutas ocupacionais portugueses em contexto de pandemia, concretamente quanto à influência de fatores sociodemográficos e profissionais e as implicações desta síndrome no respetivo absentismo e desejo de mudança (de profissão ou de organização). Concretamente, esta investigação pretende atingir os seguintes objetivos específicos:

1. Avaliar o *burnout* nas suas dimensões (*i*) exaustão emocional, (*ii*) despersonalização e (*iii*) realização pessoal baixa.

2. Comparar os níveis de *burnout* relativamente ao sexo, idade, estado civil, família.

3. Comparar os níveis de *burnout* relativamente ao local de trabalho, tipo de vínculo laboral, número de anos na profissão, número de anos na organização, número de horas de trabalho, tempo decorrido desde as férias, contexto laboral no período de confinamento.

4. Avaliar a relação entre o *burnout* e o absentismo ao trabalho.

5. Avaliar a relação entre o *burnout* e o desejo de mudança (de profissão ou de organização).

Todos os questionários foram aplicados *online*, através da plataforma *Survey Monkey*, por forma a ser mais fácil atingir o maior número de respostas possível de forma rápida e a baixo custo, além de também ser mais fácil realizar o tratamento estatístico das respostas obtidas.

A população deste estudo é constituída pelos terapeutas ocupacionais que desempenham funções em Portugal, que de acordo com os dados da Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais (APTO), em maio de 2020, eram de 1832 inscritos. Tendo esse valor como referência, arredondámos os valores para cima (1900), o que estabelecia para um estudo com 95% de grau de confiança e 5% de margem de erro, a resposta de 320 terapeutas ocupacionais. Foram alcançadas 345 respostas aleatórias, por parte dos terapeutas ocupacionais, que voluntariamente responderam.

Para chegar ao maior número de respostas possível foi solicitado à APTO o envio do *link* e *email* de apresentação a todos os Terapeutas Ocupacionais sócios desta associação, bem como a disponibilização do mesmo através da sua página de *Facebook*, e *mailing list* da Terapia Ocupacional Portugal, de forma a abranger os não sócios portugueses dessa associação.

Este estudo apresentará um corte transversal, visto que os dados serão recolhidos uma única vez no tempo num só momento pois analisam um fenómeno nesse tempo determinado (Saunders *et al*., 2016). A recolha de dados foi realizada entre os dias 5 e 19 de julho de 2020, após este período foi realizada a análise estatística da mesma.

Para fazer o tratamento de dados usou-se o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 26.0. Iniciou-se o tratamento de dados efetuando estatística descritiva para fazer a caracterização dos respondentes, usando uma análise de frequências para as variáveis qualitativas (nominais e ordinais).

Nas variáveis quantitativas (ex: dias de faltas dadas nos últimos meses), calculou-se a média, desvio padrão, mínimo e máximo e criaram-se categorias (1-3 dias, 4-6 dias, 7-9 dias, 10-12 dias e mais de 12 dias) tendo-se recorrido também a uma análise de frequências. Ao nível da estatística inferencial recorreu-se aos seguintes testes:

- ***t de Student para amostras independentes***: recorreu-se a este teste paramétrico sempre que se pretendeu comparar dois grupos (ex comparação por género, ter *vs* não ter filhos, faltou *vs* não faltou) nas dimensões da MBI que têm escala quantitativa. Foi possível usar este teste paramétrico dado haver normalidade (averiguada com o teste de Shapiro) ou desvios pouco severos à mesma (SK< 3 e Ku <7). Segundo Kline (1998) se os testes de normalidade não revelarem a existência de uma distribuição normal deverão observar-se os valores de Skweness e Kurtose, e se estes valores forem SK < 3 e Ku < 7 podem ser considerados desvios pouco severos à normalidade e recorrer-se a testes paramétricos.
- **ANOVA ONE WAY**: recorreu-se este teste paramétrico sempre que se pretendeu comparar 3 ou mais grupos (ex: faixas etárias, tempo de exercício profissional, tipo de vínculo, etc.) nas dimensões da MBI. Foi possível usar este teste paramétrico dado haver normalidade (averiguada com o teste de Shapiro) ou desvios pouco severos à mesma (SK< 3 e Ku <7) e homogeneidade de variâncias (averiguada com o teste de Levéne).

A probabilidade de erro usada no estudo foi de 5%, ou seja, sempre que se obteve um valor de significância inferior a 0,05 considerou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. Nível de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal baixa)

No manual da escala MBI é referido que as três pontuações das dimensões da escala MBI-HSS devem ser calculadas e interpretadas separadamente. Não se devendo somar as 3 dimensões para formar uma única pontuação de *burnout*.

Na interpretação basta usar a pontuação do *score* médio e considerar onde ela cai ao longo da escala de resposta de 7 pontos. Usou-se assim o valor de corte de 3,5 (meio da escala), considerando valores iguais ou acima de 3,5 como indicadores de piores resultados nas dimensões exaustão e despersonalização, e abaixo de 3,5 como um mau resultado a nível da realização pessoal

Tabela 1 – Estatística Descritiva (Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo) Dimensões da MBI[4]

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Exaustão Emocional	345	,00	6,00	2,48	1,27
Despersonalização	345	,00	5,60	,63	,81
Realização Pessoal	345	1,13	6,00	4,44	,81

Fonte: Elaboração própria

Calculou-se a Média, o Desvio Padrão, o Mínimo e o Máximo para as três dimensões da escala MBI, tendo-se constatado que a média mais alta foi a da realização pessoal (avaliada pela positiva), com valor de 4,4 (claramente acima do meio da escala), o que indica que, em média, os respondentes se sentem realizados. A média da dimensão *exaustão emocional* está abaixo do meio da escala (média = 2,48), o que indica que, em média, não há um índice elevado de exaustão. Por sua vez, a média mais baixa de todas (média = 0,63) é a de despersonalização, revelando que problemas a este nível são residuais.

De seguida, usando uma vez mais o ponto de corte de 3,5, fez-se um cruzamento de frequências entre as três dimensões, permitindo este procedimento avaliar quantos respondentes têm *burnout* nas três dimensões, em duas, em apenas uma ou em nenhuma.

Tabela 2 – Cruzamento de frequências entre as três dimensões da MBI

Realização Pessoal			**Despersonalização**	
			Baixa (<3,50)	**Alta (=>3,5)**
Baixa (<3,5)	**Exaustão emocional**	**Baixa (< 3,5)**	6,38% (22)	0,58% (2)
		Alta (=> 3,5)	3,48% (12)	0,28% (1)
Alta (=>3,5)	**Exaustão emocional**	**Baixa (< 3,5)**	69,28% (239)	0% (0)
		Alta (=> 3,5)	19,42% (67)	0,58% (2)

Fonte: Elaboração própria.

A maioria dos respondentes (69,28%-239 respostas) não revela *burnout* em nenhuma das três dimensões da escala (campo sombreado a verde na tabela) revelando alta realização pessoal (≥3,5) e baixa despersonalização (<3,5) e baixa exaustão

[4] Score médio oscila entre 0 e 6, sendo 3,5 o meio da escala.

emocional (<3,5). Constata-se, contudo, que 30,72% dos respondentes apresentam valores indicadores de *burnout* numa ou mais dimensões.

Nesta amostra apenas um sujeito (0,28%) revela *burnout* em todas as dimensões[5]: revelando uma exaustão emocional e despersonalização alta (≥3,5) e realização baixa (< 3,5).

Com *burnout* em duas dimensões (campos sombreados a laranja) temos 4,64% dos respondentes: 3,48% revelam uma realização pessoal baixa (<3,5), uma exaustão emocional alta (≥3,5), embora não tenham valores altos de despersonalização (≥3,5); dois respondentes (0,58%) revelam exaustão e despersonalização alta (≥3,5), embora tenham valores de realização pessoal altos (≥3,5). Há ainda dois respondentes (0,58%) com exaustão emocional baixa (<3,5) mas com realização pessoal baixa (<3,5) e despersonalização alta (≥3,5).

Com *burnout* em apenas uma dimensão da escala temos 25,8% dos respondentes (campo sombreado a amarelo na tabela): 19,42% revelam uma realização pessoal alta (≥3,5) e baixa despersonalização (<3,5), mas revelam-se exaustos (≥3,5). Existe 6,38% (22 respostas) que embora não revelem despersonalização e exaustão emocional altas, não se sentem realizados.

4.2. Os níveis de *burnout* relativamente aos fatores sociodemográficos e profissionais

Recorreu-se ao teste paramétrico t de Student para amostras independentes para averiguar a existência de diferenças significativas entre sexo feminino e masculino, quem tem e quem não tem filhos e quem teve férias nos últimos seis meses e quem teve férias há mais de seis meses, nos *scores* médios das dimensões do MBI. Foi possível usar este teste paramérico dado não haver desvios severos à normalidade.

O teste t de Student não revelou a existência de diferenças significativas entre sexo masculino e feminino e entre quem tem e quem não tem filhos nos *scores* médios das dimensões da MBI.

No que concerne aos indivíduos que tiveram férias recentemente (6 meses) e os que não tiveram, também aqui o teste t de Student não revelou a existência de diferenças significativas entre os dois grupos em nenhuma das dimensões. Contudo é de referir um resultado no limiar da significância na dimensão exaustão emocional (p = 0,079) revelando um resultado mais alto para o grupo que não tira férias há mais de seis meses.

Recorreu-se ao teste paramétrico Anova One Way para averiguar a existência de diferenças significativas entre as diferentes faixas etárias, estados civis, locais de trabalho, tipos de vínculo laboral, tempos de exercício profissional, tempos de organização, cargas horárias e, por fim, contextos laborais no período de confinamento[6] nos *scores* médios das dimensões do MBI. Foi possível usar este teste paramérico dado não haver desvios severos à normalidade e haver homogeneidade de variâncias

[5] Campo sombreado a vermelho na tabela.
[6] Apenas para os três que obtiveram um maior número de respostas.

Este teste não revelou a existência de diferenças significativas na maioria destas situações, com as seguintes exceções:

- tipos de vínculo laboral: existência de uma diferença significativa na dimensão realização pessoal, tendo o teste *post hoc* revelado diferenças para $p \leq 0,05$ entre o grupo com contrato individual de trabalho sem termo (média = 4,55) e o grupo com contrato de prestação de serviços (média = 4,17), revelando este último menos realização pessoal. Nas outras dimensões não houve diferenças significativas nos *scores* médios entre os grupos com diferentes vínculos laborais.

- tempos de exercício profissional: a existência de diferenças significativas na dimensão realização pessoal, tendo o teste *post hoc* revelado que o grupo com tempo de exercício profissional de 0-5 anos é o que revela uma média significativamente mais baixa, para $p \leq 0,05$, de realização pessoal (média = 4,27) comparativamente com os outros grupos (médias entre 4,49 e 4,74), só não diferindo do grupo com mais de 25 anos de exercício profissional (média = 4,43). Nas restantes dimensões não houve diferenças estatisticamente significativas.

- cargas horárias: embora o teste Anova One Way não tenha revelado a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos com diferentes cargas horárias nas 3 dimensões, na dimensão realização pessoal baixa há um resultado no limiar da significância, havendo a tendência para o grupo que trabalha 35 horas ter um melhor resultado do que os outros dois grupos.

Passaremos a analisar os resultados anteriores à luz da literatura, além de dissecarmos com maior pormenor outros dados recolhidos.

Em primeiro lugar, o estudo ao não revelar diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino, nos *scores* médios das dimensões da MBI, vai ao encontro dos estudos de Dinibutun (2020), Albuquerque (2018) e Bui *et al*. (2011), onde os níveis de *burnout* de homens e mulheres são semelhantes.

Analisando com mais pormenor os dados, verificámos que o sexo feminino demonstrou um valor mais alto de exaustão emocional e de despersonalização. Já o sexo masculino demostrou valores mais elevados na realização pessoal baixa. Estes resultados vão de encontro aos dos trabalhos (*i*) de Greenglass (1991), em que as mulheres eram mais propensas a se sentirem emocionalmente esgotadas por seu trabalho do que os homens; e (*ii*) de Purvanova e Muros (2010), que apresenta as mulheres pontuando um pouco mais alto em exaustão emocional em comparação com os homens.

No entanto, no que trata à dimensão *despersonalização*, o resultado do nosso estudo não vai ao encontro do de Purvanova e Muros (2010), que obteve um resultado mais elevado de despersonalização nos homens do que nas mulheres.

A variável idade tem sido analisada em diferentes estudos, no entanto os resultados não têm sido conclusivos. Em 2001, Maslach e colegas afirmaram que os

funcionários mais novos têm nível maior de *burnout*. Na mesmo linha de pensamento, Hamama (2012) defendeu que com o aumento da idade os indivíduos experimentam níveis mais baixos de *burnout*. Contudo, outros trabalhos relataram um maior nível de *burnout* em funcionários mais velhos (Ahola *et al*., 2006). No trabalho de meta-análise realizado por Gómez-Urquiza *et al*. (2016), as conclusões foram que o impacto da idade no *burnout* é muito diminuto. No entanto, as correlações médias entre idade e exaustão emocional e entre idade e despersonalização foram estatisticamente significativas, não havendo correlação média entre a idade e a realização pessoal baixa.

Na presente investigação, as faixas etárias dos 41-45 anos e dos 46-50 verificaram uma maior percentagem de respondentes com exaustão emocional (27,7% e 30%, respetivamente). Relativamente à despersonalização, constatou-se uma percentagem mais elevada na faixa etária dos 31-35 anos (3,8%). Nas faixas etárias dos 26-30 anos e dos 41- 45 anos verificaram-se 2,1% de respondentes com despersonalização. Nas restantes faixas etárias não houve respostas evidenciando despersonalização. Ao nível da realização pessoal baixa, a percentagem foi mais alta na faixa etária dos 21-25 anos (18,2%), e mais baixa na faixa etária dos 41-45 anos (4,3%).

No que concerne o estado civil, analisando em pormenor, constatámos que foi revelada uma maior percentagem de exaustão emocional no grupo dos divorciados (31,80%); sendo essa percentagem mais baixa nos solteiros e casados (25,10% e 21,0%, respetivamente). Na realização pessoal baixa, as percentagens mais altas verificaram-se nos solteiros e nos casados (11,70% e 10,50%, respetivamente), sendo mais baixa nos divorciados (4,5%). Ao nível da despersonalização, houve uma percentagem reduzida nos solteiros (1,70%) e nos casados (1,40%), não havendo qualquer caso no grupo dos divorciados.

A implicação do estado civil no *burnout* também é um assunto sem consenso. Em 2014, Ali Kiş realizou uma meta-análise do *burnout* e do estado civil em educadores, tendo concluído que os solteiros relatam mais exaustão emocional e despersonalização do que os casados, mas os casados têm maior probabilidade de relatarem baixa realização pessoal do que os solteiros. Contudo, o autor afirma que resultados revelam que as diferenças do estado civil são próximas de zero. No entanto, para a dimensão despersonalização o estudo indicou uma diferença estatisticamente significativa entre os casados e os solteiros (54% entre os solteiros e 46% entre os casados) (Kiş, 2014). Já Dinibutun (2020) constatou que os níveis de *burnout* de médicos casados e solteiros são semelhantes entre si. Um estudo realizado em Portugal demostrou a inexistência de diferenças estatisticamente significativas nas três dimensões de *burnout*, inerente ao estado civil dos enfermeiros (Albuquerque, 2018).

Quanto à existência ou não de filhos, constatámos que no grupo que não tem filhos houve uma percentagem mais elevada de respondentes a afirmarem realização pessoal baixa (12,30%), comparativamente com os que têm filhos (8,30%). Na exaustão emocional as percentagens entre os dois grupos estiveram mais próximas (22,6% em quem tem filhos e 24,50% em quem não tem filhos). Na despersonalização as percentagens também estiveram próximas (1,90% em quem não tem filhos e 0,80% em quem tem filhos).

O nosso resultado vai de encontro a outros trabalhos, tal como um realizado no Brasil que demonstrou que os residentes de enfermagem que apresentaram *burnout* eram predominantemente solteiros e sem filhos (Tavares *et al*., 2014).

Direcionando a nossa análise para os diferentes locais de trabalho, constatámos que o grupo que declarou maior percentagem de exaustão emocional foi o que trabalha em centros de saúde (28,6%), seguido do que trabalha em IPSS/Misericórdias (25,9%). A percentagem de exaustão mais baixa declarou-se no grupo que trabalha em hospitais privados (7,7%). No entanto, foi no grupo que trabalha em hospitais privados que se verificou despersonalização mais elevada (7,7%). Nas IPSS/Misericórdias e clínicas privadas a despersonalização foi de 2% e 2,4%, respetivamente. Não foi revelada despersonalização nos grupos que trabalham em hospitais públicos, centro de recursos para a inclusão e centros de saúde.

Estes resultados poderão ser explicados pelo trabalho de Ersoy-Kart (2009) cujo objetivo principal foi o de explorar se os níveis de raiva dos enfermeiros diferem de acordo com seus níveis de *burnout*, analisando os setores público e privado. Verificou-se que os enfermeiros de ambos os setores que não conseguem expressar facilmente a sua raiva sofrem mais despersonalização.

Foi nos CRI-Centro de Recursos para a Inclusão que se verificaram percentagens maiores de realização pessoal baixa (16,7%). Os salários mais baixos e a precariedade poderão explicar tais resultados, no entanto, tais aspectos não foram analisados neste estudo.

Na análise da relação entre o tempo de exercício profissional e o *burnout*, a baixa realização pessoal nos indivíduos que trabalham há menos de cinco anos pode estar relacionada com o facto de as pessoas entrarem nas suas carreiras altamente motivados e com altas espectativas de sucesso, e após isso não conseguirem alcançar o que tinham idealizado; havendo estudos que revelam que o *burnout* está correlacionado negativamente com a noção de sucesso (Pines, 1993).

Apesar disso, a percentagem mais elevada de exaustão emocional verificou-se nos grupos que trabalham há 21-25 anos e há 6-10 (31,6% e 29,4%, respetivamente). A percentagem mais baixa verificou-se no grupo que trabalha há 11-15 anos (20,50%).

Profissionais de saúde no Brasil reclamaram de exaustão emocional, embora a amostra só contemple profissionais com menos de 5 anos de trabalho (Benevides-Pereira & Alves, 2007).

Nos grupos com mais de 20 anos de exercício profissional não foi revelada despersonalização, enquanto nos grupos com menos tempo de exercício profissional a percentagem de despersonalização oscilou entre 1,4% (0-5 anos) e os 2,6% (11-15 anos).

No trabalho realizado na Polónia, por Śliwiński *et al*. (2014), os resultados indicaram que fisioterapeutas experientes experimentam maior satisfação e menos frequência de *burnout*.

Para os diferentes tempos de organização, o tratamento estatístico demonstrou que o grupo que tem entre 21-25 anos de tempo de organização foi o que revelou uma percentagem mais alta de exaustão emocional (41,70%). Nos restantes grupos as percentagens foram significativamente mais baixas, oscilando entre 20,50% e 24,20%. Nos grupos com mais de 15 anos de organização não foi revelada despersonalização.

Nos restantes grupos a despersonalização revelou-se baixa, oscilando entre 1,6% (0-5 anos) e 2,6% (6-10 anos).

O grupo que revelou menos problemas de baixa realização profissional foi o que trabalha entre 11-15 anos (4,4%); havendo uma percentagem mais elevada de baixa realização profissional no grupo que trabalha há mais de 25 anos na organização (15,8%), seguido do grupo com 0-5 anos de organização (13%).

No que concerne a carga horária, verificámos que no grupo que trabalha menos de 30 horas é onde existe menor exaustão emocional (18,20%). No grupo que trabalha 35 horas é onde existe uma percentagem menor de realização pessoal baixa (9,40%). Quanto à despersonalização, no grupo que trabalha menos de 30 horas não existe despersonalização, sendo de 3% no grupo que trabalha 40 horas e de 1,3% no grupo que trabalha 35 horas.

Os resultados à carga horária de trabalho vai de encontro com o estudo de Mendelsohn *et al*. (2019, p. 311), segundo o qual, "as taxas de *burnout* foram comparáveis entre os grupos, sugerindo que outros fatores além das horas de trabalho contribuem para *burnout*, caso contrário quem tem uma maior carga horária deveria ter níveis de *burnout* nas diferentes dimensões. O estudo de Albuquerque (2018) também apresenta inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de *burnout* dos enfermeiros tendo em conta a carga horária praticada.

Quanto à implicação das férias no *burnout*, relembramos que o nosso estudo não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em nenhuma das dimensões. Albuquerque (2018) conclui algo similar, já que revela não existir uma associação estatisticamente significativa entre o tempo decorrido desde as últimas férias e os níveis de *burnout* nos enfermeiros do bloco operatório.

Apesar disso, analisando em pormenor, verificámos que no grupo que teve férias há mais de seis meses há uma percentagem ligeiramente superior de respondentes com realização pessoal baixa (11,5%), exaustão emocional (25,30%) e despersonalização (1,70%), comparativamente com o grupo que teve férias nos últimos seis meses.

Por fim, o contexto laboral no período de confinamento. Apesar da inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os três contextos laborais (continuou a exercer no local de trabalho; realizou teletrabalho; realizou turnos em espelho) nas dimensões do *burnout*, constatámos que houve menos exaustão emocional no grupo que continuou a exercer funções no seu local de trabalho (18,6%); sendo maior em quem realizou teletrabalho (23,90%) e turnos em espelho (25%). Nas outras dimensões as percentagens dos vários contextos estão mais próximas.

4.3. O impacto do *burnout* no absentismo e no desejo de mudança (profissional ou de organização)

Recorreu-se ao teste paramétrico t de Student no sentido de comparar quem faltou e quem não faltou nos últimos meses, nos *scores* médios das dimensões da MBI. Na dimensão *exaustão emocional* este teste revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre quem faltou nos últimos seis meses e quem não

faltou; revelando quem faltou uma maior exaustão emocional (média = 2.71) do que quem não faltou (média = 2,40). Não houve diferenças significativas nas outras dimensões.

Relativamente a ter faltado no último mês ou nos últimos três meses, não se verificaram diferenças significativas entre quem faltou e quem não faltou nos scores médios das três dimensões da MBI.

Apesar disso, analisando em pormenor, verificámos que existe uma maior percentagem de exaustão emocional (*i*) no grupo que faltou no último mês (31%, contra 22,8% no grupo que não faltou), (*ii*) no grupo que faltou nos últimos três meses (26,80%, contra 23,20% no grupo que não faltou) e (*iii*) no grupo que faltou nos últimos seis meses, sendo neste caso a diferença bastante acentuada entre quem faltou e quem não faltou (33,70%, contra 20% no grupo que não faltou). Nas outras dimensões as percentagens de *burnout* foram semelhantes nos dois grupos.

Estes resultados vão de encontro aos estudos que demonstram que o *burnout* leva ao absentismo ao trabalho; neste caso concreto, que a exaustão emocional leva ao absentismo ao trabalho. Por exemplo, Murcho (2006), que investigou o absentismo laboral em enfermeiros da região do Algarve, detetou uma relação significativa entre a exaustão emocional e o absentismo laboral, mas não encontrou outras relações significativas entre as restantes dimensões da *Síndrome de Burnout* e o fenómeno do absentismo.

O teste paramétrico t de Student foi utilizado para comparar quem pensou mudar e quem não pensou mudar de profissão ou de organização nos últimos meses nas dimensões da MBI.

Os resultados revelaram a existência de diferenças significativas em todas as dimensões entre quem pensou e quem não pensou mudar de profissão ou de organização no último mês. No que respeita aos últimos seis meses, para quem pensou mudar de profissão há diferenças significativas nas dimensões exaustão e despersonalização e uma diferença no limiar da significância na dimensão realização pessoal baixa. Para quem pensou mudar de organização houve diferenças significativas nas dimensões *exaustão emocional* e *realização pessoal baixa*.

Constatam-se médias mais elevadas nas dimensões de exaustão e despersonalização, e médias mais baixas de realização, em quem pensou mudar de profissão ou de organização comparativamente com quem não pensou mudar.

Suñer-Soler *et al*. (2014) concluíram algo semelhante, pois nesse trabalho a dimensão *exaustão emocional* foi a que mais se associou ao absentismo e ao desejo de abandono da profissão.

O resultado do nosso estudo e o de Suñer-Soler vai ao encontro ao que que outros autores (Leiter & Maslach, 2009; Wallace *et al*., 2009) já anteriormente tinham demostrado: a associação do *burnout* à intenção de abandono da profissão.

Merece destaque as respostas às questões "Pensou mudar de profissão" e "Pensou mudar de organização". À questão "No último mês pensou alguma vez em mudar de profissão?", 31,3% responderam *sim*; e à questão "Nos últimos seis meses pensou alguma vez em mudar de profissão?", 38% responderam *sim*. Apesar de a maioria não pensar mudar de profissão, a percentagem que revelou ter pensado abandonar a profissão é muito significativa.

Mais preocupante é a percentagem de terapeutas ocupacionais que revelou ter pensado abandonar a organização, quer no último mês (55,9%) quer nos últimos seis meses (63,8%).

No trabalho de Albuquerque (2018) 53,77 % dos inquiridos afirmaram querer mudar de profissão, e 51,89% afirmaram não querer mudar de organização. Comparando os nossos resultados com os deste trabalho de Albuquerque, relativo a enfermeiros, os terapeutas ocupacionais demonstraram menor desejo de mudar de profissão, mas uma vontade maior de mudar de organização.

Podemos confrontar os nossos resultados com os presentes no relatório "*Burnout* na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas - Relatório Final", realizado pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa para a Ordem dos Médicos. Assim, à questão "Intenção de Saída: Rescisão de Contrato" 23% responderam ter frequentemente essa intenção e 13% responderam ter uma *intenção média* de sair. Quanto à intenção de saída por transferência, 21% apresentaram-na como sendo muito frequente e 11% com tendo uma *intenção média* de se transferir. Quanto à intenção de mudar completamente de profissão, 17% demonstram ter essa intenção muito frequentemente e 13% afirmar ter uma intenção moderada de o fazer (Vala *et al*., 2017).

5. CONCLUSÕES

Este trabalho teve como objetivo avaliar a existência da Síndrome de *Burnout* nos terapeutas ocupacionais portugueses em contexto de pandemia, concretamente quanto à influência de fatores sociodemográficos e profissionais e as implicações desta síndrome em termos de absentismo e de intenção de abandono da profissão ou da organização onde exercem a sua atividade.

A revisão de literatura efetuada permitiu expor a Síndrome de *Burnout*, especificamente no caso do sector da saúde, as suas causas e implicações nos funcionários e nas organizações. Esta revisão de literatura permitiu ainda estabelecer os critérios metodológicos da investigação e estabelecer os seus objetivos.

A presente pesquisa concluiu que a maioria dos respondentes, quase 70%, não revela *burnout* em nenhuma das três dimensões da escala (Exaustão Emocional; Despersonalização; e Realização Pessoal), revelando alta realização pessoal, baixa despersonalização e baixa exaustão emocional.

Outros factos assinaláveis: nesta amostra apenas um terapeuta ocupacional, ou seja, 0,28%, revelou *burnout* em todas as dimensões; com *burnout* em duas dimensões temos 4,64% dos respondentes; e, por fim, com *burnout* em apenas uma dimensão da escala temos 25,8% dos respondentes.

No que respeita à relação entre os níveis de *burnout* e os fatores sociodemográficos e profissionais selecionados, como, por exemplo, faixa etária, estado civil, contextos laborais no período de confinamento, sexo, entre outros, o estudo não revelou a existência de diferenças significativas nos scores médios das dimensões do MBI, com as seguintes exceções:

- tipos de vínculo laboral: diferença significativa na dimensão realização pessoal, entre o grupo com contrato individual de trabalho sem termo e o grupo com contrato de prestação de serviços, revelando este último menos realização pessoal.
- tempo de exercício profissional: diferenças significativas na dimensão realização pessoal, em que o grupo com tempo de exercício profissional de 0-5 anos é o que revela uma média significativamente mais baixa, comparativamente com os outros grupos, só não diferindo do grupo com mais de 25 anos de exercício profissional.

Quanto ao impacto do *burnout* no absentismo e no desejo de mudança (profissional ou de organização), os resultados vão de encontro aos estudos que demonstram que o *burnout* leva ao absentismo ao trabalho e à intenção de abandono da profissão e/ou da organização.

Atendendo aos valores de *burnout* patentes neste e noutros estudos, julgamos que é necessário o Estado português efetuar uma primeira avaliação global do *burnout* no sector público da saúde e, seguidamente, implementar um Programa Nacional de Combate ao *Burnout*, inicialmente em instituições de referência, ficando as restantes instituições como grupo de controlo. No final da implementação desse plano deverá existir uma nova avaliação global do *burnout*. Caso se tenham verificado melhorias significativas, o programa deverá ser estendido ao grupo de controlo.

A principal limitação deste estudo, prende-se com o facto de ter sido realizada durante a pandemia de COVID19 e por esse motivo os resultados podem não ser diretamente generalizáveis para outras populações ou contextos. Outra limitação está relacionada com a divulgação do estudo ter sido feita através de métodos informáticos e as respostas aos inquéritos se processarem através de plataforma online, poderá ter levado profissionais com um maior nível de infoexclusão a não terem recebido a informação do estudo, ou a não terem respondido.

Quanto a futuras orientações da pesquisa, e atendendo ao facto de este estudo ter sido realizado durante o surto de COVID-19, é de considerar a repetição de uma investigação similar num período sem pandemia, no sentido de avaliar o impacto desta nos resultados obtidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Koskinen, S., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2006). Burnout in the general population: Results from the Finnish Health 2000 Study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *41*(1), 11-17. https://doi.org/10.1007/s00127-005-0011-5

Albuquerque, M. A. A. (2018). *Burnout nos Enfermeiros do Bloco Operatório*. [Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].

APTO (2016). *Perfil do Terapeuta Ocupacional*. Disponível em: https://www.ap-to.pt/images/documentos/Perfil do Terapeuta Ocupacional.pdf. Acesso em: 23 abr. 2021.

Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I., Träskman-Bendz, L., & Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health, 7*(1), 1–14. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4153-7

Attafar, A., Asl, N. S., & Shahin, A. (2011). Effects of Personality Traits on Entrepreneurial Intentions: An Empirical Study in Iran. *International Journal of Management, 28*(3), 630-641.

Benevides-Pereira, A. M. T., & Alves, R. D. N. (2007). A study on burnout syndrome in healthcare providers to people living with HIV. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV, 19*(4), 565–571. https://doi.org/10.1080/09540120600722775

Britt, H. R., Koranne, R., & Rockwood, T. (2017). Statewide improvement approach to clinician burnout: Findings from the baseline year. *Burnout Research, 7*, 29-35. https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.11.002

Bui, J., Hodge, A., Shackelford, A., & Acsell, J. (2011). Factors contributing to burnout among perfusionists in the United States. *Perfusion,* (26), 461-466. https://doi.org/10.1177/0267659111411521

Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A Review and an Integration of Research on Job Burnout. *Academy of Management Review, 18*(4), 621-656. https://doi.org/10.2307/258593

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(*1), 1-10. https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-325

Dinibutun, S. R. (2020). Factors Associated with Burnout Among Physicians: An Evaluation During a Period of COVID-19 Pandemic. *Journal of healthcare leadership,* (12), 85-94. https://doi.org/10.2147/JHL.S270440

Ersoy-Kart, M. (2009). Relations Among Social Support, Burnout, and Experiences of Anger: An Investigation Among Emergency Nurses. *Nursing Forum, 44*(3), 165-174. https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2009.00139.x

Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues,* (30), p. 159-165. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x

Gomes, A. R., Cruz, J. F, & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25*(3), 307-318. https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000300008

Gómez-Urquiza, J. L., Vargas, C., Fuente, E. I., Fernández-Castillo, R., & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2016). Age as a Risk Factor for Burnout Syndrome in Nursing Professionals: A Meta-Analytic Study. *Research in Nursing and Health, 40*(2), 99-110. https://doi.org/10.1002/nur.21774

Greenglass, E. R. (1991). Burnout and gender: Theoretical and organizational implications. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 32*(4), 562-574. https://doi.org/10.1037/h0079042

Hamama, L. (2012). Burnout in social workers treating children as related to demographic characteristics, work environment, and social support. *Social Work Research, (36)*2, 113–125. https://doi.org/10.1093/swr/svs003

Jesus, É. H., Pinto, A. M., Fronteira, I. S. E., & Mendes, A. M. O. C. (2014). Estudo Rn4Cast Em Portugal: Percepção Dos Enfermeiros Sobre Burnout. *Revista Investigação em Enfermagem, 9*(Série II), 47–59.

Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 29*(3), 284-297. https://doi.org/10.1037/h0079772

Kiş, A. (2014). Marital status differences in burnout among educational stakeholders: A meta-analysis. *Journal of Human Sciences, 11*(2), 533-558.

KLINE, R. (1998). *Principles and practice of SEM*. New York: The Guilford Press.

Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: The mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management, 17*(3), 331-339. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x

Losa Iglesias, M. E., Vallejo, R. B. B., & Fuentes, P. S. (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 47*(1), p. 30-37. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.06.014

Macía-Rodríguez, C., Martín Iglesias, D., Moreno Diaz, J., Aranda Sánchez, M., Ortiz Llauradó, G., Montaño Martínez, A., Muñoz Muñoz, C., López Reboiro, M. L., & González-Munera, A. (2020). Burnout syndrome in internal medicine specialists and factors associated with its onset. *Revista Clínica Española (English Edition), 220(*6), 331-338. https://doi.org/10.1016/j.rce.2019.10.009

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

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual,* (5), 133-153.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology,* (52), 397-422. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397

Mendelsohn, D., Despot, I., Gooderham, P. A., Singhal, A., Redekop, G. J., & Toyota, B. D. (2019). Impact of work hours and sleep on well-being and burnout for physicians-in-training: the Resident Activity Tracker Evaluation Study. *Medical Education, 53*(3), 306-315. https://doi.org/10.1111/medu.13757

Millan, L. R. A (2013). Síndrome de Burnout: Realidade ou Ficção? *Journal of Chemical Information and Modeling, 53*(1), 1689-1699.

Ministério da Saúde (2018). *Relatório Social do Ministério Da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde*. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatório-Social-MS_SNS-2018-002.pdf. Acesso em: 30 abr. 2021.

Murcho, N. (2006). *Burnout e Absentismo Laboral em Enfermeiros*. [Mestrado em Psicologia, na especialização em Psicologia da Saúde, Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve].

Nascimento, L. B. C. (2016). *O estresse ocupacional, Burnout, satisfação e realização do docente enfermeiro do ensino superior*. [Mestrado em Ciências da Educação, Instituto de Ciências da Educação, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias].

Pines, A. M. (1993). Burnout: an existential perspective. In Schaufeli, W. B., Maslach, C. & Marek, T. (Eds.). *Professional Burnout* (pp. 33-51). Abingdon: Routedge.

Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior, 77*(2), 168-185. https://doi.org/10.1016/j.jvb. 2010.04.006

Santos, R. (2015). *Burnout: Um estudo em profissionais de saúde*. [Mestrado em Gestão Estratégica de Recursos Humanos, Escola Superior de Ciências Empresariais, Instituto Politécnico de Setúbal].

Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2016). *Research Methods for Business Students*, 7.ª edição. Essex: Pearson Education Limited.

Śliwiński, Z., Starczyńska, M., Kotela, I., Kowalski, T., Kryś-Noszczyk, K., Lietz-Kijak, D., Edward Kijak, & Makara-Studzińska, M. (2014). Burnout among physiotherapists and length of service. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 27*(2), 224-235. https://doi.org/10.2478/s13382-014-0248-x

Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Flichtentrei, D., Prats, M., Braga, F., Font-Mayolas, S., & Gras, M. E. (2014). The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Research, 1*(2), 82-89. https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.07.004

Swider, B. W., & Zimmerman, R. D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior, 76*(3), 487-506. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.01.003

Tavares, K. F. A., Souza, N. V. D. O., Silva, L. D., & Kestenberg, C. C. F. (2014). Ocorrência da síndrome de Burnout em enfermeiros residentes. *Acta Paulista de Enfermagem, 27*(3), 260-265. https://doi.org/10.1590/1982-0194201400044

Vala, J., Pinto., A. M., Moreira, S., Lopes, R. C., & Januário, P. (2017). *Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas - Relatório Final*. Disponível em: https://ordemdosmedicos.pt/estudo-burnout-na-classe-medica-em-portugal-perspetivas-psicologicas-e-psicossociologicas/. Acesso em: 10 abril 2021.

Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet, 374*, 1714-1721. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0

World Health Organization. (2019). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en