U.PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Síndrome de *Burnout* nos Médicos de Família do ACES de Gondomar

Ângela Cristina Pinto Neves

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

2011

Ângela Cristina Pinto Neves

Síndrome de *Burnout* nos Médicos de Família do ACES de Gondomar

Dissertação de Candidatura ao Mestrado Integrado em Medicina submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Dr.ª Maria da Conceição da Costa Outeirinho

Categoria – Dra. (MD) - Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Abstract

Introduction: Burnout syndrome is a consequence of prolonged exposure to work related stress and involves three domains: emotional exhaustion, depersonalization and self-accomplishment. General practitioners show a high level of burnout principally due to the demands presented by patients, the workload and experienced hostility. **Objective:** to determine the prevalence of burnout syndrome in general practitioners of the Gondomar Health Center Group. **Methods:** the following questionnaire was applied: the Maslach Inventory for burnout evaluation, where part of the sample´s socio-demographic profile was also added. The questionnaire was applied to 68% of general practitioners of the Gondomar Health Center Group. **Results:** the respondents demonstrated a moderate level (m=23,2) of emotional exhaustion, a moderate level (m=8,0) of depersonalization and low self-accomplishment (m=32,6). Findings showed that the majority (39,1%) of the elements presented a moderate level of burnout. The younger elements showed a lower level (m=6,0) of depersonalization and greater (m=35,5) self-accomplishment whereas elements between the ages of 45 and 49 exhibited greater (m=11,0) depersonalization and lower (m=25,8) self-accomplishment levels. When comparing according to marital status, those elements who were married manifested a greater level of self-accomplishment (m=34,5) in contrast with the widows who had a lower level (m=19). In regards to the amount of professional time served, it´s possible to assess that those professionals with less years of service present a lower level (m=5,7) of depersonalization. **Conclusions:** The results obtained demonstrated a high to moderate level of burnout in these professionals, the majority having manifested a moderate burnout, thus corroborating with the studies that indicate that General Practice is a medical specialty where this syndrome is very prevalent. Furthermore age, years of service and marital status can be considered as influencing factors in the prevalence of this syndrome.

Key words: burnout; family practioners; prevalence; depersonalization; emotional exhaustion; self-accomplishment.

Resumo

Introdução: O síndrome de *burnout* é uma consequência da exposição a prolongados níveis de stress laboral e compreende três dimensões: exaustão emocional,

despersonalização e realização pessoal. Os médicos de família apresentam um elevado índice de *burnout*, devido principalmente às exigências dos utentes, à carga de trabalho e à hostilidade vivida. **Objectivos:** determinar a prevalência do síndrome de *burnout* nos médicos de família do Agrupamento de Centros de Saúde de Gondomar. **Métodos:** foi aplicado um questionário: o Inventário de Maslach para avaliação de *burnout*, ao qual foi acrescentado uma primeira parte referente ao perfil sócio-demográfico da amostra. O questionário foi aplicado a 68% dos médicos de família do Agrupamento de Centros de Saúde de Gondomar. **Resultados:** os inquiridos apresentam um nível moderado (m=23,2) de exaustão emocional, um nível moderado (m=8,0) de despersonalização e baixa (m=32,6) realização pessoal. Constatando-se que a maioria (39,1%) dos elementos apresenta um nível moderado de *burnout*. São os elementos com menos idade que apresentam um menor nível (m=6,0) de despersonalização e uma maior (m=35,5) realização pessoal e os elementos entre os 45 e os 49 anos que exibem maior (m=11,0) despersonalização e mais baixa (m=25,8) realização pessoal. Na comparação por estado civil são os elementos casados que manifestam maior realização pessoal (m=34,5) e os viúvos menor (m=19). Quanto ao tempo de serviço, é possível apurar que são os profissionais que exercem funções há menos anos que apresentam menor (m=5,7) despersonalização. **Conclusões:** os resultados apurados demonstram um nível de *burnout* moderado-alto nestes profissionais, manifestando a maioria um nível de *burnout* moderado, corroborando, assim, os estudos que sinalizam a Medicina Geral e Familiar como uma especialidade onde este síndrome é muito prevalente. Permitindo, ainda, pensar que a idade, o número de anos de serviço e o estado civil poderão ser factores de influência na prevalência deste síndrome.

Palavras-chave: *burnout*; médicos de família; prevalência; despersonalização; exaustão emocional; realização pessoal.

Introdução

Burnout é um estado de exaustão física, emocional e mental, causado pelo envolvimento duradouro em situações de elevada exigência emocional no local de trabalho. Estas exigências são geralmente causadas por uma combinação de expectativas muito elevadas e de stress situacional crónico[1].

Schaufeli e Enzmann definem-no como estado mental negativo, persistente, relacionado com o trabalho, que ocorre em indivíduos "normais" e que se caracteriza pela exaustão, sofrimento, reduzida motivação e eficácia e pelo desenvolvimento de atitudes ou comportamentos disfuncionais no trabalho[2].

O *burnout* apresenta-se sob três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal[1].

A exaustão emocional manifesta-se por um estado de esgotamento emocional, psicológico e físico. As principais causa desta exaustão são a sobrecarga de trabalho e conflitos pessoais no trabalho. A despersonalização, segunda dimensão, representa a componente interpessoal do *burnout*. As pessoas minimizam o seu envolvimento na profissão, abandonando os seus ideais e reagindo negativamente ou com grande distanciamento e frieza em relação aos colegas e à organização do trabalho. A última dimensão é a reduzida realização pessoal, caracterizada por um sentimento crescente de ineficácia profissional, em que cada novo projecto ou tarefa é sentido como demasiado exigente[3].

Os médicos partilham com os profissionais de emergência, os enfermeiros, os polícias, os investidores na bolsa, os controladores de tráfego aéreo e os professores as profissões mais stressantes[4].

De acordo com o relatório da Agência Europeia e diversos estudos, a doença psiquiátrica e o suicídio em médicos têm uma prevalência superior à da população geral[5]. As taxas de depressão foram estudadas em diversas especialidades (excepto na Medicina Geral e Familiar), verificando-se que as especialidades com maiores níveis de depressão para o sexo masculino são: ginecologia, psiquiatria, radiologia, anestesiologia e medicina interna, enquanto para o sexo feminino são: cirurgia, psiquiatria, ginecologia, pediatria e anatomia patológica[6].

As mulheres, que constituem na sociedade actual metade do total de profissionais de medicina, são as mais afectadas pelo *burnout*, o que pode ser explicado por realizarem

uma dupla jornada de trabalho, bem como por ainda serem alvo de certos preconceitos e obstáculos familiares e sociais[7].

Estudos apuraram que este síndrome é mais prevalente nos clínicos gerais, seguido dos médicos hospitalares e sem expressão significativa nos médicos com funções exclusivas de administração[4]. No âmbito da clínica geral, consideram-se os maiores stressores as exigência dos utentes, a carga de trabalho e a hostilidade presente nos ambientes de trabalho, que causam um desequilíbrio na vida laboral[8].

Em Portugal, relacionou-se o elevado número de doentes a cargo dos clínicos gerais (mais de 125 consultas por semana), com a insatisfação laboral e o stress[9], correlacionando-se positivamente as exigências do trabalho como os stressores mais negativos (multiplicidade de intervenções, longas horas de trabalho, decisões sob pressão de tempo e o trabalho individual), sublinhando como moderador o apoio de pares e família[10].

Estudos acerca dos traços de personalidade partilhados pela classe médica, detectaram que os seus estilos de *coping* são ineficazes, recorrendo à repressão de emoções (excepto inusitadas explosões de hostilidade), evitamento e idealização, isto é, estratégias passivas com impacto directo menor na saúde mental[11]. *Caracteriza-os uma vida e gratificações permanentemente adiadas, com limitados interesses extra-profissionais e isolamento dentro da profissão, frustração denegada e predisposição à depressão. Muitos, rendidos à dependência do trabalho, precisam que precisem deles*[4]. Estudos desenvolvidos revelam níveis críticos de *burnout* nestes profissionais, aprontando que 52,4% dos médicos estão em *burnout*[12].

Posto tudo isto, fará sentido questionar: sendo a profissão médica a arte de cuidar por excelência e sendo a Medicina Geral e Familiar uma especialidade marcada por relações interpessoais intensas e persistentes no tempo, sujeita a todas as contendas anteriormente descritas, e uma vez que não existe nenhum estudo deste âmbito no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Gondomar, revelou-se pertinente a seguinte pergunta de investigação: “Qual a prevalência do Síndrome de *Burnout* nos Médicos de Família do ACES de Gondomar?”

Este trabalho teve como objectivo determinar a prevalência da Síndrome de *Burnout* nos Médicos de Família do ACES de Gondomar, relacionando as diferentes dimensões de *burnout* com o perfil sócio-demográfico da amostra. Avaliar a existência de associação entre a prevalência determinada e as diferentes unidades funcionais que integram o

ACES: Unidades de Saúde Familiares (USF's) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP's), foi outro dos objectivos inicialmente traçados, aquando da elaboração do projecto, porém não foi possível concretizar já que todos os elementos da nossa amostra exerciam funções em USF quando foi aplicado o instrumento de recolha de dados.

Material e Métodos

Este foi um estudo do tipo observacional, descritivo e transversal, com componente analítica, dirigido a uma amostra populacional constituída pelos Médicos de Família do ACES de Gondomar, a quem foi distribuído um questionário anónimo de auto-preenchimento.

Selecção da amostra

A população deste estudo foi constituída por todos os Médicos de Família do ACES de Gondomar (102 profissionais) e a amostra por todos os médicos respondentes ao questionário e que atendiam aos critérios de inclusão: ser Médico de Família e exercer funções no ACES de Gondomar. Os questionários, anónimos e de auto-preenchimento, foram entregues aos coordenadores de cada uma das USF´s que integravam o ACES de Gondomar, os quais se encarregaram de os distribuir pelos seus profissionais. Após a sua execução, cada profissional depositava o seu questionário no interior de uma caixa, reservada para esse efeito, junto ao secretariado clínico, de forma a garantir o anonimato.

Instrumento de recolha de dados

Foi aplicado um questionário devidamente validado: o Inventário de Maslach para avaliação de *burnout* (MBI ©). O Maslach Burnout Inventory é um instrumento de auto-avaliação construído por Maslach e Jackson em 1981. Constituído na versão actual, por 22 itens numa escala tipo Likert, cotados de 0 ("nunca") a 6 ("todos os dias"), ver anexo1.

É composto por três subescalas que avaliam possíveis manifestações de *burnout*: a exaustão emocional que é avaliada por 9 itens, a despersonalização que é estimada por 5 itens e a realização pessoal avaliada por 8 itens. Estes três aspectos correspondem a dimensões distintas mas relacionadas de *burnout*, sendo que a realização pessoal está inversamente relacionada com o síndrome.

Um nível baixo de *burnout* reflecte-se em *scores* baixos nas subescalas de «exaustão emocional» e «despersonalização» e *scores* elevados na «realização pessoal», um nível médio de *burnout* é traduzido por valores médios nos *scores* das três subescalas e um

nível alto de *burnout* reflecte-se em *scores* elevados nas subescalas de «exaustão emocional» e «despersonalização» e *scores* e baixos na «realização pessoal».

Como não há estudos de aferição do inventário para a população portuguesa, a leitura dos dados do estudo estatístico das sub-escalas será efectuado por comparação com os valores de referência do normativo norte-americano.

Para tornar possível a caracterização da amostra foi acrescentado a este questionário uma primeira parte referente ao perfil sócio-demográfico da amostra em estudo: género, idade, situação familiar, habilitações académicas e número de anos a exercer funções em Cuidados de Saúde Primários.

Análise estatística

Foi utilizado o programa informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Versão 18.0 para introdução e análise dos dados. Os dados obtidos foram avaliados quanto à frequência, percentagens, média, moda e desvio padrão (estatística descritiva).

Em seguida, analisou-se a relação existente entre os níveis de *burnout* e as características dos indivíduos (género, idade, estado civil, habilitações académicas e tempo de serviço nas funções). Para auxiliar na decisão sobre os testes estatísticos a utilizar, realizou-se os testes da normalidade *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* de forma a avaliar se os dados eram provenientes de uma distribuição normal. O objectivo da aplicação destes testes prendia-se com a utilização de estatística inferencial paramétrica ou não-paramétrica para comparar os resultados entre os dois grupos.

Uma vez que se verificou que a comparação dos resultados seria com recurso à estatística paramétrica, os testes utilizados foram o teste *t-Student,* para a comparação de médias entre dois grupos, e o *ANOVA* para a comparação de resultados entre três ou mais grupos. Ambos os testes têm subjacentes duas hipóteses: a hipótese nula, que afirma que as médias são iguais entre os grupos, logo não existe diferença significativa de resultados; e a hipótese alternativa, que afirma que os resultados são estatisticamente diferentes. Pode-se rejeitar a hipótese da igualdade e assumir a diferença significativa de resultados sempre que o nível de significância for igual ou inferior a 0,05 ($p \leq 0,05$).

Para terminar a análise dos resultados optou-se por correlacionar as várias dimensões entre si para verificar que tipos de relação apresentam. Para o efeito determinou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*, por se tratar de uma correlação paramétrica, que permite visionar a força e a direcção da associação (através de *r*) e se existe de facto relação entre as dimensões (através de *p*).

Resultados

Responderam ao questionário 71 médicos, tendo sido inutilizados 2 questionários por preenchimento incorrecto (questões não respondidas).

Caracterização da Amostra

A amostra do presente estudo ficou constituída por 69 médicos de família que exercem actividade no ACES de Gondomar, maioritariamente constituída pelo sexo feminino (62,3%; n=43). Ver gráfico 1.

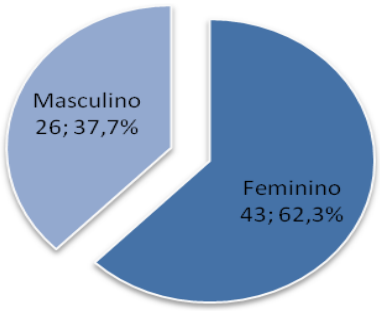


Gráfico 1 – Género dos inquiridos

Relativamente à idade dos participantes verifica-se que 33,3% (n=23) apresenta idade igual ou inferior a 39 anos, e a mesma percentagem de inquiridos possui 50 ou mais anos. Com idades compreendidas entre os 40 e os 44 anos encontra-se 18,8% do total (n=13), e os demais questionados têm de 46 a 50 anos (14,5%; n=10). Ver gráfico 2.

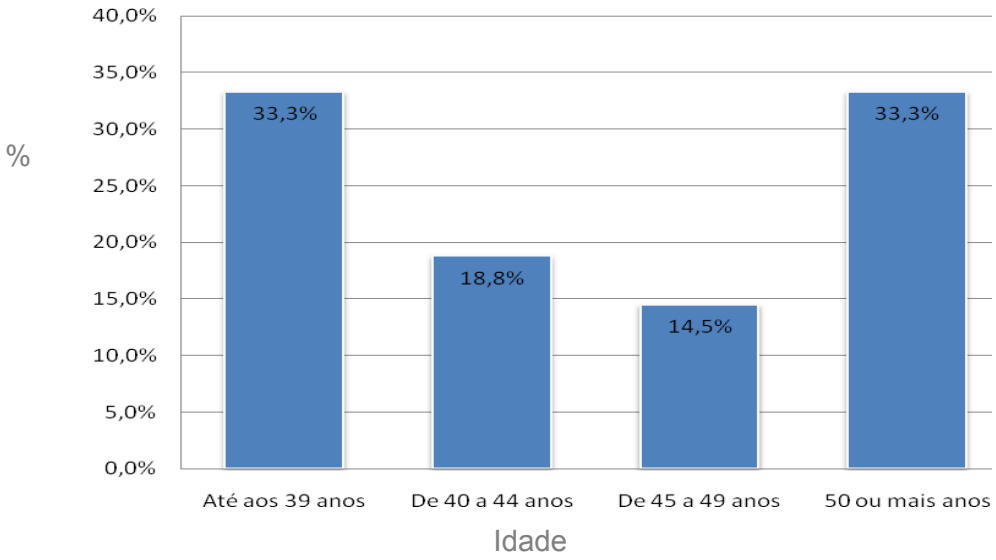


Gráfico 2 – Idade dos inquiridos

A maioria dos inquiridos encontra-se casada (46,4%; n=32), seguindo-se os participantes que estão solteiros (36,2%; n=25). Somente o correspondente a 2,9% (n=2) apresenta a condição da viuvez e a demais percentagem assinalou a categoria de outra situação como, por exemplo, a separação/divórcio (14,5%; n=10). Ver gráfico 3.

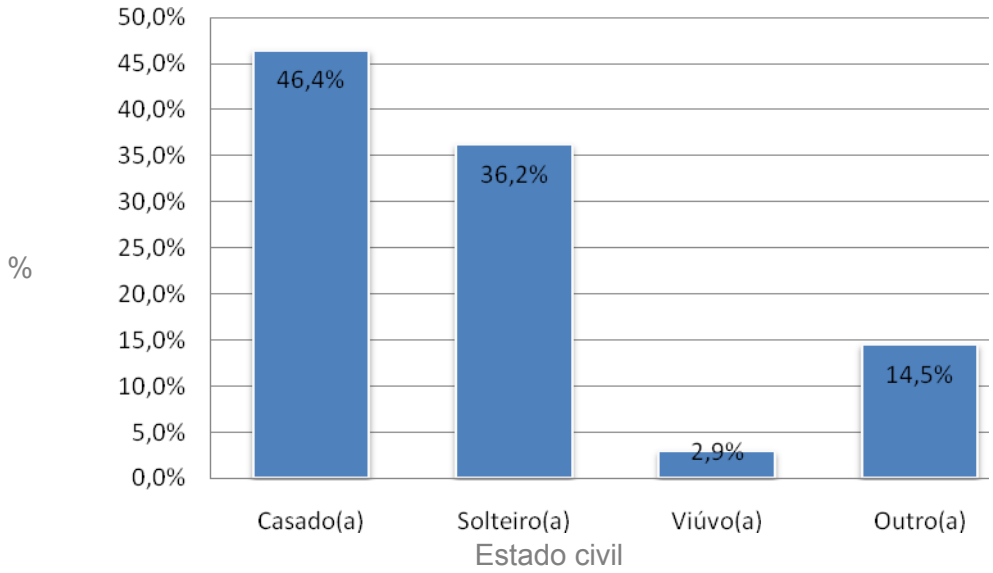


Gráfico 3 – Estado civil dos inquiridos

Relativamente ao grau académico dos participantes constata-se que a maior parte da amostra apresenta a licenciatura (88,4%; n=61), sendo que 11,6% (n=8) referiu possuir o grau académico do mestrado. Ver gráfico 4.

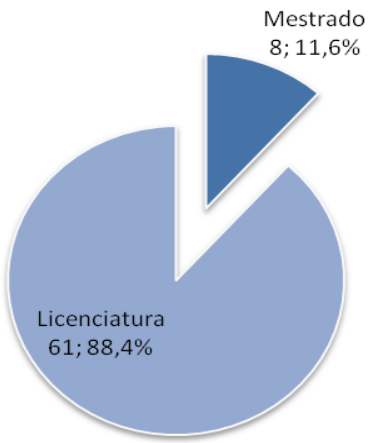


Gráfico 4 – Habilitações académicas dos inquiridos

Para finalizar a caracterização da amostra resta referir que a maior incidência percentual de inquiridos exerce a profissão nos cuidados de saúde primários há 15 ou mais anos (53,6%; n=37), seguindo-se os participantes que se encontram a exercer a actividade há 9 anos ou menos (30,4%; n=21) e, por fim, surge a percentagem dos profissionais com o tempo de serviço compreendido entre 10 e 14 anos nas funções (15,9%; n=11). Ver gráfico 5.

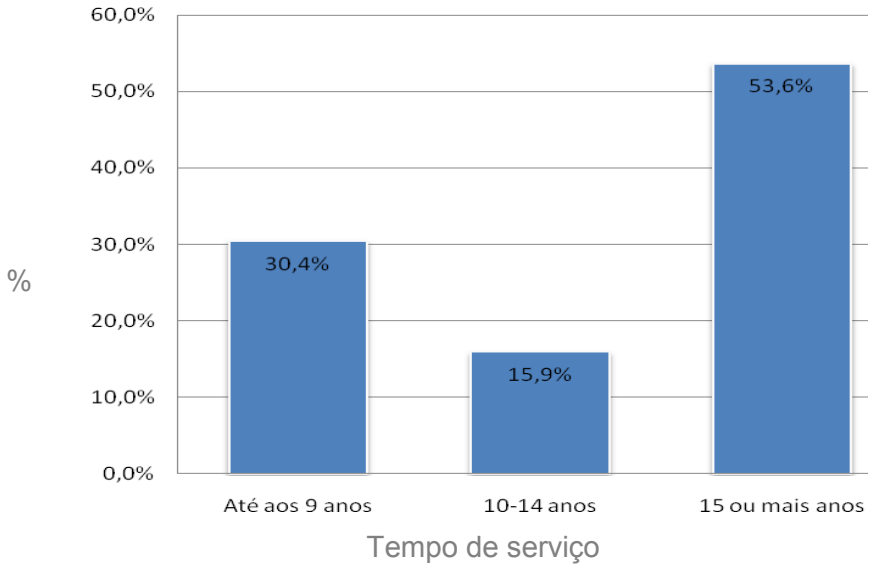


Gráfico 5 – Tempo de serviço em Cuidados de Saúde Primários

Síndrome de Burnout nos Médicos de Família

Relativamente aos nove itens que compõem a dimensão da exaustão emocional, verifica-se que a que ocorre mais frequentemente é os inquiridos sentirem que estão a trabalhar com demasiada pressão, pois a média indica que esta situação ocorre em geral algumas vezes por mês (m=3,3; dp=1,9). Com a mesma regularidade os inquiridos sentem-se esgotados no fim de um dia de trabalho (m=3,0; dp=2,0), e com a média aproximada da categoria de algumas vezes por mês encontra-se ainda o facto dos participantes se sentirem emocionalmente esgotados com o seu trabalho (m=2,7; dp=1,9), o trabalhar com pessoas todo o dia esgota-os bastante (m=2,7; dp=1,7) e sentem-se exaustos com o seu trabalho (m=2,8; dp=1,8).

Os demais itens alcançaram a média geral situada no valor "2", o que indica que as situações são sentidas todos os meses. Assim, constata-se que mensalmente os inquiridos sentem-se fatigados quando se levantam para mais um dia de trabalho (m=2,4; dp=1,8), o facto de trabalharem directamente com pessoas os faz sentir em stress (m=2,3; dp=1,8) e sentem-se no limite das suas forças (m=2,2; dp=1,8). A situação que ocorre com menos frequência, embora a média esteja próxima da frequência mensal, é sentirem frustração com o tipo de trabalho que executam (m=1,7; dp=1,5). Ver tabela I.

Tabela I – Resultados dos itens da dimensão da exaustão emocional

	n	Média	Mediana	Moda	dp
1-Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho	69	2,7	3,0	1	1,9
2-Sinto-me esgotado no fim do meu dia de trabalho	69	3,0	3,0	1	2,0
3- Sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho	69	2,4	2,0	1	1,8
6- O trabalho com pessoas durante todo o dia esgota-me bastante	69	2,7	3,0	1	1,7
8- Sinto-me exausto com o meu trabalho	69	2,8	3,0	1	1,8
13- Sinto-me frustrado com o tipo de trabalho que realizo	69	1,7	1,0	1	1,5
14- Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu emprego	69	3,3	3,0	1	1,9
16- Trabalhar directamente com as pessoas faz-me sentir em stress	69	2,3	2,0	1	1,8
20- Sinto-me no limite das minhas forças	69	2,2	2,0	1	1,8

No que concerne à dimensão da despersonalização, esta é composta por cinco itens. Através da tabela II é possível constatar que a situação que ocorre com maior regularidade (algumas vezes por mês) é os inquiridos aborrecerem-se com o facto do tipo de trabalho que desempenham os pressionar emocionalmente (m=2,9; dp=1,7). Na afirmação "*Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas*" a média está situada na categoria da frequência mensal (m=1,9; dp=2,0). Com uma regularidade mais baixa, ou seja, algumas vezes por ano, os participantes sentem que tratam alguns doentes como "objectos" impessoais (m=1,3; dp=1,7) e sentem que desde que começaram a trabalhar no actual emprego se tornaram mais insensíveis com as pessoas (m=1,2; dp=1,4). O item onde a média é mais baixa, logo ocorre com menor frequência, é não se importarem demasiado com o que acontece aos seus doentes (m=0,7; dp=1,1).

Tabela II – Resultados dos itens da dimensão da despersonalização

	n	Média	Mediana	Moda	dp
5- Sinto que trato alguns doentes como se fossem "objectos" impessoais	69	1,3	1,0	0	1,7
10- Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível para com as pessoas	69	1,2	1,0	1	1,4
11- Aborrece-me que o tipo de trabalho que desempenho me pressione bastante emocionalmente	69	2,9	3,0	3	1,7
15- Não me importo grandemente com o que acontece aos meus doentes	69	,7	,0	0	1,1
22- Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas	69	1,9	1,0	1	2,0

Relativamente à realização pessoal, composta por oito itens, verifica-se que a frequência de ocorrência das situações é mais elevada. Os participantes sentem algumas vezes por semana que influenciam positivamente as vidas das outras pessoas através do seu trabalho (m=4,8; dp=1,5) e que lidam de forma eficaz com os problemas dos doentes (m=4,7; dp=1,4).

Todas as semanas os inquiridos sentem que podem facilmente compreender como os doentes se sentem acerca das coisas que acontecem (m=4,3; dp=1,6), sentem que "*no trabalho que desempenho tenho realizado muitas coisas válidas*" (m=4,2; dp=1,7), sentem semanalmente que lidam com os problemas emocionais de uma forma muito clara (m=4,1; dp=1,7) e acreditam que podem criar facilmente uma atmosfera relaxante com os doentes (m=3,9; dp=1,7). Por outro lado, apenas algumas vezes por mês os inquiridos sentem-se cheios de energia (m=3,4; dp=1,7) e sentem-se estimulados após trabalhar junto dos doentes (m=3,3; dp=1,6). Ver tabela III.

Tabela III – Resultados dos itens da dimensão da realização pessoal

	n	Média	Mediana	Moda	dp
4- Posso facilmente compreender como os meus doentes se sentem acerca das coisas que acontecem	69	4,3	5,0	6	1,6
7- Lido de uma forma eficaz com os problemas dos meus doentes	69	4,7	5,0	6	1,4
9- Sinto que estou a influenciar positivamente as vidas de outras pessoas através do meu trabalho	69	4,8	5,0	6	1,5
12- Sinto-me cheio de energia	69	3,4	3,0	5	1,7
17- Posso criar facilmente uma atmosfera relaxante com os meus doentes	69	3,9	4,0	5	1,7
18- Sinto-me estimulado após trabalhar ao pé dos doentes	69	3,3	3,0	3	1,6
19- No trabalho que desempenho tenho realizado muitas coisas válidas	69	4,2	5,0	6	1,7
21- No meu trabalho lido com problemas emocionais de uma forma muito calma	69	4,1	5,0	6	1,7

Assim, após a exposição dos resultados dos itens interessa apresentar os níveis de *burnout* sentidos pelos inquiridos nas dimensões avaliadas. No que concerne à exaustão emocional a mediana indica que pelo menos 50% dos inquiridos alcançaram valores iguais ou inferiores a 22 pontos e a moda refere que a pontuação mais frequente é de 30 valores. A média, de 23,2 pontos (dp=12,3) indica que, no geral, os participantes apresentam um nível moderado de exaustão emocional.

Relativamente à despersonalização, mais de metade da amostra alcançou pontuações iguais ou inferiores a 7 pontos e o resultado mais comum é de 5,2 valores. A média é de 8,0 pontos (dp=5,2) e este *score* aponta para a presença de um nível moderado de despersonalização.

Na dimensão da realização pessoal os inquiridos obtiveram valores situados entre os 15 e os 48 pontos, estando a mediana nos 35 valores e a pontuação mais vezes alcançada é de 36 valores. A média, de apenas 32,6 (dp=9,0), sugere, mediante os valores de referência do normativo norte-americano, que a realização pessoal dos participantes é baixa. Ver tabela IV.

Tabela IV – *Scores* das dimensões de *burnout*

	n	Média	Mediana	Moda	dp	Mínimo	Máximo
Exaustão Emocional	69	23,2	22,0	30	12,3	0	54
Despersonalização	69	8,0	7,0	7	5,2	0	26
Realização Pessoal	69	32,6	35,0	36	9,0	15	48

Traduzindo os valores descritivos do *burnout* em categorias percentuais verifica-se que na exaustão emocional a maioria dos profissionais apresenta um nível de *burnout* alto (36,2%; n=25). Trinta e três virgula três porcento (n=23) apresenta um nível baixo *e* 30,4% (n=21) da amostra, enquadra-se no nível médio.

Na despersonalização a maior percentagem de inquiridos surge no nível médio de *burnout* (40,6%; n=28), seguindo-se os profissionais com alta despersonalização (31,9%; n=22), sendo a proporção de elementos com baixo nível de *burnout* de 27,5% (n=19).

A maioria dos inquiridos apresenta baixa realização pessoal, logo a percentagem mais expressiva apresenta um nível alto de *burnout* (44,9%; n=31). O valor percentual de elementos com *burnout* médio e baixo nesta dimensão é igual (27,5%; n=19).

Assim, constata-se que a maioria dos elementos inquiridos está enquadrada num nível médio de *burnout* (39,1%; n=27). O equivalente a 33,3% (n=23) apresenta uma condição de desgaste elevada e somente o correspondente a 27,5% (n=19) alcançou valores que permitem afirmar que o nível de *burnout* total é baixo. Ver tabela V.

Tabela V – Resultados percentuais do nível de *burnout* (dimensões e total)

		n	%
Exaustão Emocional	Baixo	23	33,3%
	Médio	21	30,4%
	Alto	25	36,2%
Despersonalização	Baixo	19	27,5%
	Médio	28	40,6%
	Alto	22	31,9%
Realização Pessoal	Baixo	19	27,5%
	Médio	19	27,5%
	Alto	31	44,9%
Burnout Total	Baixo	19	27,5%
	Médio	27	39,1%
	Alto	23	33,3%

Comparação dos Resultados pelas Características Sócio-demográficas

Na tabela VI observa-se que em ambos os testes da normalidade os níveis da significância são suficientemente elevados para se assumir a normalidade dos dados em todas as dimensões (*p*=0,200; *p*=0,103 e *p*=0,100 no *Kolmogorov-Smirnov* e *p*=0,285; *p*=0,102 e *p*=0,104 no *Shapiro-Wilk*), pelo que se pode seguramente recorrer à utilização de testes paramétricos para a comparação dos resultados de *burnout* entre os grupos. Ver tabela VI.

Tabela VI – Testes da normalidade das dimensões de *burnout*

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	gl	p	Statistic	gl	p
Exaustão Emocional	,081	69	,200	,979	69	,285
Despersonalização	,169	69	,103	,928	69	,102
Realização Pessoal	,140	69	,100	,959	69	,104

A análise dos resultados dos níveis de *burnout* por género demonstra que as médias são ligeiramente superiores na exaustão emocional (m=22,8; dp=12,4 e m=23,4; dp=12,4) e na despersonalização (m=7,6; dp=4,6 e m=8,2; dp=5,6) por parte dos elementos femininos, e que a realização pessoal é mais elevada nos inquiridos masculinos (m=33,4; dp=9,3 e m=32,1; dp=8,9), o que permite afirmar que, neste estudo, o *burnout* é mais elevado nas mulheres. Contudo, em nenhuma das dimensões a diferença das médias é estatisticamente significativa (*t*=-0,206; *p*=0,837 na exaustão emocional; *t*=-0,503; *p*=0,617 na despersonalização e *t*=0,569; *p*=0,571 na realização pessoal), pelo que não podemos afirmar que existam diferenças entre o nível de *burnout* e os géneros. Ver tabela VII.

Tabela VII – Relação entre *burnout* e género

		n	Média	dp	*Teste-t*	
	Género				*t*	*p*
Exaustão Emocional	Masculino	26	22,8	12,4		
	Feminino	43	23,4	12,4	-,206	,837
	Total	69	23,2	12,3		
Despersonalização	Masculino	26	7,6	4,6		
	Feminino	43	8,2	5,6	-,503	,617
	Total	69	8,0	5,2		
Realização Pessoal	Masculino	26	33,4	9,3		
	Feminino	43	32,1	8,9	,569	,571
	Total	69	32,6	9,0		

Relativamente à relação entre o nível de *burnout* e a idade, constata-se que na exaustão emocional o nível de significância não permite rejeitar a hipótese da igualdade dos resultados (*F*=1,297; *p*=0,283), o que permite afirmar que nesta dimensão os resultados são iguais entre todas as classes etárias.

Por outro lado, na despersonalização existe significância estatística (*F*=2,445; *p*=0,047), e pelas médias é possível verificar que são os elementos com menos idade que apresentam um menor nível de despersonalização (m=6,0; dp=3,4) e são os elementos entre os 45 e os 49 anos que exibem a média mais elevada (m=11,0; dp=3,6).

O mesmo se verifica (valores de *F*=3,050; *p*=0,035 – diferença estatisticamente significativa) em relação à realização pessoal: são os elementos com menos de 39 anos que apresentam maiores níveis de realização pessoal (m=35,5; dp=7,1) e aqueles com idades compreendidas entre os 45 e 49 anos os que manifestam maior *burnout* (m=25,8; dp=8,4). Ver tabela VIII.

Tabela VIII – Relação entre *burnout* e idade

		n	Média	dp	*ANOVA*	
	Idade				*F*	*p*
Exaustão Emocional	Até aos 39 anos	23	19,8	10,3		
	De 40 a 44 anos	13	22,5	8,9		
	De 45 a 49 anos	10	23,7	11,0	1,297	,283
	50 ou mais anos	23	26,8	15,6		
	Total	69	23,2	12,3		
Despersonalização	Até aos 39 anos	23	6,0	3,4		
	De 40 a 44 anos	13	8,8	6,0		
	De 45 a 49 anos	10	11,0	3,6	***2,445***	***,047***
	50 ou mais anos	23	8,1	6,3		
	Total	69	8,0	5,2		
Realização Pessoal	Até aos 39 anos	23	35,5	7,1		
	De 40 a 44 anos	13	31,5	9,2		
	De 45 a 49 anos	10	25,8	8,4	***3,050***	***,035***
	50 ou mais anos	23	33,4	9,8		
	Total	69	32,6	9,0		

Quanto à relação entre o nível de *burnout* e estado civil dos inquiridos observa-se que não existe diferença estatisticamente significativa relativamente aos resultados entre os grupos na exaustão emocional (*F*=1,894; *p*=0,139) nem na despersonalização (*F*=1,643; *p*=0,188), embora sejam os elementos viúvos que manifestam níveis de *burnout* mais elevados.

Na realização pessoal a diferença de médias é estatisticamente significativa (*F*=2,618; *p*=0,050), e pelos valores alcançados pode afirmar-se que são os elementos casados que manifestam maior realização pessoal (m=34,5; dp=8,5) e os viúvos sentem maior *burnout* (m=19,0; dp=5,7). Ver tabela IX.

Tabela IX – Relação entre *burnout* e estado civil

		n	Média	dp	*ANOVA*	
	Situação Familiar				*F*	*p*
Exaustão Emocional	Casado(a)	32	24,4	14,0		
	Solteiro(a)	25	20,1	10,1		
	Viúvo(a)	2	39,5	13,4	1,894	,139
	Outro	10	23,9	9,2		
	Total	69	23,2	12,3		
Despersonalização	Casado(a)	32	7,4	5,9		
	Solteiro(a)	25	7,8	4,6		
	Viúvo(a)	2	15,5	4,9	1,643	,188
	Outro	10	8,8	3,6		
	Total	69	8,0	5,2		
Realização Pessoal	Casado(a)	32	34,5	8,5		
	Solteiro(a)	25	32,7	9,0		
	Viúvo(a)	2	19,0	5,7	***2,618***	***,050***
	Outro	10	29,2	9,0		
	Total	69	32,6	9,0		

No que concerne às habilitações académicas verifica-se que em nenhuma das dimensões é possível rejeitar a igualdade e assumir a diferença estatística de resultados (*t*=1,091; *p*=0,279; *t*=1,444; *p*=0,153 e *t*=-1,127; *p*=0,264 respectivamente). Embora se observe que os níveis de *burnout* são ligeiramente mais elevados nos elementos possuidores da licenciatura (maior exaustão emocional e despersonalização e menor realização pessoal), não é possível afirmar que de facto a diferença existe. Ver tabela X.

Tabela X – Relação entre *burnout* e habilitações académicas

	Habilitações Académicas	n	Média	dp	*Teste-t*	
					t	*p*
Exaustão Emocional	Licenciatura	61	23,8	12,3		
	Mestrado	8	18,7	11,8	1,091	,279
	Total	69	23,2	12,3		
Despersonalização	Licenciatura	61	8,3	5,3		
	Mestrado	8	5,5	4,4	1,444	,153
	Total	69	8,0	5,2		
Realização Pessoal	Licenciatura	61	32,2	8,7		
	Mestrado	8	36,0	11,6	-1,127	,264
	Total	69	32,6	9,0		

Para finalizar, resta verificar se o nível de *burnout* difere pelo tempo de serviço dos participantes em funções nos Cuidados de Saúde Primários. Relativamente à exaustão emocional constata-se que embora o *burnout* seja mais visível nos elementos com mais anos de serviço (m=25,8; dp=13,6) e menor nos inquiridos com menos tempo nas funções (m=18,9; dp=10,2), não se pode assumir a hipótese da diferença estatística (*F*=2,180; *p*=0,121).

Por outro lado, na despersonalização a diferença de médias é estatisticamente significativa (*F*=3,035; *p*=0,050), permitindo apurar que a despersonalização é mais elevada nos elementos com tempo de serviço compreendido entre os 10 e os 14 anos (m=9,1; dp=6,0) e nos inquiridos com mais de 15 anos de tempo nas funções (m=8,9; dp=5,5) comparativamente aos participantes com menos de 9 anos nos Cuidados de Saúde Primários (m=5,7; dp=3,5).

Da mesma forma, verifica-se que a realização pessoal é mais elevada por parte dos elementos com menos tempo de serviço (m=35,2; dp=6,8) comparativamente aos outros dois grupos, mas não é permitido rejeitar a igualdade de resultados (*F*=1,271; *p*=0,287). Ver tabela XI.

Tabela XI – Relação entre *burnout* e anos de exercício das funções

	Tempo nas Funções	n	Média	dp	*ANOVA*	
					F	*p*
Exaustão Emocional	Até 9 anos	21	18,9	10,2		
	10-14 anos	11	22,7	9,2	2,180	,121
	15 ou mais anos	37	25,8	13,6		
	Total	69	23,2	12,3		
Despersonalização	Até 9 anos	21	5,7	3,5		
	10-14 anos	11	9,1	6,0	***3,035***	***,050***
	15 ou mais anos	37	8,9	5,5		
	Total	69	8,0	5,2		
Realização Pessoal	Até 9 anos	21	35,2	6,8		
	10-14 anos	11	30,8	9,9	1,271	,287
	15 ou mais anos	37	31,7	9,7		
	Total	69	32,6	9,0		

A fim de correlacionar as várias dimensões entre si, para verificar que tipos de relação apresentam, é possível verificar através da seguinte tabela que existe uma relação forte entre todas as dimensões do *burnout* e o nível de significância permite, ao nível de 0,01, assumir a existência de relação entre as variáveis. A associação entre a exaustão emocional e a despersonalização é positiva (r=0,615; p=0,000), indicando que as dimensões se correlacionam no mesmo sentido, ou seja, quanto maior for a exaustão emocional maior será a despersonalização, ou vice-versa.

Por outro lado, a realização pessoal exibe uma associação forte com as demais dimensões, mas as correlações são negativas (r=-0,419; p=0,000 e r=-0,584; p=0,000), demonstrando que as variáveis se associam inversamente, isto é, quanto maior for a realização pessoal, menor será a exaustão emocional e a despersonalização. Constata-se ainda que a associação da dimensão da realização pessoal é ligeiramente mais forte com a despersonalização do que com a exaustão emocional. Ver tabela XII.

Tabela XII – Correlação entre as dimensões de *burnout*

		Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Exaustão Emocional	*r de Pearson*		,615 **	-,419 **
	p		,000	,000
	n		69	69
Despersonalização	*r de Pearson*	,615 **		-,584 **
	p	,000		,000
	n	69		69
Realização Pessoal	*r de Pearson*	-,419 **	-,584 **	
	p	,000	,000	
	n	69	69	

**. *A correlação é significativa ao nível 0,01*

Discussão

Terminada a análise dos resultados obtidos, é possível concluir que os Médicos de Família do ACES de Gondomar apresentam níveis moderados de exaustão emocional e de despersonalização e níveis baixos de realização pessoal, traduzindo, deste modo, um nível de *burnout* moderado-alto nestes profissionais. A análise conjuntas das três dimensões revela que, no geral, a maioria destes profissionais (39,1%) apresenta um nível médio de *burnout*, porém, 33,3% destes expressam uma condição de desgaste elevado e somente 27,5% um nível de *burnout* total baixo. Este desfecho corrobora os estudos descritos anteriormente que sinalizam a Medicina Geral e Familiar como uma especialidade onde este síndrome é muito prevalente[4].

Atendendo que no âmbito da clínica geral, consideram-se como os maiores stressores as exigências dos utentes, a carga de trabalho e a hostilidade presente no ambiente de trabalho[8], será importante realçar que neste estudo as ocorrências que se verificaram com maior regularidade na dimensão exaustão emocional foram: *"sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão…"* e *"sinto-me esgotado no fim do meu dia de trabalho",* na dimensão da despersonalização: *"aborrece-me que o tipo de trabalho que desempenho me pressione bastante emocionalmente"* e "*sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas"* e na dimensão da realização pessoal, com menor regularidade de frequência: *"sinto-me estimulado após trabalhar ao pé dos meus doentes"* e *"sinto-me cheio de energia"*; comprovando-se, assim, que também nesta amostra se verifica a preponderância de tais stressores inicialmente referidos.

Na comparação de resultados dos níveis de *burnout* por género dos inquiridos verifica-se que as médias são ligeiramente superiores na exaustão emocional e na

despersonalização no género feminino, e que a realização pessoal é mais elevada nos inquiridos masculinos, o que poderia levar a concluir que o *burnout* é maior nas mulheres. Contudo, ainda que esta conclusão esteja de acordo com os fundamentos teóricos que referem que as mulheres são mais afectadas pelo *burnout*, em nenhuma das dimensões a diferença das médias foi estatisticamente significativa, pelo que não se pode concluir, neste estudo, diferenças no nível de *burnout* entre os elementos masculinos e femininos.

A análise dos resultados permite pensar que a idade poderá ser um factor com influência na prevalência de *burnout*, já que são os profissionais com menos idade que manifestam menor exaustão emocional, menor despersonalização e maior realização pessoal. Da mesma forma, verifica-se que a realização pessoal é mais elevada por parte dos elementos com menos tempo de serviço, podendo levar a afirmar que os anos de exercício de funções na instituição poderão ser um factor preponderante no nível de *burnout* manifestado, primordialmente no que respeita à despersonalização. Neste ponto, no entanto, não se encontra concordância, pois enquanto alguns autores descrevem o *burnout* como um processo de desgaste que se incrementa com o tempo, outros têm apontado maior incidência nos profissionais que ingressam no mercado de trabalho, possivelmente devido à pouca experiência na profissão e/ou na instituição ou ainda associados à pouca idade[2].

Quanto ao estado civil verifica-se que são os elementos casados que expressam maior realização pessoal enquanto o inverso se verifica nos indivíduos viúvos. Não se verificando diferenças significativas entre casados e solteiros. Também neste tema não se verifica concordância de opiniões entre diferentes autores, pois se na opinião de alguns o casamento gera uma forma de conflito inter- papeis que se desenvolve quando as exigências dos papéis do trabalho e da família são mutuamente incompatíveis[13], para outros a teoria do crescimento de papéis sugere que a participação em vários papéis proporciona ao indivíduo mais oportunidades e recursos, que facilitam o funcionamento em ambos os domínios da vida adulta (familiar e profissional) [14].

No que se refere às habilitações académicas não foi possível chegar a nenhuma conclusão, já que os resultados estatísticos obtidos não foram estatisticamente significativos.

Ainda que este estudo confirme um elevado nível de *burnout* em consonância com a revisão bibliográfica levada a cabo para este trabalho, será de realçar que o mesmo não poderá ser extrapolado para todos os especialistas de Medicina Geral e Familiar a exercer funções em Cuidados de Saúde Primários. Será de referir uma particularidade

desta mesma amostra que não se verifica noutros profissionais da mesma área de competências como seja o facto de todos os profissionais deste estudo exercerem funções em USF's, um modelo inovador na organização da prestação de cuidados de saúde à população, em que é entregue nas mãos dos profissionais a capacidade para se auto-organizarem, apresentando objectivos e metas concretas e comprometendo-se com a sua execução, configurando um modelo organizacional leve e flexível, com as funções de gestão (organizativa e técnica) e de execução dos serviços, que se contrapõe às tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas de poder e de decisão vertical[15]. Assim, sendo, seria útil em futuros trabalhos proceder a uma análise comparativa entre as diferentes unidades funcionais que integram os ACES: USF´s e UCSP's, a fim de avaliar a existência ou não de diferenças nas três dimensões de *burnout* o respectivo impacto de tal sistema organizacional na prevalência de tal síndrome nestes profissionais, que embora trabalhem na mesma área de competências experienciam metodologias organizacionais distintas. Este foi um objectivo inicialmente delineado para este trabalho mas não possível de concretização, como já referido devido à conversão das UCSP's existentes em USF's.

Espera-se, assim, que os resultados obtidos neste estudo venham a ter implicações tanto a nível pessoal, profissional, como organizacional, podendo constituir uma ferramenta de apreciação e consciencialização para o desenvolvimento de futuras estratégias preventivas baseadas na promoção do bem-estar físico, psíquico e social no local de trabalho e no diagnóstico correcto e precoce dos profissionais afectados por este síndrome, com vista à melhoria da qualidade assistencial e ao aumento da satisfação profissional.

Referências Bibliográficas

1. Burke RJ, Greenglass ER (2001) Hospital restructuring and nursing staff well-being: The role of perceived hospital and union support. Anxiety, stress, and coping 14, 1: 93-115.

2. Schaufeli WB, Enzmann D (1998) The Burnout companion to study and practical analyses. London: Taylor & Francis.

3. Maslach C (1998) A multidimensional theory of burnout. In C.L. Cooper (Ed.), Theories of Organizational Stress. Oxford: Oxford University Press.

4. Frasquilho MA (2005) Medicina, Médicos e Pessoas. Compreender o stress para prevenir o burnout. Acta Médica Portuguesa 18: 433-444.

5. Catsicaris C, Eymann A et al. (2007) La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. Archivos Argentinos de Pediatría 105,3: 236-240.

6. Scott C, Hawk J (1986) Healthy self: The health of healthcare professionals. New York: Brunner-Mazel.

7. Schaufeli WB, Martínez IM et al. (2002) Burnout and engagement in University Students. A Cross-National Study. Journal of Cross-Cultural Psychology Study 33, 5: 464-481.

8. Morais A, Maia P et al. (2006) Stress and burnout among Portuguese anaesthesiologists. European Journal of Anaesthesiology 2,7: 125-129.

9. Hespanhol A (1996) Condições do exercício da clínica geral no norte de Portugal (dissertação de doutoramento em Medicina familiar). Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

10. Horta AM (2005) Síndrome de Burnout nos médicos do Serviço de Urgência do Hospital de São João (dissertação de mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental). Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

11. Tarnow-Mordi W, Hau C et al. (2000) Hospitality mortality in relation to staff workload: a 4 year study in adult intensive care unit. Lancet 356: 185-189.

12. Leal, M. (1998) Stress e burnout. Porto: Medi Bial.

13. Grennhaus, N. (1985) Sources of Conflict Between Work and Family Roles. Academy of Management Review, *10* (1), 76-88.

14. Kinnunen**,** U., Feldt, T., Geurts, S. & Pulkkinnen, L. (2006) Types of work-family interface: Well-being correlates of negative and positive spillover between work and family. Scandinavian Journal of Psychology, *47,* 149-162.

15. Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2009). Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt (acedido em 29/05/2011).

Agradecimentos

À minha orientadora Dr.ª Conceição Outeirinho por todo o apoio dado.

Gostaria, ainda, de agradecer a todos os profissionais do ACES de Gondomar, especialmente ao Dr. Carlos Nunes, ao Dr. Fernando Almeida e a todos os Médicos de Família que colaboraram no preenchimento deste questionário.

A todos, o meu muito obrigada, pois sem eles a execução deste trabalho não seria possível.

Anexo 1 – Instrumento de Recolha de Dados