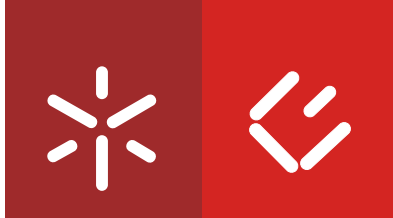


Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Anabela Pereira Oliveira

**Antecedentes individuais do *Burnout* nos
profissionais das áreas COVID-19 de um
hospital da região Norte**



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Anabela Pereira Oliveira

**Antecedentes individuais do *Burnout* nos
profissionais das áreas COVID-19 de um
hospital da região Norte**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob orientação da
Professora Doutora Regina Maria de Oliveira Leite

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

AGRADECIMENTOS

A realização deste projeto de investigação foi apenas possível graças a inúmeras pessoas que, direta ou indiretamente, deram o seu contributo na sua formulação, as quais merecem o meu agradecimento.

À Professora Doutora Regina Maria de Oliveira Leite, orientadora desta dissertação, pelos conselhos, paciência, aprendizagem, compreensão e disponibilidade no esclarecimento de dúvidas.

Aos autores dos questionários *Big Five Inventory* e *Copenhagen Burnout Inventory*, pela aprovação da aplicação dos mesmos.

Aos colegas envolvidos na realização do pré-teste do questionário utilizado na recolha de dados, pela sua receptividade.

Aos colaboradores do hospital que contribuíram para a divulgação do questionário, nomeadamente os membros do Serviço de Gestão do Conhecimento, da Comissão de Ética para a Saúde e da Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação, pelo cuidado e empenho na apresentação e exposição do estudo.

A todos os participantes, pelo tempo e dedicação despendidos.

À minha família, pela ajuda e apoio constantes, em especial à minha mãe, pela motivação, à minha irmã e à minha avó.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Antecedentes individuais do *Burnout* nos profissionais das áreas COVID-19 de um hospital da região Norte

RESUMO

A COVID-19 é um tema atual que afeta todos os indivíduos e apresenta repercussões em diversas áreas, nomeadamente no setor hospitalar e na saúde mental dos profissionais de saúde.

Os objetivos desta dissertação são analisar a perceção de *Burnout* (pessoal, relacionado com o trabalho e com o utente) em profissionais de saúde que atuaram em áreas COVID-19 de um hospital da região Norte de Portugal, assim como a sua relação com os traços de personalidade do Modelo dos Cinco Grandes Fatores (neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade e conscienciosidade) e um conjunto de características sociodemográficas, profissionais e específicas da época da COVID-19.

Foi realizado um inquérito por questionário *online*, sendo a amostra constituída por 214 profissionais. Os níveis de *Burnout* foram estimados através do *Copenhagen Burnout Inventory* e os traços de personalidade com base no *Big Five Inventory*. Foram realizados testes de comparação de médias através do teste t de *Student* e de ANOVA e análise bivariada com recurso aos coeficientes de correlação de *Pearson* e de *Spearman*.

Os resultados apontam para a perceção de elevados níveis de *Burnout* nas três dimensões, tendo esta perceção correlação estatisticamente significativa positiva com o neuroticismo e negativa com a extroversão, a abertura à experiência e a amabilidade. Não ter filhos, ter carga horária semanal maior, realizar mais turnos mensais em horário noturno, conviver com os pares com pouca frequência e ter a perceção de que a quantidade de EPI's disponibilizada não é suficiente relaciona-se positivamente com algumas das três dimensões do *Burnout*.

A COVID-19 mostrou-se um contexto desafiante para os profissionais de saúde, existindo a perceção de *Burnout* entre os mesmos, sendo determinadas características individuais, como os traços de personalidade (especialmente o neuroticismo) preditores relevantes desta síndrome. Devem ser implementadas estratégias preventivas eficazes para a redução do *stress* pessoal e organizacional.

Palavras Chave: *Burnout*, COVID-19, Portugal, Profissionais de Saúde, Traços de Personalidade

Individual antecedents of Burnout in COVID-19 areas' professionals from a Portugal North region hospital

ABSTRACT

COVID-19 is a current issue that affects all individuals and has consequences in several areas, mostly in the hospital sector and in the mental health of healthcare workers.

The aim of this study is to analyse the perception of Burnout (personal, work-related and client-related) in healthcare workers who operated in COVID-19 areas from a Portugal North region hospital, as well as its relationship with the personality traits of Big Five (neuroticism, extraversion, openness, agreeableness and conscientiousness) and some sociodemographic, professional and COVID-19 specific characteristics.

An online questionnaire survey was filled in by a sample of 214 professionals. Burnout levels were assessed with the Copenhagen Burnout Inventory and personality traits were based on the Big Five Inventory. T-test and ANOVA were used for comparing means and Pearson's and Spearman's correlation coefficients were used in the bivariate analysis.

The results revealed that there is a perception of high levels of Burnout in the three dimensions, with this perception having a statistically significant positive correlation with neuroticism and a negative correlation with extraversion, openness and agreeableness. Not having children, having a longer weekly workload, working more monthly night shifts, not socialize with peers frequently and having the perception that the amount of personal protective equipment available is not enough is positively related to some of the three dimensions of Burnout.

COVID-19 proved to be a challenging context for healthcare workers, as they show to have perception of Burnout symptoms, with certain individual characteristics, such as personality traits (especially neuroticism) being relevant predictors of this syndrome. Effective preventive strategies must be implemented to reduce personal and organizational stress.

Keywords: Burnout, COVID-19, Healthcare Workers, Personality Traits, Portugal

ÍNDICE

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	v
Abstract.....	vi
Índice.....	vii
Lista de Figuras.....	ix
Lista de Tabelas.....	x
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	xii
1. Introdução.....	1
1.1 Enquadramento do tema: relevância e atualidade.....	1
1.2 Objetivos e contributos esperados do estudo.....	3
1.3 Organização da dissertação.....	4
2. Revisão da literatura.....	5
2.1 A pandemia da COVID-19.....	5
2.1.1 Definição e origem da COVID-19.....	5
2.1.2 Consequências da COVID-19.....	6
2.1.3 COVID-19 a nível mundial e em Portugal.....	7
2.1.4 COVID-19 e síndrome de <i>Burnout</i>	9
2.2 Síndrome de <i>Burnout</i>	10
2.2.1 <i>Stress</i> e <i>stress</i> ocupacional.....	11
2.2.2 <i>Burnout</i>	12
2.2.3 Modelos e medidas de <i>Burnout</i>	13
2.2.4 Antecedentes de <i>stress</i>	15
2.2.5 Consequências do <i>stress</i>	16
2.2.6 O interesse e a pesquisa existente sobre o <i>Burnout</i>	18
2.2.7 A investigação sobre o <i>Burnout</i> em Portugal.....	19
2.3 A personalidade enquanto antecedente do <i>Burnout</i>	20
2.3.1 Conceito de personalidade.....	20
2.3.2 Modelos de personalidade.....	21
2.3.3 Personalidade e síndrome de <i>Burnout</i>	23

2.4	Variáveis sociodemográficas e profissionais enquanto antecedentes de <i>Burnout</i>	24
3.	Metodologia.....	27
3.1	Definição dos objetivos do estudo.....	27
3.2	Desenho do estudo	28
3.3	Tipo de estudo.....	28
3.4	População alvo do estudo	28
3.5	Método e instrumento de recolha de dados	30
3.5.1	Método de recolha de dados.....	30
3.5.2	Instrumento de recolha de dados.....	31
3.5.3	Pré-teste.....	37
3.5.4	Procedimentos na recolha dos dados.....	37
3.6	Considerações éticas	38
3.7	Tratamento dos dados	40
4.	Apresentação e discussão dos resultados.....	42
4.1	Caracterização da amostra.....	43
4.2	Consistência interna das escalas BFI e CBI	48
4.3	Estatística descritiva das escalas BFI e CBI	53
4.4	Estudo da normalidade das distribuições.....	55
4.5	Relação entre <i>Burnout</i> e traços de personalidade	57
4.6	Relação entre <i>Burnout</i> e variáveis sociodemográficas, laborais e específicas da COVID-19	60
5.	Conclusão	67
5.1	Limitações do estudo.....	69
5.2	Sugestões para estudos futuros.....	70
	Referências bibliográficas	72
	Apêndice I – Questionário aplicado	77
	Apêndice II – Autorizações para aplicação das escalas	84
	Apêndice III – Autorizações para a realização do estudo.....	86
	Apêndice IV – Classificação das variáveis do estudo	88
	Apêndice V – Anexos análise estatística	91

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Esquema representativo da evolução de casos de COVID-19 por região (à data de 20 de outubro de 2022). Fonte: WHO.....	8
Figura 2. Esquema representativo da evolução de mortes pela COVID-19 por região (à data de 20 de outubro de 2022). Fonte: WHO.....	8
Figura 3. Esquema representativo do processo de exclusão de participantes e obtenção da amostra final do estudo.....	30
Figura 4. Conjunto de imagens representativas da apresentação do questionário divulgado online.	77
Figura 5. Conjunto de imagens representativas da submissão do formulário e disponibilização das versões original e portuguesa do BFI.....	84
Figura 6. Autorização da utilização do CBI por parte do autor da versão original.	85
Figura 7. Autorização da utilização da versão portuguesa do CBI por parte do seu autor.	85
Figura 8. Autorização para a aplicação do estudo na unidade hospitalar em questão por parte da CE para a Saúde.....	86
Figura 9. Autorização para a aplicação do estudo na unidade hospitalar com questão por parte da CLPSI.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Análise estatística descritiva das questões sociodemográficas (variáveis qualitativas).	43
Tabela 2. Análise estatística descritiva das questões sociodemográficas (variáveis quantitativas).	44
Tabela 3. Análise estatística descritiva das questões laborais e relacionadas com a COVID-19 (variáveis qualitativas).	45
Tabela 4. Análise estatística descritiva das questões laborais e relacionadas com a COVID-19 (variáveis quantitativas).	47
Tabela 5. Valores de média, desvio padrão e alfa de Cronbach para cada fator da escala do BFI, subescala e escala total.	49
Tabela 6. Valores de média, desvio padrão e alfa de Cronbach para cada fator da escala do CBI, subescala e escala total.	51
Tabela 7. Análise estatística descritiva das cinco escalas do BFI.	53
Tabela 8. Análise estatística descritiva das três escalas do CBI.	54
Tabela 9. Testes da normalidade de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk para as variáveis quantitativas do estudo.	56
Tabela 10. Correlações significativas entre as dimensões do CBI e do BFI.	58
Tabela 11. Variáveis com diferenças estatisticamente significativas obtidas através do teste t de Student.	61
Tabela 12. Variáveis com diferenças estatisticamente significativas obtidas através da ANOVA.	63
Tabela 13. Questões sociodemográficas – classificação das variáveis e métodos estatísticos descritivos utilizados.	88
Tabela 14. Questões laborais e relacionadas com a COVID-19 – classificação das variáveis e métodos estatísticos descritivos utilizados.	88
Tabela 15. BFI – classificação das variáveis e métodos estatísticos descritivos utilizados.	89
Tabela 16. CBI – classificação das variáveis e métodos estatísticos descritivos utilizados.	90
Tabela 17. Questões finais - classificação das variáveis e métodos estatísticos descritivos utilizados. .	90
Tabela 18. Análise estatística descritiva das questões que constituem a subescala da extroversão do BFI.	91
Tabela 19. Análise estatística descritiva das questões que constituem a subescala da amabilidade do BFI.	92

Tabela 20. Análise estatística descritiva das questões que constituem a subescala da conscienciosidade do BFI.	94
Tabela 21. Análise estatística descritiva das questões que constituem a subescala da neuroticismo do BFI.....	95
Tabela 22. Análise estatística descritiva das questões que constituem a subescala da abertura à experiência do BFI.	97
Tabela 23. Análise estatística descritiva das questões que constituem a subescala do Burnout pessoal do CBI.....	98
Tabela 24. Análise estatística descritiva das questões que constituem a subescala do Burnout relacionado com o trabalho do CBI.	100
Tabela 25. Análise estatística descritiva das questões que constituem a subescala do Burnout relacionado com o utente do CBI.	101
Tabela 26. Análise estatística descritiva das três escalas do CBI (tendo em conta o ponto de corte).	102
Tabela 27. Análise estatística descritiva das questões finais do questionário do estudo.	102

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ANOVA – Análise da Variância (do inglês *Analysis of Variance*)

BFI – *Big Five Inventory*

CBI – *Copenhagen Burnout Inventory*

CE – Comissão de Ética

CID-11 – 11ª Revista da Classificação Internacional de Doenças

CLPSI – Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação

COVID-19 – *Coronavirus Disease 2019*

DGS – Direção-Geral de Saúde

DM – Diabetes *Mellitus*

DP – Desvio padrão

EEG – Escola de Economia e Gestão

EPI's – Equipamentos de Proteção Individual

Fi – Frequência absoluta

fi (%) – Frequência relativa, em percentagem

[máx-mín] – Intervalo (diferença entre o valor máximo e o valor mínimo da distribuição)

MBI – *Maslach Burnout Inventory*

MCDT's – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MGUS – Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

NIOH – Instituto Nacional de Saúde Ocupacional, Copenhaga

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Valor prova

PUMA – Projeto de *Burnout*, Motivação e Satisfação no Trabalho

r – Coeficiente de correlação de *Pearson/Spearman*

SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica

WHO – *World Health Organization*

1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação foi realizada no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde (MGUS) da Escola de Economia e Gestão (EEG) da Universidade do Minho. Todo o processo de recolha de dados teve lugar numa instituição de cuidados hospitalares da região Norte de Portugal.

O presente capítulo apresenta a temática em estudo, assim como os seus objetivos e contributos esperados, terminando com uma referência à sua organização (estrutura do trabalho).

1.1 Enquadramento do tema: relevância e atualidade

A doença COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*), provocada pelo novo coronavírus, cujos primeiros casos foram conhecidos em 2019, teve uma rápida disseminação a uma escala global, originando uma pandemia que se tornou motivo de preocupação em todo o mundo pelas suas consequências em vários setores (DGS, 2021; Singhal, 2020).

Relativamente a Portugal, os primeiros casos de infeção ocorreram em março de 2020, sendo que, em maio de 2022, o país já se encontrava a ultrapassar a sexta vaga da doença. A região Norte do país, mais em específico, mostrou ser das áreas mais afetadas, registando números elevados de casos confirmados, internamentos e óbitos (DGS, 2022; Torres et al., 2021).

No que diz respeito aos sistemas de saúde, observou-se uma forte sobrecarga dos mesmos e, conseqüentemente, dos seus funcionários. Os profissionais de saúde expostos à COVID-19 experienciaram cargas de trabalho e *stress* extremamente elevadas, nomeadamente pela instabilidade, falta de segurança e de equipamentos de proteção individual (EPI's), risco de infeção e horas de trabalho extraordinárias (Lange, 2021). Isto provocou, em muitos casos, um desgaste generalizado, afetando não só a saúde física, mas também a saúde mental dos trabalhadores, causando problemas como ansiedade, depressão, alterações do sono, sentimentos de angústia e sintomas de *Burnout*. Isto expressou-se de forma mais significativa nesta classe em comparação com a população em geral, podendo estas perturbações prolongar-se por vários anos após a pandemia (Bezerra et al., 2020; Muller et al., 2020).

No entanto, estas condições laborais podem afetar os profissionais de forma distinta, uma vez que a sua perceção da realidade é condicionada pelas suas características intrínsecas. As ações e pensamentos dos indivíduos, assim como a sua relação com o mundo e, conseqüentemente, com o ambiente de trabalho, estão dependentes de fatores que os tornam únicos e diferenciados, como é o caso dos traços de personalidade (Parent-Lamarche & Marchand, 2019). Pessoas com determinadas características podem estar mais sujeitas a sentimentos negativos, como medo, ansiedade, depressão e esgotamento. Da mesma forma, outras particularidades individuais podem melhorar a adaptação a situações de incerteza e *stress*, assim como a criação de soluções e estratégias de *coping* mais adequadas (Parent-Lamarche & Marchand, 2019; Prins et al., 2019).

A instituição em causa constitui uma unidade de prestação de cuidados de saúde hospitalares, representando um dos hospitais centrais da região Norte. De acordo com dados de 2018 disponibilizados na página da *Intranet* do hospital, esta instituição é responsável pela prestação de serviços a cerca de 318 mil utentes, dos quais 175 mil são habitantes do concelho de localização da instituição.

Em relação à organização da secção de cuidados hospitalares desta instituição, podemos destacar os seguintes departamentos principais: Departamento de Medicina; Departamento de Cirurgia; Departamento de Anestesia; Departamento da Mulher, Criança e Jovem; Departamento de Emergência e Medicina Intensiva; Departamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT's); Departamento de Saúde Mental e, por último, Departamento de Ambulatório. Na época do Coronavírus, este hospital sofreu alterações na sua estrutura, de forma a estabelecer áreas exclusivas para doentes com a infeção pelo SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), tendo sido também criados vários postos de testagem e análise das amostras recolhidas.

A COVID-19 constitui um tema atual, seja porque ainda não está erradicada, mas também devido às conseqüências nefastas a vários níveis, em diferentes setores e a uma escala global, nomeadamente no que diz respeito aos sistemas de saúde e, em específico, aos profissionais de saúde. Desta forma, considera-se importante estudar os seus efeitos na saúde física, emocional e mental desta classe profissional, uma vez que se mostrou ser a mais exposta à doença e a mais sujeita a condições de trabalho adversas (Pappa et al., 2020; Spoorthy, 2020).

Em face do exposto, este estudo pretende conhecer a perceção dos profissionais de saúde quanto à possibilidade da presença de síndrome de *Burnout* como conseqüência do seu contacto direto com as realidades e circunstâncias hospitalares provocadas por este vírus. Tenciona ainda

estudar possíveis associações entre a percepção de *Burnout* e determinadas variáveis sociodemográficas, laborais e disposicionais, designadamente os traços de personalidade do Modelo dos Cinco Grandes Fatores (*Big-Five*).

1.2 Objetivos e contributos esperados do estudo

Conforme acima referido, este estudo pretende analisar a percepção sobre a presença de sintomatologia relacionada com o *Burnout* em profissionais de saúde que trabalharam em áreas COVID-19, assim como estudar a possível relação entre essa sintomatologia e um conjunto de variáveis sociodemográficas e aspetos específicos da época do vírus, nomeadamente em termos laborais, bem como certos traços de personalidade.

Mais em concreto, o presente estudo vai incidir sobre os profissionais de saúde que, no contexto da pandemia, atuaram em áreas destinadas especificamente a doentes confirmados ou suspeitos de infeção pelo SARS-CoV-2.

Assim, é possível identificar a existência de três objetivos de investigação neste estudo.

O objetivo principal do estudo será perceber se a COVID-19 teve repercussões de foro psicológico nos profissionais de saúde que trabalharam nas áreas COVID-19, ocasionando a ocorrência da síndrome de *Burnout* em virtude da exposição a situações altamente exigentes e desgastantes, num quadro de grande incerteza e imprevisibilidade (identificando o nível percebido nas três escalas do CBI, nomeadamente, no *Burnout* pessoal, no *Burnout* relacionado com o trabalho e no *Burnout* relacionado com o utente).

O segundo objetivo consiste em analisar a relação entre a percepção de *Burnout* e as dimensões da personalidade do Modelo dos Cinco Grandes Fatores, em particular os traços relacionados com a maior propensão para sentimentos como *stress*, ansiedade, depressão, esgotamento e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de síndrome de *Burnout*.

Em terceiro lugar, o estudo vai analisar a relação entre a percepção de síndrome de *Burnout* e determinadas características sociodemográficas dos trabalhadores, assim como com certas questões específicas da pandemia em termos pessoais e profissionais.

Como contributos, espera-se que este estudo seja capaz de fornecer mais informação acerca da forma como a pandemia causada pelo SARS-CoV-2 e as alterações nas condições de trabalho nos serviços de saúde daí decorrentes afetaram psicologicamente os profissionais de saúde. Espera-se dar um contributo específico, ao analisar os efeitos nos funcionários da instituição em causa, dado que a região do Norte foi uma das mais afetadas. Através da análise dos dados obtidos, pretende-se perceber quais os traços e as características sociodemográficas e profissionais que poderão estar associados a maiores níveis de *Burnout*. Assim, de acordo com esses resultados, poderão ser pensadas propostas de melhoria e estratégias a nível pessoal e no ambiente de trabalho de forma a atuar sobre os aspetos (laborais e individuais) que mais afetam negativamente estes profissionais.

1.3 Organização da dissertação

O presente trabalho está dividido em cinco grandes capítulos. O primeiro é a introdução, onde se encontra apresentado o tema do estudo, assim como os seus objetivos e contributos esperados, finalizando com a estrutura da dissertação. O segundo capítulo diz respeito à revisão da literatura, onde está exposta a fundamentação teórica relativamente à COVID-19 como contexto de realização do estudo, aos conceitos de *Burnout* e de Personalidade e às relações entre si. Por sua vez, o terceiro capítulo corresponde à metodologia, onde é explicado o desenho do estudo, o método, assim como os instrumentos e procedimentos de recolha de dados. No capítulo 4 procede-se à apresentação e discussão dos resultados, nomeadamente à caracterização da amostra, à análise estatística (descritiva e inferencial) realizada e à comparação dos resultados obtidos com estudos semelhantes. Finalmente, no capítulo 5, são apresentadas as considerações finais, as principais limitações do estudo e algumas sugestões para estudos futuros. Por último, encontram-se as referências bibliográficas e os apêndices I a V com anexos complementares à dissertação, nomeadamente alguns deles referentes à análise estatística.

2. REVISÃO DA LITERATURA

O capítulo 2 irá apresentar a revisão da literatura com o intuito de dar a conhecer o estado da arte da temática em estudo, servindo de base para o desenvolvimento do estudo empírico e discussão dos resultados. Desta forma, será organizado em subcapítulos onde serão aprofundados aspetos relativos à pandemia decorrente da COVID-19 como contexto específico da aplicação do estudo e potenciador de exaustão emocional, à síndrome de *Burnout* e, por último, à personalidade e às variáveis sociodemográficas e profissionais como antecedentes de síndrome de *Burnout*.

2.1 A pandemia da COVID-19

2.1.1 Definição e origem da COVID-19

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (WHO, 2021) descoberto em 2019 e designado de SARS-CoV-2 que, como referido previamente, significa *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*, uma vez que, de acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS) já existem dados da existência prévia de um SARS-CoV em meados de 2002-2003 (DGS, 2021).

A origem do vírus ainda não se encontra totalmente esclarecida, no entanto, supõe-se que tenha sido introduzido na espécie humana através de transmissão zoonótica, dado que vírus semelhantes foram identificados em animais como morcegos e pangolins (Bhatt et al., 2021; DGS, 2021).

Os primeiros casos da doença foram identificados no final de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. O surto espalhou-se substancialmente pela China, chegando a vários países e, posteriormente, a todo o mundo, originando uma pandemia (Bhatt et al., 2021; He et al., 2020). Segundo a DGS, uma pandemia consiste na disseminação mundial de uma doença, espalhando-se por todos os continentes e infetando um elevado número de indivíduos, tendo uma transmissão sustentada na comunidade (DGS, 2021). A Organização Mundial de Saúde (OMS ou WHO, do inglês *World Health Organization*) decretou a COVID-19 como uma emergência de Saúde Pública

com preocupações a nível internacional a 30 de janeiro de 2020 e como pandemia a 11 de março de 2020 (Torres et al., 2021).

A transmissão da doença ocorre, principalmente, através do contacto direto com pessoas infetadas ou pelo toque em superfícies contaminadas devido à partilha de gotículas que contêm partículas virais expelidas durante a tosse e espirros e depositadas em objetos (Bhatt et al., 2021; DGS, 2021). Assim, a melhor forma de prevenção da doença encontra-se nas medidas de higiene e etiqueta respiratória, nomeadamente na lavagem frequente das mãos, ao evitar o toque da cara, ao manter a distância física, utilizar máscara e cobrir a boca e o nariz quando se espirra e tosse (WHO, 2021).

Com o passar dos meses, foram aparecendo diversas variantes da doença e em várias partes do mundo foram iniciados estudos e desenvolvidas e produzidas vacinas apenas um ano depois do aparecimento do vírus. Assim foram criados planos de vacinação contra a COVID-19 tendo em vista a redução dos surtos da doença, do número de internamentos e da mortalidade, assim como a preservação da resiliência e o aumento da resposta à pandemia (DGS, 2021).

2.1.2 Consequências da COVID-19

A COVID-19 afeta de forma diferente cada indivíduo e, na maioria dos casos, as pessoas recuperam sem um tratamento específico ou hospitalização, no entanto, os mais idosos e aqueles com comorbilidades, podem experienciar consequências graves (WHO, 2021).

Os sintomas mais comuns e ligeiros incluem febre, tosse seca e fadiga, podendo evoluir para algo mais crítico como mialgias, dispneia e dor torácica, originando pneumonia grave, síndrome respiratória aguda grave, septicémia ou até a morte (Bhatt et al., 2021; DGS, 2021). Embora seja uma doença respiratória que afeta em maior grau os pulmões, estudos demonstraram consequências da COVID-19 em vários órgãos, nomeadamente no cérebro, originando também sintomas neurológicos (Vindegard & Benros, 2020).

Apesar de a maioria dos estudos se focar nas complicações médicas gerais da COVID-19, é essencial destacar o efeito direto (entre aqueles que, efetivamente, contraíram a doença) ou indireto (na população em geral) desta doença na saúde mental, já que também a epidemia causada pelo primeiro SARS-CoV em meados de 2002-2003 se associa a complicações psiquiátricas. Após a infeção, pacientes revelaram sintomas como *stress* pós-traumático, ansiedade e depressão. Indivíduos com

transtornos psiquiátricos diagnosticados antes da pandemia referiram aumento dos sintomas depressivos e a população em geral referencia diminuição do bem-estar psicológico e aumento da ansiedade e da depressão comparativamente com épocas prévias à COVID-19 (Vindegard & Benros, 2020). Desta forma, a doença, apesar de possuir complicações médicas físicas, demonstra também um aumento de condições psicológicas importantes.

Por sua vez, estes tipos de doenças implicam consequências a vários níveis e em diferentes setores, não impactando apenas a saúde global, mas causando também perdas económicas significativas que afetam toda a população. No caso do vírus SARS-CoV-2, podem apontar-se problemas relacionados com a alimentação, transportes, turísticos, académicos, culturais e de foro social. Assim, a pandemia mostrou-se também uma crise internacional financeira e comercial, tendo um impacto cada vez maior no crescimento económico global. Desta forma, houve necessidade extra de fortalecer os sistemas de saúde com o principal objetivo de evitar a disseminação destas patologias e reduzir as perdas socioeconómicas (Ahmad et al., 2020).

2.1.3 COVID-19 a nível mundial e em Portugal

De acordo com os dados da OMS de 19 de outubro de 2022, ocorreram um total de 623 000 396 casos confirmados da doença e 6 550 033 óbitos causados pela COVID-19, globalmente (WHO, 2022b).

A WHO tem disponibilizado dados e gráficos na sua *dashboard* da COVID-19 representativos da evolução do número de casos por infeção pelo SARS-CoV-2 (Figura 1), assim como pelo número de mortes devido à doença (Figura 2) por cada região, nomeadamente pela Europa, pelas Américas, pelo Pacífico Ocidental, pelo Sudeste Asiático, pelo Mediterrâneo Oriental e por África, desde o início da pandemia (meados de Março de 2020). Através dos dados da Figura 1 identifica-se a Europa como a região com maior número de infeções pela COVID-19 (258 850 877 casos confirmados), sendo que a Figura 2 mostra as Américas como a região com maior número de óbitos (2 847 258 mortes confirmadas) (de acordo com dados recolhidos a 20 de outubro de 2022) (WHO, 2022b).

Relativamente à vacinação a nível mundial, a 19 de outubro de 2022, tinham sido administradas um total de 12 814 704 622 doses de vacinas contra a COVID-19 (WHO, 2022b).

Situation by WHO Region



Source: World Health Organization
Data may be incomplete for the current day or week.

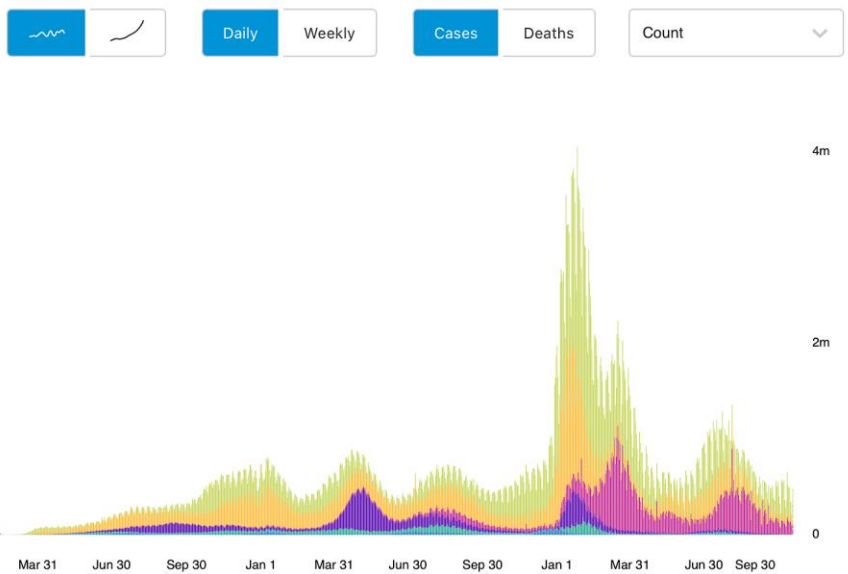


Figura 1. Esquema representativo da evolução de casos de COVID-19 por região (à data de 20 de outubro de 2022). Fonte: WHO.

Situation by WHO Region



Source: World Health Organization
Data may be incomplete for the current day or week.

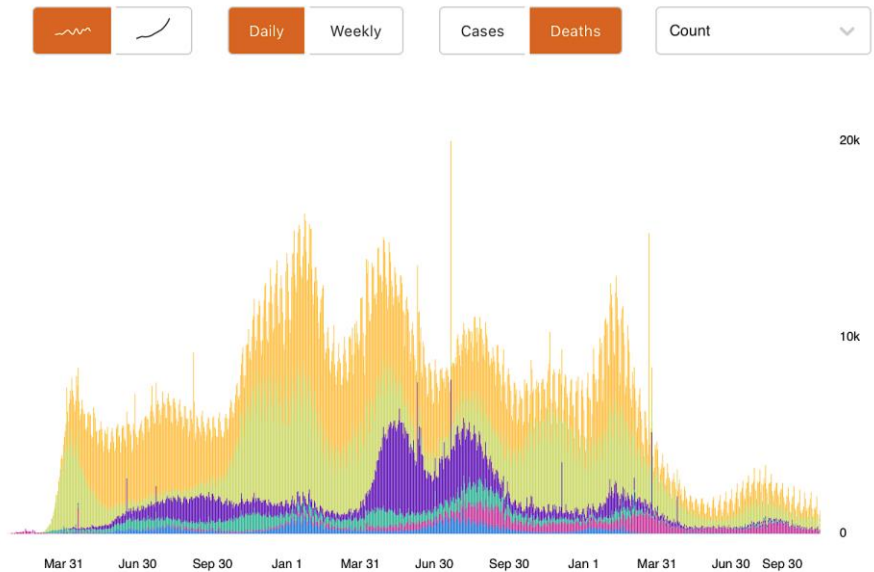


Figura 2. Esquema representativo da evolução de mortes pela COVID-19 por região (à data de 20 de outubro de 2022). Fonte: WHO.

No caso específico de Portugal, o primeiro caso da doença foi confirmado a 2 de março de 2020, tendo ocorrido um crescimento exponencial da pandemia desde então (Torres et al., 2021). Segundo os dados do relatório da situação epidemiológica em Portugal da DGS de 10 de março de

2022, Portugal contava com 3 380 263 casos confirmados em todo o seu território, dos quais 1 248 679 diziam respeito à região Norte, 516 074 à zona Centro, 1 201 017 a Lisboa e Vale do Tejo, 125 505 ao Alentejo, 141 843 ao Algarve, 62 290 aos Açores e 84 855 à Madeira. Quanto ao número de óbitos totais, registaram-se 21 285, dos quais 6 506 ocorreram no Norte, 3 799 no Centro, 8 799 em Lisboa e Vale do Tejo, 1 189 no Alentejo, 700 no Algarve, 97 nos Açores e, por último, 195 na Madeira (DGS, 2022).

A nível nacional, já se registaram seis vagas da COVID-19, destacando-se a importância da primeira pelo desconhecimento da doença. O plano de vacinação teve início a 27 de dezembro de 2020 e a 9 de outubro de 2021, Portugal contava com 85% da população com vacinação completa, sendo o primeiro país do mundo a conseguir esta percentagem (DGS, 2021).

2.1.4 COVID-19 e síndrome de *Burnout*

Como referido previamente, apesar da COVID-19 apresentar complicações em termos físicos, é necessário considerar também como suas consequências o aparecimento e agravamento de problemas de foro psicológico e psiquiátrico.

No caso específico dos prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente os da linha da frente da exposição ao vírus, estes constituem os principais intervenientes na gestão hospitalar da COVID-19, tendo, por isso, maior risco de contrair a doença pelo contacto próximo com pacientes infetados. Além disso, pelas condições de trabalho adversas a que estão sujeitos, exibem frequentemente sinais e sintomas de problemas de saúde mental devido ao impacto psicológico considerável da COVID-19 (Duarte et al., 2020; Jalili et al., 2021; Lange, 2021).

Algumas questões específicas desta época mostraram ser fonte de estigmatização, medo, fadiga, angústia, *stress*, ansiedade, sintomas depressivos, alterações do sono, sofrimento psicológico, esgotamento, e, em muitos casos, síndrome de *Burnout* (Pappa et al., 2020; Spoorthy, 2020). Como exemplo de fatores particulares da pandemia podem ser mencionados os seguintes: exposição ao SARS-CoV-2, elevado risco de infeção e medo de transmissão da doença (nomeadamente a familiares e amigos), falta de EPI's, carga de trabalho excessiva, pacientes em condições graves e com rápida deterioração, necessidade de tomada de decisões difíceis, instabilidade, incerteza e desconhecimento da patologia, novos protocolos de trabalho em constante mudança, colegas de equipa em condições

críticas por infecção e afastamento da sua residência habitual e dos familiares e amigos (Duarte et al., 2020; Jalili et al., 2021; Lange, 2021; Vindegaard & Benros, 2020).

Os estudos existentes revelam ainda que as condições referidas anteriormente levam a um baixo nível de espírito de equipa entre os profissionais, ao estabelecimento de menores relações com os pacientes, à falta de motivação, redução do desempenho, comportamentos de evitação e absentismo (Jalili et al., 2021; Lange, 2021). Estes, por sua vez, têm consequências ao nível da qualidade de atendimento prestado aos utentes. No caso específico de profissionais de saúde com elevados níveis de *Burnout*, nota-se um aumento dos perigos para a sua saúde ocupacional, diminuição da segurança do doente por aumento da probabilidade de erro médico, menor comprometimento e satisfação no trabalho e maiores taxas de baixa médica e sofrimento pessoal (Duarte et al., 2020; Jalili et al., 2021; Lange, 2021).

Por último, estudos afirmam que, em vários casos de pós-pandemia, os profissionais de saúde desenvolvem *stress* pós-traumático, depressão, ansiedade e, por vezes, dependência e abuso de álcool (Lange, 2021; Vindegaard & Benros, 2020).

Assim, é certo que o papel dos profissionais de saúde se mostra essencial, principalmente em problemas de saúde pública globais como o que se atravessa atualmente, seja para controlar a disseminação do vírus como para atenuar o impacto da COVID-19 no crescimento económico global. Desta forma, a proteção destes trabalhadores merece ser uma prioridade, pelo que se devem implementar estratégias baseadas na evidência para neutralizar os efeitos deste tipo de catástrofes nesta classe profissional (Duarte et al., 2020; Vindegaard & Benros, 2020; Xiang et al., 2020).

2.2 Síndrome de *Burnout*

Os conceitos de *stress*, *stress* ocupacional e *Burnout*, apesar de derivarem frequentemente das mesmas causas, são muitas vezes associados e utilizados, de forma errónea, como sinónimos. Assim, considera-se importante começar por enunciar as suas diferenças e esclarecer o significado de cada um deles.

2.2.1 *Stress* e *stress* ocupacional

O termo *stress* apresenta inúmeras definições e teorias de análise, no entanto, os primeiros estudos deste conceito foram realizados por Hans Selye na década de 1930, que o definiu como “um estado manifestado por uma síndrome específica, constituída por todas as alterações não específicas produzidas num sistema biológico” (Selye, 1952, p. 64).

Assim sendo, o *stress* advém da interação e conseqüente resposta do indivíduo a um agente, condição e/ou estímulo externo (*stressor*) que provoca a percepção de mudança, exigência, constrangimento e/ou ameaça. Desta forma, corresponde a uma estratégia de adaptação do organismo que envolve alterações comportamentais, psicológicas, fisiológicas e bioquímicas (Dias, 2012; Santos, 2011; van der Wal et al., 2018). É de salientar a relevância das diferenças individuais nos processos psicológicos, uma vez que estes irão condicionar a forma como os indivíduos lidam com os episódios de *stress* (Dias, 2012).

Segundo Hans Selye, existem três fases para o desenvolvimento do *stress*: a fase de alerta, onde o indivíduo, perante o estímulo externo, passa por um desequilíbrio interno com alterações a nível fisiológico que o impulsionam a responder e adotar medidas eficazes de forma a alcançar a hemóstase; a fase da resistência, onde a pessoa se habitua à presença do *stressor*, adaptando-se a essa situação e recuperando o equilíbrio perdido na fase anterior; e, por último, a fase da exaustão, onde o organismo perde a capacidade de se adaptar, não atingindo a hemóstase, ocorrendo uma intensificação dos desequilíbrios fisiológicos da primeira fase e provocando o aparecimento de doenças (Dias, 2012; Santos, 2011). Alguns estudos sugerem ainda a existência de uma quarta etapa numa posição intermédia entre a segunda e a terceira fase, a fase da quase-exaustão, onde o indivíduo deixa de se conseguir adaptar às situações provocadas pelo *stressor* (Santos, 2011).

Podem também ser distinguidos dois tipos de *stress*: aquele que se verifica nas fases iniciais, de forma aguda, sendo essencial para a adaptação humana e propulsor de tomada de decisões e resolução de problemas (*stress* positivo/benéfico – *eustress*); e, por outro lado, aquele que acontece nas fases finais pela exposição crónica e repetitiva ao *stress* excessivo, tendo conseqüências nefastas para a saúde e bem estar geral dos indivíduos (*stress* perigoso/nocivo – *distress*) (Bakusic et al., 2017; Santos, 2011).

O trabalho constitui uma atividade humana que molda o cidadão e requer, entre outros aspetos, esforço, concentração, raciocínio, dedicação, tempo e habilidade, contribuindo, em situações ideais, para aquisição de atributos para a identidade do trabalhador, para a motivação, realização e satisfação

pessoal e profissional do indivíduo. Quando o trabalhador é exposto constantemente a situações profissionais desafiantes, deixando de encontrar estratégias ou não possuindo os recursos necessários para as enfrentar, pode surgir o *stress*, neste caso, ocupacional (Carmona-Barrientos et al., 2020; Gonçalves & Gonçalves, 2017).

Assim sendo, o *stress* ocupacional corresponde à adaptação do indivíduo a situações do trabalho percebidas como desfavoráveis, culminando num conjunto de reações emocionais, cognitivas, fisiológicas e comportamentais quando as exigências impostas excedem os recursos adaptativos e o profissional se mostra incapaz de gerar uma resposta satisfatória. Isto é nocivo não só para o trabalhador, mas também para os colegas e para a organização que este representa (Carmona-Barrientos et al., 2020; Dias, 2012; Santos, 2011).

2.2.2 *Burnout*

O *Burnout*, cujo conceito começou a ser divulgado em artigos dos anos 70 de Freudenberg e Maslach, deve ser considerado como um prolongamento do *stress* ocupacional, sendo resultado de um processo de longa duração em que o trabalhador sente um esgotamento dos seus recursos para lidar com as exigências (Melo et al., 1999).

O *Burnout* poderá advir de qualquer uma das fases de *stress* mencionadas anteriormente, com maior ênfase para a fase da exaustão (Dias, 2012).

Ao passo que o *stress* ocupacional em quantidade e duração controladas pode ter um carácter positivo e estimulante, o *Burnout* apresenta sempre um carácter negativo. A distinção *major* entre *Burnout* e *stress* ocupacional reside no facto de o indivíduo em *Burnout* desenvolver atitudes e comportamentos negativos face aos clientes/utentes, aos colegas, ao trabalho e à organização em si (o que não está necessariamente presente no *stress* ocupacional). Assim sendo, ambos partilham características de esgotamento emocional e baixa realização pessoal, no entanto, apenas no *Burnout* é essencial a presença da despersonalização, evidente quando se está perante um quadro mental de *stress* ocupacional extremo (Dias, 2012). Concluindo, o conceito de *Burnout*, tendo origem no *stress* ocupacional prolongado, não é equivalente a este (Carmona-Barrientos et al., 2020).

Pines (1993) revela que os trabalhadores podem estar adaptados e sobreviver num emprego que se mostra exigente e com situações causadoras de *stress* desde que sintam que a sua função é significativa, apreciada e recompensada, tirando daí sentimentos de satisfação. No entanto, o *Burnout*

começa a ter lugar quando o indivíduo se sente menosprezado, rodeado por um ambiente conflituoso, dando origem à incapacidade de criação de estratégias de *coping* e de controlo de situações, não sentindo uma fonte de apoio para lidar com as mesmas (Pines, 1993). Estes sentimentos darão, posteriormente, origem a reações emocionais, cognitivas, comportamentais e fisiológicas (Santos, 2011). Freudenberger defendia que o *Burnout* poderia ser entendido como um conjunto de sintomas inespecíficos a nível biológico, físico e psicológico como resultado de experiências profissionais excessivas continuadas que não seriam devidamente recompensadas (Dias, 2012).

Segundo a OMS (WHO, 2019), a síndrome de *Burnout* é definida na versão virtual da 11ª Revista da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) como um fenómeno ocupacional “resultado de um *stress* crónico no local de trabalho que não foi gerido com sucesso, sendo caracterizada por três dimensões: sensação de esgotamento ou exaustão (especificamente e apenas no contexto ocupacional), aumento da distância mental do trabalho ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados com o trabalho e redução da eficácia profissional” (WHO, 2022a).

2.2.3 Modelos e medidas de *Burnout*

Para Maslach e Jackson (1986), o *Burnout* é uma “síndrome de exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal que pode ocorrer nos indivíduos que fazem qualquer trabalho com pessoas” (Maslach & Jackson, 1986). Tendo por base esta definição, os autores desenvolveram o modelo multidimensional explicativo do *Burnout* mais utilizado, designado de *Maslach Burnout Inventory* (MBI), uma medida que assenta em três dimensões: a exaustão emocional, a despersonalização e a reduzida realização pessoal (Murcho & Pacheco, 2020).

Relativamente à exaustão emocional, constitui a dimensão central e reflete a componente do *stress* (Murcho & Pacheco, 2020), sendo a mais evidente e aquela a que as pessoas se referem mais frequentemente, uma vez que diz respeito a sentimentos de sobrecarga e de falta de recursos emocionais e físicos no trabalho (Santos, 2015).

Quanto à despersonalização, representa a dimensão interpessoal e manifesta-se pelo distanciamento emocional e cognitivo como forma de autoproteção, sendo que o profissional cria uma atitude de indiferença, cínica e impessoal para com os outros. Constitui uma reação imediata à exaustão emocional, mostrando a interdependência de todas as dimensões (Murcho & Pacheco, 2020; Santos, 2015).

Por último, no que diz respeito à reduzida realização pessoal, esta pode ser resultado de uma ou de ambas as dimensões referidas anteriormente, uma vez que a exaustão emocional e a despersonalização interferem no sentimento de eficácia profissional. A reduzida realização pessoal representa a dimensão de autoavaliação do indivíduo, sendo negativa na presença de *Burnout*, uma vez que o profissional não se sente competente, produtivo e eficaz no trabalho (Santos, 2015).

Apesar do MBI ser o mais conhecido, tendo sido aplicado em mais de 90% dos estudos empíricos mundiais sobre o *Burnout*, diversos autores estudaram o tema e criaram diferentes modelos e escalas para medir este conceito (Fonte, 2011; Kristensen et al., 2005; Santos, 2011). Um exemplo de uma das principais escalas de medidas de *Burnout* é o *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (Fonte, 2011).

Abordando mais detalhadamente o CBI, este consiste num instrumento de três escalas que medem o *Burnout* pessoal, o *Burnout* relacionado com o trabalho e o *Burnout* relacionado com o cliente. O CBI foi desenvolvido por Kristensen e colaboradores (Kristensen et al., 2005), investigadores do Instituto Nacional de Saúde Ocupacional da Copenhaga (NIOH), no âmbito do projeto PUMA (sigla dinamarquesa para Projeto de *Burnout*, Motivação e Satisfação no Trabalho). Este estudo foi iniciado em 1997, junto de funcionários dos serviços humanos, após o sindicato destes trabalhadores ter notado um aumento das licenças por doença prolongada e reformas antecipadas, com o objetivo de estudar a prevalência e distribuição do *Burnout*, assim como as suas causas, consequências e possíveis medidas de intervenções (Fonte, 2011; Kristensen et al., 2005). O CBI é atualmente utilizado em vários países e está traduzido em diversos idiomas (Kristensen et al., 2005), revelando boas propriedades psicométricas.

A escala do *Burnout* pessoal constitui a parte genérica do CBI, podendo também ser chamada de fadiga ou exaustão (não relacionadas com o ambiente de trabalho). Diz respeito ao grau de fadiga e exaustão física e psicológica experimentada pela pessoa (Kristensen et al., 2005), estando adaptada para indivíduos de qualquer ramo e estatuto ocupacional (mesmo aquelas que não possuem trabalho remunerado no momento do preenchimento do questionário) (Fonte, 2011; Kristensen et al., 2005).

A escala do *Burnout* relacionado com o trabalho pressupõe que o indivíduo tem um trabalho remunerado e diz respeito ao grau de fadiga e exaustão física e psicológica que é percebido pela pessoa como relacionado com o seu trabalho (Kristensen et al., 2005). Assim sendo, a fadiga aqui acontece apenas devido ao trabalho, devendo esta dimensão ser comparada com a anterior para que sejam identificadas pessoas que estão cansadas, mas por fatores exteriores ao emprego (Fonte, 2011; Kristensen et al., 2005).

A escala do *Burnout* relacionado com o cliente (podendo este último termo ser adaptado de forma a se tornar mais apropriado a cada situação) diz respeito ao grau de fadiga e exaustão física e psicológica que é percebido pela pessoa como relacionado com o seu trabalho com clientes (Kristensen et al., 2005). Da mesma forma que na anterior, o importante para esta dimensão será a percepção das pessoas relativamente à conexão entre a sua fadiga e o facto de trabalharem com pessoas (Kristensen et al., 2005).

Assim, o CBI, apesar de ser adaptável a qualquer área ocupacional, foi desenvolvido para avaliar o *Burnout* em trabalhadores dos serviços humanos, aplicando-se, mais especificamente, a profissionais de saúde (Fonte, 2011).

2.2.4 Antecedentes de *stress*

Num ambiente profissional, o *stress* pode ter origem em três categorias: a nível organizacional (na cultura, estrutura e clima organizacional e nas características específicas de cada função); a nível grupal (não propriamente relacionado com o trabalho, mas com fatores como a falta de relações interpessoais, colaboração e trabalho em equipa e alta rivalidade e competitividade); e a nível individual (relacionado com o próprio indivíduo, como ambiguidade de papéis, trabalho limitado, monótono e repetitivo, desemprego e reforma, medo de errar, baixo salário e percepção de falta de competências) (Santos, 2011).

Os fatores de risco organizacionais podem ser compilados em seis áreas: carga horária, controlo, recompensa, comunidade, justiça e valores. Quando há um desequilíbrio entre o indivíduo e estas áreas, há possibilidade do desenvolvimento de *Burnout*, ao passo que, quando estes se encontram ajustados, há um aumento do *engagement*. A carga de trabalho está relacionada com a exaustão e o desequilíbrio acontece quando existe desproporcionalidade entre o que é exigido e os recursos disponíveis. O controlo indica a autonomia que o indivíduo tem sobre o seu trabalho e o desequilíbrio ocorre quando este tem pouco controlo/autonomia sobre aquilo que necessita para trabalhar. Por sua vez, a recompensa diz respeito ao *feedback* positivo e reconhecimento, seja financeiro e/ou social, sendo que há desequilíbrio quando este não é proporcional ao trabalho realizado. A comunidade espelha a sinergia social entre colegas de trabalho e clientes. A justiça reflete a confiança/abertura/respeito no trabalho, havendo desequilíbrio quando o profissional reconhece

situações de injustiça. Por último, os valores dizem respeito às aspirações e aos ideais do indivíduo no seu trabalho (Lubbadeh, 2020).

É importante considerar as fontes de *stress* agudo e crónico. As primeiras dizem respeito a situações temporárias e transitórias como, por exemplo, a perda de emprego, as avarias, as mudanças tecnológicas, as perdas de informação... Por sua vez, as segundas dizem respeito a situações contínuas inerentes às funções e atividades diárias como é o caso de conflitos, nomeadamente no local de trabalho (Santos, 2011).

A síndrome de *Burnout* apresenta maior prevalência em determinadas categoriais profissionais, nomeadamente em atividades dos serviços humanos, como é o caso dos trabalhadores da área da saúde. Tal acontece devido ao facto de estes estabelecerem um contacto diário e direto com pessoas num estado debilitado, de lidarem com relações interpessoais e hierárquicas rígidas e de trabalharem, na maioria dos casos, por turnos e no período noturno, o que implica consequências a nível físico, cognitivo e emocional (Dias, 2012; Murcho & Pacheco, 2020).

O trabalho diário dos profissionais de saúde é considerado um dos mais *stressantes* e, simultaneamente, onde menos medidas de suporte e apoio são implementadas (Gonçales & Gonçales, 2017). Para esta classe profissional, os *stressors* ocupacionais são inúmeros, podendo ser apontados os seguintes: quantidade excessiva de tarefas, tempo insuficiente, horas de trabalho irregulares e extra, pressão na realização das tarefas, elevado ritmo de trabalho, tarefas repetitivas e fragmentadas, relações sociais conflituosas, ambiente de risco para o próprio, pacientes frequentemente em condições críticas/terminais, atuação em condições precárias, atividades cognitivas complexas, elevada exigência psicológica, perceção de baixas recompensas (seja em termos de remuneração financeira, autoestima ou posição), necessidade de compromisso excessivo com a função e de formação contínua (Gomes et al., 2021; Gonçales & Gonçales, 2017; van der Wal et al., 2018).

2.2.5 Consequências do *stress*

Primeiramente, é importante salientar que as diferenças individuais, sobretudo em termos psicológicos, mostram-se determinantes para a modo como cada sujeito perceciona e responde às fontes de *stress*, condicionando assim as suas consequências (Costa et al., 2020; Dias, 2012; Santos, 2011). Também fatores como o tipo de *stressor*, o tempo de exposição e o apoio encontrado no meio envolvente influenciam essas mesmas consequências (Pines, 1993; Santos, 2011).

O contacto com o *stressors* gera uma resposta automática do organismo simultaneamente a nível biológico, cognitivo e emocional que ativa o indivíduo de modo que este coloque à sua disposição recursos que gerem adaptação à nova situação (David & Quintão, 2012; Dias, 2012).

Quando o indivíduo se dedica a uma causa, mas vivencia situações exigentes continuamente e tem a perceção de que o seu trabalho não é recompensado entra num estado de fadiga, *stress* e frustração que pode conduzir ao sofrimento mental, enfraquecimento do organismo e, conseqüentemente, ao aparecimento de doenças físicas e psicológicas (Gomes et al., 2021; Santos, 2011).

Numa fase inicial, há um desequilíbrio interno com conseqüências como: taquicardia/arritmia, respiração ofegante, hipertensão arterial e hipersudorese. Em termos de manifestações físicas, o *Burnout* pode expressar-se ainda por: fadiga crónica generalizada, dores musculares, cefaleias, insónias/perturbações do sono (um cansaço extremo associado a dificuldades em descansar), problemas gastrointestinais (como úlceras digestivas), perda de peso, alergias, lapsos de memória, ansiedade e ataques de pânico, síncope, diabetes *mellitus* (DM) tipo II e doenças cardiovasculares (como doença coronária) (Dias, 2012; Gonçalves & Gonçalves, 2017; Lubbadah, 2020). A nível social, existe um afastamento de todos os indivíduos por aumento da necessidade de isolamento e da dificuldade de interagir com familiares/amigos. Quando o contacto com o *stressors* se mantém denota-se um aumento na gravidade e incidência dos sintomas de mal-estar, podendo mesmo conduzir à morte (Dias, 2012; Lubbadah, 2020).

A nível profissional, segundo Maslach e Leiter (1997) as seguintes transformações podem ser consideradas transversais a todos os indivíduos: perda de energia progressiva até ao esgotamento, diminuição do comprometimento com o trabalho (sentimento de que o trabalho é insatisfatório, desagradável e sem sentido), fraco atingimento dos objetivos e, por último, diminuição das emoções (desenvolvimento de sentimentos de raiva, ansiedade e depressão relacionados com o trabalho) (Dias, 2012). Estudos sugerem ainda a presença de baixa realização pessoal, sentimentos de fracasso e impotência, incapacidade de concentração, pensamentos de desistência, baixa autoestima e avaliação negativa do trabalho e do próprio desempenho. Também em termos de alterações comportamentais, pode conduzir a atitudes de cinismo e impaciência, afetar as relações no trabalho (gerando mais conflitos), conduzir ao aumento do consumo de cafeína e de medicação, ao abuso de álcool, uso de drogas, agressividade e até suicídio (Gonçalves & Gonçalves, 2017; Lubbadah, 2020; van der Wal et al., 2018).

Como resultado destas situações, ocorre uma diminuição do *engagement*, um aumento da fuga do trabalho, do número de baixas médicas, do absentismo laboral, do *turnover*/rotatividade, e, simultaneamente, uma diminuição da eficiência e da produtividade (Gonçales & Gonçales, 2017; Lubbadeh, 2020; van der Wal et al., 2018).

No caso específico dos trabalhadores dos serviços humanos e dos profissionais de saúde, estes apresentam-se também menos sensíveis e compreensivos e mais agressivos com os utentes, adotando um tratamento mais distanciado e impessoal. As consequências anteriormente referidas conduzem a limitações nas competências técnicas e não técnicas dos profissionais, à deterioração da qualidade dos cuidados prestados e a um aumento de erros e acidentes de trabalho, colocando em causa não só o próprio trabalhador, mas principalmente a segurança do paciente (Dias, 2012; Gomes et al., 2021; van der Wal et al., 2018).

Assim, o *stress* psicossocial crónico, nomeadamente o *stress* laboral persistente, pode ser um fator desencadeante de condições graves como é o caso do esgotamento, da depressão e de síndrome de *Burnout*, podendo mesmo levar à morte (Bakusic et al., 2017; Lubbadeh, 2020). Por sua vez, as consequências que advêm do *stress* podem ser adversas não só para o profissional em causa, mas também para os colegas de trabalho, para a instituição e, no caso dos profissionais de saúde, para os próprios pacientes (Carmona-Barrientos et al., 2020; Santos, 2011).

2.2.6 O interesse e a pesquisa existente sobre o *Burnout*

O interesse pelo tema do *Burnout* tem vindo a crescer progressivamente desde o final da década de 70 devido a fatores como as modificações do conceito de saúde e de melhoria da qualidade de vida, pela introdução do tópico da saúde mental, pelo aumento das exigências da população relativamente aos serviços adquiridos e pela necessidade de estudos que permitissem criar estratégias de prevenção (Dias, 2012).

Cada vez mais, o *stress* limita a qualidade de vida do ser humano, tendo vindo a acarretar grande parte dos custos dos cuidados de saúde, já que constitui um dos principais fatores de morbilidade e mortalidade (Bakusic et al., 2017; Santos, 2011). O *Burnout*, por sua vez, está difundido por todos os países a nível mundial, tendo aumentado significativamente ao longo dos anos e gerado um grande impacto na sociedade moderna (Dias, 2012; Gonçales & Gonçales, 2017).

Atualmente, as culturas organizacionais priorizam a produtividade e a eficiência, não se fazendo acompanhar, na grande maioria das vezes, pelas condições de trabalho necessárias a cada função (Carmona-Barrientos et al., 2020). A sociedade mostra-se competitiva e as empresas fixam, frequentemente, metas de elevado grau de dificuldade com prazos reduzidos (Gonçales & Gonçales, 2017). Desta forma, aumenta a pressão sob o trabalhador, levando, como já foi referido, a fadiga, desmotivação, insatisfação e a vários problemas de saúde, nomeadamente a nível físico e mental, possibilitando assim a presença de *stress* ocupacional e de síndrome de *Burnout* (Carmona-Barrientos et al., 2020; Gonçales & Gonçales, 2017; Lubbaddeh, 2020).

Por outro lado, como referido previamente, o *Burnout* tem custos para a organização e para os funcionários, uma vez que leva a faltas no local de trabalho que impactam o bom funcionamento das empresas, aumentam os custos dos trabalhadores, a rotatividade, o absentismo e diminuindo a produtividade. Isto afeta a economia das empresas e, em escalas progressivamente maiores, dos países em geral (Lubbaddeh, 2020).

Neste sentido, as consequências negativas do *Burnout* levam ao aumento da preocupação das empresas em relação à saúde do trabalhador, motivando a criação de programas para a melhoria da sua qualidade de vida, uma vez que leva à prevenção de perdas organizacionais e se relacionada com a produtividade das empresas (Gonçales & Gonçales, 2017; Lubbaddeh, 2020).

Assim sendo, para que uma empresa obtenha alta produtividade e qualidade necessita de funcionários saudáveis e satisfeitos (Gonçales & Gonçales, 2017).

2.2.7 A investigação sobre o *Burnout* em Portugal

Em Portugal tem sido dada cada vez mais ênfase ao tema do *Burnout* nos diversos meios de comunicação social e de divulgação de informação.

O portal *Small Business Prices*, em 2021, efetuou cálculos com dados de 26 países europeus com base no índice de felicidade mundial, no salário médio anual e nas horas de trabalho semanais, concluindo que Portugal se encontra no topo da lista de países com mais risco de desenvolvimento de *Burnout*, já que tem das semanas de trabalho mais longas (média de 39,5 horas de trabalho semanais) e dos salários mais baixos (22,373 euros médios anuais) (Small Business Prices, 2021).

Um estudo realizado entre 2011 e 2013 com médicos e enfermeiros de várias unidades de saúde a nível nacional concluiu que ambas as categorias profissionais apresentam níveis moderados

(21,6% dos profissionais) e elevados (47,8% dos profissionais) de *Burnout*. A má qualidade das condições de trabalho é o melhor preditor de *Burnout*, estando este também associado à menor duração de tempo de serviço (o que se justifica pelo facto de menor experiência se relacionar com estratégias de *coping* menos desenvolvidas para lidar com o *stress* ocupacional, realçando-se a necessidade de formação inicial dos profissionais de saúde) (Marôco et al., 2016).

Da mesma forma, um estudo recentemente realizado com médicos a nível nacional refere que 66% dos médicos apresentam altos níveis de exaustão emocional, 33% altos níveis de despersonalização e 39% altos níveis de diminuição da realização pessoal. Os preditores mais importantes da exaustão emocional e da despersonalização foram os recursos organizacionais, as relações com os pacientes e o horário de trabalho, tendo sido também apontadas com valor predito substancial as variáveis da justiça processual e o trabalho em equipa (Marques-Pinto et al., 2021).

A incidência de *Burnout* em Portugal apresenta diferenças regionais, muito provavelmente associadas às disparidades de *stress* imposto pelo exercício da profissão em cada local. Dos 20 distritos/regiões autónomas estudados no referido trabalho realizado entre 2011 e 2013, 10 (50%) mostraram valores elevados de *Burnout* entre os médicos e 13 (65%) mostraram valores elevados de *Burnout* entre os enfermeiros. O norte e o centro do país parecem ser as zonas com maior concentração de *Burnout* elevado nos enfermeiros. Por sua vez, Vila Real mostrou ser das regiões mais afetadas, ao passo que a Madeira tem os menores níveis de *Burnout* (Marôco et al., 2016).

Assim sendo, apesar deste tema ser cada vez mais abordado e divulgado, conclui-se que apresenta valores muito significativos em Portugal, destacando-se o caso dos profissionais de saúde, maioritariamente nas regiões norte e centro do país. Salienta-se assim a importância de intervenções nas estruturas organizacionais, já que estes se mostraram ser os fatores referidos mais frequentemente como preditores de *Burnout* (Marques-Pinto et al., 2021)

2.3 A personalidade enquanto antecedente do *Burnout*

2.3.1 Conceito de personalidade

A personalidade pode ser definida como um conjunto de mecanismos psicológicos e padrões estáveis característicos das dimensões afetivas, cognitivas e comportamentais dos seres humanos. É

aquilo que distingue os indivíduos entre si, tornando-os únicos e moldando a forma como interagem com os outros e com o meio envolvente (Bahçekapılı & Karaman, 2020; Saldanha et al., 2007; Simões, 2016).

Ao conjunto de singularidades que influenciam o comportamento dos indivíduos dá-se o nome de traços de personalidade, sendo eles uma predisposição que regula a resposta das pessoas a dados estímulos e acontecimentos. Constituem, assim, a base da personalidade, uma vez que permitem descrever os indivíduos (Parent-Lamarche & Marchand, 2019; Simões, 2016).

Os traços de personalidade podem ser divididos em traços gerais e específicos. Os primeiros explicam comportamentos gerais, sendo consistentes, duradouros e estáveis ao longo do tempo. Por sua vez, os segundos explicam a adaptabilidade dos indivíduos a novas situações, podendo ser características intrínsecas mais variáveis que os traços gerais (Parent-Lamarche & Marchand, 2019).

2.3.2 Modelos de personalidade

Existem várias teorias relativas à personalidade, sendo que cada uma delas pretende explicar a personalidade de uma determinada perspetiva (Bahçekapılı & Karaman, 2020).

Um dos modelos mais estudados na abordagem dos traços de personalidade, por ser abrangente, conciso e descrever satisfatoriamente a personalidade humana, é o Modelo dos Cinco Grandes Fatores, também conhecido como *Big-Five* (Saldanha et al., 2007). Após vários estudos, Norman (1967) concluiu que existiam cinco dimensões indispensáveis e essenciais para a estrutura básica da personalidade: o neuroticismo, a extroversão, a abertura à experiência, a amabilidade e a conscienciosidade (Bahçekapılı & Karaman, 2020; Saldanha et al., 2007; Simões, 2016). Estes cinco fatores representam exemplos de traços gerais de personalidade (Parent-Lamarche & Marchand, 2019).

Este modelo, apesar de considerar os traços de personalidade como biologicamente fundamentados, reconhece que existem adaptações psicológicas resultantes das experiências quotidianas, auxiliando e condicionando a forma como se interpreta e responde ao meio ambiente. Assim, os traços interagem com o meio social, orientando o comportamento humano (Saldanha et al., 2007).

O Modelo dos Cinco Grandes Fatores defende que cada traço de personalidade representado pelas cinco dimensões se subdivide em seis facetas relacionadas entre si. Estas têm o objetivo de

representar a amplitude e o alcance de cada fator, fornecendo informações mais detalhadas sobre cada um deles (Saldanha et al., 2007)

Primeiramente, o neuroticismo (contrário a estabilidade emocional) diz respeito à propensão para os indivíduos perceberem o mundo como ameaçador e experienciarem momentos de instabilidade emocional e mudanças de humor. Pessoas com elevado grau de neuroticismo costumam ter baixa autoestima, ser pessimistas e nervosas e optar por estratégias de enfrentamento pouco eficazes. Há ainda uma tendência para emoções negativas como irritabilidade, impotência, preocupação, medo e insegurança (Bahçekapılı & Karaman, 2020; Parent-Lamarche & Marchand, 2019; Simões, 2016). As facetas desta dimensão são: ansiedade, hostilidade, depressão, autoconsciência, impulsividade e vulnerabilidade (Saldanha et al., 2007; Simões, 2016).

Por sua vez, a extroversão (oposto de introversão) está associada ao positivismo e às relações sociais. Os indivíduos tendem a ser assertivos, sociáveis, cordiais, entusiastas, confiantes e faladores, usam estratégias de enfrentamento focadas nos problemas, experienciam emoções positivas, tendo necessidade constante de estimulação e excitação (Bahçekapılı & Karaman, 2020; Parent-Lamarche & Marchand, 2019; Simões, 2016). As facetas da extroversão são: cordialidade, sociabilidade, assertividade, atividade, procura de excitação e emoções positivas (Saldanha et al., 2007; Simões, 2016).

No que diz respeito à dimensão da abertura à experiência, indivíduos com uma mente aberta costumam pensar de forma independente, ser liberais, cultos, curiosos, imaginativos, sonhadores e criativos. Vivem numa procura constante de novas ideias, experiências, sensações e atividades intelectuais que contribuam para o seu crescimento pessoal (Bahçekapılı & Karaman, 2020; Parent-Lamarche & Marchand, 2019; Simões, 2016). As facetas desta dimensão são: fantasia, estética, sentimentos, ações, ideias e valores (Saldanha et al., 2007; Simões, 2016).

A amabilidade (contrariamente ao antagonismo) está associada às relações e comportamentos interpessoais, sendo que as pessoas tendem a ser simpáticas, tolerantes, cooperativas, carinhosas, acolhedoras e bondosas (Bahçekapılı & Karaman, 2020; Parent-Lamarche & Marchand, 2019; Simões, 2016). Por sua vez, as facetas correspondentes a esta dimensão são: confiança, fraqueza, altruísmo, humildade, complacência e sensibilidade (Saldanha et al., 2007; Simões, 2016).

Por último, a conscienciosidade (em oposição à ausência de orientação) diz respeito a aspetos como a responsabilidade, organização, determinação, motivação, orientação, ambição, perseverança, produtividade e controlo de impulsos. Os indivíduos tendem a agir de forma esforçada, planeada e eficiente, assumindo a responsabilidade e estando orientados para o sucesso (Bahçekapılı & Karaman,

2020; Parent-Lamarche & Marchand, 2019; Simões, 2016). Esta dimensão abrange as seguintes facetas: competência, ordem, autodisciplina, deliberação, sentimento de dever e esforço de realização (Saldanha et al., 2007; Simões, 2016).

Com base no descrito anteriormente e nas várias teorias da personalidade foram criados diversos questionários de avaliação da personalidade como, por exemplo o *Big Five Inventory* (BFI), um inquérito projetado para avaliar os traços definidos pelo Modelos dos Cinco Fatores (John et al., 1991; Saldanha et al., 2007).

2.3.3 Personalidade e síndrome de *Burnout*

No que diz respeito às condições laborais, a tolerância, capacidade de adaptação e estilo de enfrentamento dos indivíduos relativamente aos fatores de *stress* pode ser condicionada pelas suas características pessoais. Isto é, os traços de personalidade podem ser fundamentais para a adaptação ao *stress* laboral (Lubbadeh, 2020; Parent-Lamarche & Marchand, 2019). Além disso, podem também condicionar a perceção das pessoas sobre o seu emprego, seja relativamente ao próprio *stress* e carga de trabalho ou à sua autonomia e apoio dos colegas (Prins et al., 2019).

Algumas teorias da personalidade sugerem a existência de uma relação entre certos aspetos da personalidade e a predisposição para o esgotamento, servindo alguns traços como intensificadores de *Burnout* (Lubbadeh, 2020; Santos & Mustafa, 2016). No caso específico do Modelo dos Cinco Grandes Fatores, existe associação entre as suas dimensões (neuroticismo, extroversão, conscienciosidade, amabilidade e abertura à experiência) e as três dimensões do *Burnout* (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal). Elevados níveis de neuroticismo estão associados a maior exaustão emocional, depressão e *Burnout*, pelo facto de os indivíduos neuróticos estarem mais sujeitos a medo, ansiedade, insegurança, nervosismo, emoções instáveis e situações negativas, o que se alinha com a dimensão do esgotamento profissional (Lubbadeh, 2020; Parent-Lamarche & Marchand, 2019; Prins et al., 2019; Santos & Mustafa, 2016). Por sua vez, baixos níveis de extroversão estão relacionados com maior exaustão emocional, ao passo que uma elevada extroversão diminui a depressão e o risco de *Burnout*, já que as pessoas tendem a experienciar emoções positivas e gosto pelas relações interpessoais. Altos níveis de conscienciosidade contribuem para menores níveis de depressão. Por último, elevada amabilidade está associada a menor despersonalização, uma vez que existe maior empatia e positivismo relativamente ao ambiente laboral e aos colegas (Parent-

Lamarche & Marchand, 2019; Prins et al., 2019; Santos & Mustafa, 2016). Certos estudos mostraram existir também relação entre a abertura à experiência e menores níveis de *stress* no trabalho, devido ao facto dos indivíduos lidarem melhor com situações de *stress*, desafiadores e ameaçadoras (Santos & Mustafa, 2016).

Na literatura da especialidade, podemos ainda encontrar estudos que relacionam outras variáveis disposicionais com o *Burnout*. Por exemplo, segundo algumas pesquisas, a elevada autoestima, o otimismo e a empatia associam-se a menor risco de depressão e *Burnout*, assim como a resiliência e coerência (Parent-Lamarche & Marchand, 2019; Skodova et al., 2016; Vindegaard & Benros, 2020). Outros estudos revelam que pessoas com *locus* de controlo externo (ou seja, aquelas que consideram que a causa de um evento é resultado do acaso, do destino ou está sob controlo e influência dos outros) tendem a mostrar pontuações de *Burnout* mais elevadas, ao invés de indivíduos com *locus* de controlo interno (consideram que os eventos são consequência do seu comportamento) que são menos propensos ao desenvolvimento de *Burnout* (Lubbadeh, 2020).

No caso específico da pandemia provocada pela COVID-19, elevada resiliência associou-se a níveis mais baixos de exaustão emocional e despersonalização e a níveis mais altos de realização pessoal. Assim, a resiliência pode ser considerada um fator inibidor de *Burnout* perante situações de *stress*, reduzindo o impacto das suas consequências negativas ao mesmo tempo que promove o bem-estar (Lubbadeh, 2020; Vindegaard & Benros, 2020).

Com base na investigação acima analisada, pode concluir-se que as várias dimensões da personalidade desempenham um papel significativo na presença de síndrome de *Burnout* (Skodova et al., 2016).

2.4 Variáveis sociodemográficas e profissionais enquanto antecedentes de *Burnout*

No que diz respeito às variáveis sociodemográficas enquanto antecedentes de síndrome de *Burnout*, os estudos nem sempre encontram conclusões consistentes, podendo os dados ser influenciados pelas estratégias metodológicas aplicadas ou pelas especificidades regionais e culturais dos indivíduos (Costa et al., 2020).

Apesar disso, a literatura menciona associações entre o *Burnout* e certas variáveis sociodemográficas como a idade, as habilitações literárias, o género, o estado civil e a parentalidade (Costa et al., 2020; Duarte et al., 2020; Marques-Pinto et al., 2021; Murcho & Pacheco, 2020).

Relativamente à idade, acredita-se que pessoas mais velhas e com mais tempo de experiência profissional possuem estratégias de *coping* mais eficazes para lidar com as adversidades ocupacionais (Costa et al., 2020). Por outro lado, indivíduos mais jovens poderão ter a necessidade de aprender a gerir expectativas laborais não correspondidas numa fase inicial da carreira. Este último aspeto poderá ser também justificativo da maior prevalência do *Burnout* em indivíduos com maior grau de habilitações literárias, em conjunto com o facto de estes terem, por norma, mais responsabilidades e *stress* mais elevado nas suas tarefas diárias (Costa et al., 2020; Murcho & Pacheco, 2020).

Pesquisas apontam que mulheres tendem a experienciar mais sintomatologia relacionada com o *Burnout*, como é o caso da ansiedade, do *stress* e da depressão (Costa et al., 2020; Duarte et al., 2020; Vindegaard & Benros, 2020). Alguns estudos concluíram que mulheres estão mais sujeitas à exaustão emocional, enquanto homens vivenciam maiores níveis de despersonalização (Costa et al., 2020; Murcho & Pacheco, 2020). Isto pode dever-se ao facto de pessoas do género feminino terem a tendência a responder de forma mais emotiva a situações de *stress* laboral e de serem mais afetadas por fatores psicossociais como expectativas de género e o duplo papel (nomeadamente em relação à realização de tarefas em casa e no trabalho). Por sua vez, também influenciados por questões culturais e estereótipos de género, pessoas do género masculino tendem a reprimir conflitos internos e a evitar a manifestação de emoções e sentimentos, desenvolvendo estratégias de *coping* focadas na evitação (Murcho & Pacheco, 2020).

No que concerne ao estado civil, indivíduos solteiros têm apresentado maiores níveis de *Burnout* (Murcho & Pacheco, 2020). No entanto, estudos apontam que estes poderão apresentar menos desgaste pessoal do que aqueles que se encontram numa relação (Duarte et al., 2020).

Por sua vez, a idade dos filhos parece estar também relacionada com o *Burnout*. Ter filhos com menos de doze anos foi associado a maiores níveis de esgotamento pessoal (Duarte et al., 2020). Por outro lado, num trabalho realizado especificamente na época da COVID-19, notou-se níveis mais elevados de ansiedade e depressão nos indivíduos que não têm filhos e naqueles que têm mais de dois filhos (Vindegaard & Benros, 2020).

Relativamente às variáveis profissionais enquanto antecedentes de *Burnout*, é importante salientar que, além da própria ocupação, os fatores organizacionais e a forma como o trabalho é

estruturado se tornam ainda mais relevantes para a prevalência do *Burnout* (por exemplo, em termos de sobrecarga, recompensas e conflitos interpessoais) (Costa et al., 2020).

Apesar disso, estudos sobre esta síndrome focam-se, maioritariamente, em profissionais dos serviços sociais (por exemplo, profissionais de saúde, da área da educação, assistentes sociais, psicólogos, polícias, bombeiros...) pelo facto destas ocupações estarem mais associadas a exaustão emocional. Isto acontece devido a condições laborais específicas como o contacto direto com problemas físicos, emocionais e psicológicos dos clientes, a exposição prolongada a elevados níveis de *stress* e à desproporcionalidade entre as expectativas e as realidades laborais (Costa et al., 2020; Marôco et al., 2016).

Reforça-se que os profissionais de saúde estão especialmente vulneráveis ao desenvolvimento de síndrome de *Burnout* pelo facto de, entre outros fatores, lidarem diariamente com pessoas em condições debilitadas, por terem relações interpessoais e hierárquicas rígidas e por trabalharem em horários rotativos com turnos noturnos (o que aumenta a sua sobrecarga física, cognitiva e emocional) (Marôco et al., 2016; Marques-Pinto et al., 2021; Murcho & Pacheco, 2020). Por sua vez, enfermeiros e médicos mostram-se as categorias profissionais mais vulneráveis (Marôco et al., 2016; Murcho & Pacheco, 2020). No caso específico dos médicos, algumas variáveis relacionam-se com o *Burnout*, como é o caso das especialidades médicas, do tipo de prática (público, privado ou académico) e dos modelos de pagamento. Por sua vez, os seguintes fatores são percebidos com significativos para o esgotamento entre os médicos: perceção de cargas de trabalho excessivas com muitas tarefas administrativas associadas, poucos recursos disponíveis, trabalho mentalmente exigente, pouco apoio de colegas e líderes, baixa autonomia e perceção de injustiça organizacional e desigualdades (Marques-Pinto et al., 2021).

Durante a pandemia, os profissionais de saúde vivenciaram situações profissionais particulares que influenciaram a sua sintomatologia relacionada com o *Burnout*. Indivíduos que viviam sozinhos nesta época apresentaram mais sintomas de ansiedade e depressão (Vindegaard & Benros, 2020). Aqueles que mantinham contacto direto com pacientes com COVID-19 apresentaram maiores níveis de *Burnout* pessoal e relacionado com o trabalho e os que exerceram a sua atividade na linha de frente apresentaram maiores níveis de *Burnout* pessoal, relacionado com o trabalho e com o utente (Duarte et al., 2020; Vindegaard & Benros, 2020). Da mesma forma, outros fatores foram associados a maior risco de ansiedade e depressão, nomeadamente, a falta de conhecimento sobre a pandemia, não tomar as medidas de proteção necessárias e ter perceção de menos apoio familiar (Vindegaard & Benros, 2020).

3. METODOLOGIA

O capítulo 3 pretende expor a metodologia utilizada na presente dissertação e justificar as opções metodológicas seguidas. Irá abordar temas como o desenho do estudo, a natureza do estudo, a população alvo/amostra do trabalho, o método de recolha de dados e o instrumento usado na recolha daqueles. Além de apresentar as variáveis e as escalas de medida utilizadas no questionário, serão explicados os procedimentos adotados na recolha de dados, assim como as considerações éticas observadas no estudo empírico.

3.1 Definição dos objetivos do estudo

A componente empírica deste trabalho foi norteada por três objetivos de investigação principais, sendo eles os seguintes:

- › Perceber se a COVID-19 teve repercussões de foro psicológico nos profissionais de saúde que trabalharam nas áreas COVID-19, ocasionando a ocorrência da síndrome de *Burnout* em virtude da exposição a situações altamente exigentes e desgastantes, num quadro de grande incerteza e imprevisibilidade;
- › Analisar a relação entre a perceção de *Burnout* e determinadas dimensões da personalidade, em particular os traços relacionados com a maior propensão para sentimentos como *stress*, ansiedade, depressão, esgotamento e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de síndrome de *Burnout* nos profissionais de saúde que trabalharam nas áreas COVID-19;
- › Analisar a relação entre a perceção de síndrome de *Burnout* e determinadas características sociodemográficas dos trabalhadores, assim como com certas questões específicas da pandemia em termos pessoais e profissionais dos profissionais de saúde que trabalharam nas áreas COVID-19.

3.2 Desenho do estudo

O estudo pode ser descrito como observacional, transversal e analítico, uma vez que se pretende observar a amostra sem interferir nos participantes nem manipular o fator explicativo dos resultados, tendo em conta que os dados serão recolhidos num momento exato, sem intervenção do fator tempo, procurando-se analisar a relação entre um conjunto de variáveis (Bryman & Bell, 2007; Coutinho, 2013; Easterby-Smith et al., 2018).

3.3 Tipo de estudo

O estudo insere-se no paradigma positivista e, por isso, é do tipo quantitativo. Será realizada uma análise realista e objetiva do fenómeno em estudo, segundo factos e dados empíricos, sendo o observador imparcial e as suas opiniões e interesses independentes e irrelevantes para o estudo (Coutinho, 2013; Easterby-Smith et al., 2018). Assim, pretende-se recolher o maior número de dados possível e, através de escalas de medida e da análise estatística desses dados (Bryman & Bell, 2007; Coutinho, 2013; Easterby-Smith et al., 2018), estudar a relação entre o *Burnout* e algumas variáveis sociodemográficas e profissionais, bem como disposicionais, designadamente os traços de personalidade que integram o Modelo dos Cinco Grandes Fatores.

3.4 População alvo do estudo

Como referido previamente, o hospital em questão é uma das unidades hospitalares centrais da região Norte de Portugal, exercendo funções nos domínios de prestação de cuidados assistenciais diferenciados (seja em regime de ambulatório, de internamento hospitalar ou de hospitalização domiciliária), de formação pré e pós-graduada e de investigação.

Esta instituição organiza-se em departamentos, possuindo, cada um deles, diversos serviços e unidades integrantes. Como departamentos principais, podem destacar-se os seguintes: Departamento de Medicina (incluindo as unidades destinados às várias especialidades da área da medicina e algumas

unidades de cuidados especializadas, como, por exemplo, a Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente); Departamento de Cirurgia; Departamento de Anestesia; Departamento da Mulher, Criança e Jovem; Departamento de Emergência e Medicina Intensiva; Departamento de MCDT's; Departamento de Saúde Mental e, por último, Departamento de Ambulatório. De referir ainda a importância da área de Gestão e Logística (com uma vasta variedade de departamentos e gabinetes, como é o caso das Tecnologias de Informação, da Gestão de Recursos Humanos e Gestão Documental e da Gestão do Conhecimento) e da área de Recursos Partilhados (como, por exemplo, os Serviços Farmacêuticos e o Serviço de Nutrição e Alimentação).

Na época do Coronavírus, à semelhança das restantes unidades hospitalares, e graças ao auxílio de múltiplas entidades e da intervenção da Unidade de Saúde Pública, este hospital sofreu uma reorganização estrutural. Alguns serviços destinados a especialidades clínicas de internamento deram origem a múltiplas alas COVID-19 e geraram-se zonas de Serviço de Pediatria, Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente, Serviços de Urgência, Medicina Intensiva e Emergência Clínica apenas destinados a estes doentes. Por último, criaram-se ainda vários postos de testagem de utentes e de análise das amostras recolhidas.

Assim sendo, a população-alvo/amostra do estudo foram os profissionais de saúde de todas as categorias profissionais e serviços que exercem a sua atividade neste hospital e que trabalharam nas áreas destinadas especificamente a pacientes confirmados ou suspeitos de terem contraído a doença COVID-19 durante os picos mais críticos da pandemia em Portugal.

Desta forma, e tendo em conta que a investigadora trabalha na instituição hospitalar estudada, considera-se que o estudo terá uma amostragem determinística (dirigida) (por isso, não probabilística e não aleatória) por conveniência. Assim, o acesso aos participantes e a recolha de dados será mais fácil e rápida, uma vez que está mais disponível e acessível à investigadora. Como desvantagem deste tipo de amostragem, pode-se apontar o facto de possuir uma generalização limitada, visto as conclusões não poderem ser extrapoladas para os profissionais que trabalharam nas áreas COVID-19 noutros hospitais do país. No entanto, é útil para estudos futuros e para estabelecer ligações a resultados previamente existentes na área em questão (Bryman & Bell, 2007; Coutinho, 2013; Easterby-Smith et al., 2018).

Durante o processo de recolha de dados, foram aplicados dois critérios de exclusão: o participante não se encontrar a exercer funções neste hospital no momento da divulgação do estudo (para excluir a possibilidade de participação a indivíduos que trabalharam no passado na instituição em causa) e o colaborador nunca ter exercido a sua atividade profissional em alguma das referidas áreas

COVID-19 destinadas tanto a doentes positivos como suspeitos da doença. A amostra inicial do estudo era constituída por 346 participantes, no entanto, 12 destes foram excluídos por não satisfazerem o primeiro critério e 120 por não cumprirem o segundo. Assim, a amostra final do estudo contou com um total de 214 participantes, conforme pode ser observado na Figura 3.

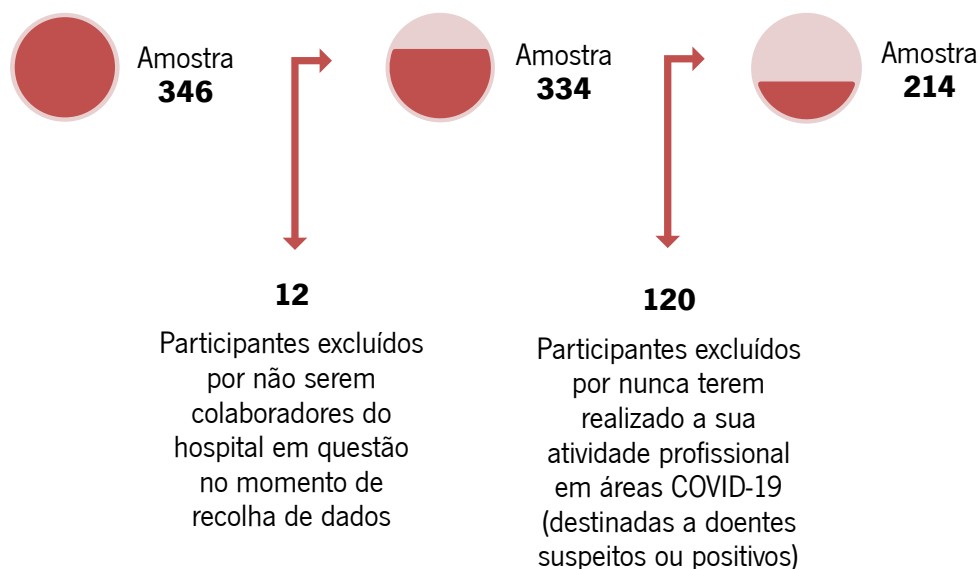


Figura 3. Esquema representativo do processo de exclusão de participantes e obtenção da amostra final do estudo.

3.5 Método e instrumento de recolha de dados

3.5.1 Método de recolha de dados

Na sequência do acima exposto, o presente estudo é do tipo quantitativo, tendo recorrido a inquéritos por questionário. Os dados foram obtidos a partir da resposta ao questionário *online* distribuído aos profissionais de saúde do referido hospital através do *email* institucional.

A principal vantagem desta metodologia é a facilidade com que o participante é capaz de devolver as suas respostas ao investigador, quando em comparação com os métodos mais tradicionais de escrita, sem necessitar de grandes conhecimentos de informática (Bryman & Bell, 2007; Easterby-Smith et al., 2018). Por sua vez, o participante não terá a necessidade de se preocupar em

descarregar anexos de leitura que podem desencadear preocupações com vírus (Bryman & Bell, 2007). Questionários *online* oferecem a possibilidade de personalização e o aumento da interatividade com o participante, nomeadamente com a presença de mensagens ou instruções *pop-up* e pela facilidade de avançar questões que não são relevantes para um participante em específico com base nas suas respostas anteriores (Easterby-Smith et al., 2018). Este método mostra-se mais atrativo visualmente e de fácil compreensão e preenchimento, podendo obter taxas de resposta mais elevadas (Bryman & Bell, 2007). Por último, os dados obtidos são mais facilmente integrados e analisados em programas como o *Microsoft Excel* e o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (Easterby-Smith et al., 2018)

3.5.2 Instrumento de recolha de dados

Após a análise da literatura dos temas abordados nesta dissertação, foi realizado um esboço do questionário a aplicar cuja versão final, depois do pré-teste e consequente reflexão e aperfeiçoamento, se dividiu nas seguintes secções: apresentação do questionário, incluindo a explicação dos seus objetivos; questões sociodemográficas; questões laborais e relacionadas com aspetos específicos do período da COVID-19; escala BFI; escala CBI e, por último, questões finais sobre a intenção dos participantes relativamente ao estudo (Apêndice I – Questionário aplicado).

Primeiramente, na apresentação do questionário, foi apresentado o seu título, seguido dos objetivos principais do estudo, do âmbito da sua realização, da garantia da confidencialidade e do anonimato dos participantes e da disponibilização de um *email* para o esclarecimento de dúvidas ou envio de propostas de correção, conforme mostram as imagens do questionário utilizado (Apêndice I – Questionário aplicado).

O questionário continha uma parte destinada à caracterização dos participantes, quer do ponto de vista sociodemográfico quer profissional. Os dados sociodemográficos dizem respeito a questões sobre as características pessoais básicas dos indivíduos e foram utilizados para caracterizar a amostra em estudo e permitir analisar a sua relação com outras variáveis (Vala et al., 2017). Após a análise de estudos com objetivos similares, foram reunidas as questões aplicadas mais frequentemente e que melhor se adequavam aos objetivos desta dissertação (Fonte, 2011; Veloso, 2020).

As variáveis incluídas nesta parte foram: “Género”; “Idade”; “Estado civil”; “Tem filhos?”; “Categoria profissional” e “Habilitações literárias” (Apêndice I – Questionário aplicado).

Relativamente às questões laborais e específicas da época da COVID-19, constituem variáveis sociodemográficas pessoais e profissionais utilizadas com o mesmo objetivo das anteriores (Vala et al., 2017). Dizem respeito a temas como as características do trabalho destes profissionais e condições a que estiveram sujeitos na altura da pandemia (como, por exemplo, o serviço de atuação ou a carga horária), assim como opções pessoais tomadas durante esse período. Dado que não existem instrumentos de medida específicos para estas questões, foram aplicados os itens utilizados com mais frequência neste tipo de estudos e que melhor se adequaram (Fonte, 2011; Vala et al., 2017; Veloso, 2020). Foi pedido aos participantes que respondessem a esta seção de perguntas tendo em mente a época da COVID-19 que consideraram mais complicada, de forma a ser possível caracterizar a situação pessoal e profissional em que se encontravam, assim como analisar a sua perceção relativamente ao período que foi mais difícil.

Por sua vez, as questões colocadas nesta secção foram: “Atualmente, é colaborador do [nome do hospital]?” (esta questão atuou como critério de exclusão dos participantes do estudo); “Departamento onde, maioritariamente, exercia funções”; “Tempo de exercício na profissão (anos)”; “Exerceu funções no [nome do hospital] na 1ª vaga da COVID-19?”; “Em algum momento, realizou a sua atividade profissional em áreas COVID-19 (com doentes positivos ou suspeitos)?” (esta questão atuou como critério de exclusão dos participantes do estudo); “Com que frequência realizou turnos em áreas COVID-19?”; “Desempenhava funções noutras locais de trabalho?”; “Quantidade de horas de trabalho semanais que realizava no [nome do hospital], em média”; “Qual o seu regime de trabalho?”; “Por mês, quantos fins de semana trabalhava, em média?”; “Por mês, quantas noites trabalhava, em média?”; “Passou a viver sozinho ou deslocou-se da rua residência habitual nessa época?”; “Com que frequência visitava os seus amigos/familiares/pessoas mais próximas?”; “Considera que tinha conhecimento suficiente sobre a COVID-19?”; “Considera que existiam EPI’s suficientes?”; “Tinha receio de ser infetado com a doença?” e, por último, “Tinha receio de ser veículo de transmissão da doença?” (Apêndice I – Questionário aplicado).

Uma secção do questionário foi dedicada à análise das questões relacionadas com os traços de personalidade dos colaboradores. Estas perguntas correspondem a características individuais dos participantes e deram origem a variáveis que se inserem nos antecedentes e com as quais se pretende não só caracterizar a população, mas também estabelecer associações, principalmente com os valores de *Burnout* obtidos.

Existem vários questionários que pretendem analisar os traços de personalidade subjacentes a cada indivíduo. Neste estudo foi utilizado o BFI, um instrumento de medida desenvolvido por John,

Donahue e Kentle (1991), pelo facto de ser um dos mais utilizados em pesquisas acerca da personalidade, uma vez que tem o objetivo de avaliar de forma breve, acessível e eficiente as dimensões da personalidade, sendo abrangente e conciso (Saldanha et al., 2007; Simões, 2016).

Este instrumento de medida considera os cinco fatores imprescindíveis e suficientes para compreender a estrutura básica da personalidade: neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade e conscienciosidade (Simões, 2016). O neuroticismo é o oposto à estabilidade emocional; a extroversão é caracterizada pela fala, assertividade e energia; por sua vez, a abertura à experiência relaciona-se com a originalidade, curiosidade e inteligência; a amabilidade está associada a um bom carácter, cooperação e confiança e, por último, a conscienciosidade diz respeito à ordem, responsabilidade e confiabilidade (John et al., 1991).

A versão original do BFI é divulgada numa página oficial *online*, onde se encontra disponível e de livre acesso para quem o pretenda utilizar para fins não comerciais. Para aqueles que procuram este questionário para fins de investigação, é pedido o preenchimento de um formulário com o objetivo de criar uma base de dados para tornar a escala mais útil para os utilizadores. O formulário inclui uma breve descrição do investigador e do objetivo e planeamento de utilização deste instrumento de medida. Após o seu preenchimento, fica disponível o BFI em diversas versões (nomeadamente a validada para a língua portuguesa), assim como as instruções de análise e pontuação das respostas. Desta forma, depois das referidas etapas e do preenchimento do formulário, a versão portuguesa foi disponibilizada para aplicação neste estudo (Apêndice II – Autorizações para aplicação das escalas).

O BFI é constituído por 44 questões de autorresposta e fácil compreensão, sendo 8 delas correspondentes ao neuroticismo, 8 à extroversão, 10 à abertura à experiência, 9 à amabilidade e 9 à conscienciosidade. Cada pergunta possui 5 opções de resposta através de uma escala *Likert* de 5 pontos, variando entre 1 (“discordo totalmente”) e 5 (“concordo totalmente”) (Bahçekapılı & Karaman, 2020; Prins et al., 2019; Simões, 2016). Posteriormente, estes valores são recodificados, já que algumas das questões são analisadas através da inversão da pontuação. De seguida, é realizada a média aritmética das pontuações obtidas para cada subescala, sendo que, valores mais próximos do 5 corresponderão a maior presença dos fatores de personalidade correspondentes e valores mais próximos de 1 corresponderão a menor presença do fator correspondente (Benet-Martinez & John, 1998; John et al., 1991, 2008).

Assim, as questões do BFI correspondentes à escala da extroversão são as seguintes: “é falador/a”; “é reservado/a”; “tem muita energia”; “gera muito entusiasmo”; “tende a ser sossegado/a”; “tem uma personalidade assertiva”; “por vezes é tímido/a, inibido/a” e “é sociável,

amigável”. As perguntas da escala da amabilidade são: “tende a encontrar os defeitos dos outros”; “é prestável e não inveja os outros”; “inicia muitas disputas com os outros”; “perdoa com facilidade”; “geralmente é de confiança”; “pode ser frio/a e indiferente”; “é atencioso/a e bondoso/a com quase toda a gente”; “por vezes é rude para com os outros” e “gosta de cooperar com os outros”. No que diz respeito à conscienciosidade, as questões abordadas foram: “faz um trabalho exaustivo”; “por vezes pode ser um pouco descuidado/a”; “é um trabalhador/a de confiança”; “tende a ser desorganizado/a”; “tende a ser preguiçoso/a”; “é perseverante até a tarefa estar concluída”; “faz as coisas de modo eficaz”; “faz planos e cumpre-os” e “se distrai com facilidade”. No caso da escala do neuroticismo, a sua constituição teve por base as questões: “é deprimido/a, triste”; “é relaxado/a, lida bem com o *stress*”; “pode ficar tenso”; “se preocupa muito”; “é emocionalmente estável, não se aborrece com facilidade”; “pode ter um humor instável”; “permanece calmo/a em situações tensas” e “fica nervoso/a facilmente”. Por último, a escala da abertura à experiência foi constituída pelas perguntas: “é original, tem sempre novas ideias”; “tem curiosidade em relação a várias coisas”; “é engenhoso/a, um/a pensador profundo”; “tem uma imaginação ativa”; “é inventivo/a”; “valoriza experiências artísticas, estéticas”; “prefere o trabalho rotineiro”; “gosta de refletir, brincar com as ideias”; “tem poucos interesses artísticos” e “é sofisticado/a na arte, música ou literatura” (Apêndice I – Questionário aplicado).

As várias questões do BFI foram apresentadas de forma aleatória para evitar respostas padronizadas. Nesta secção foi pedido aos participantes que respondessem às perguntas indicando o grau em que acreditavam que as frases apresentadas se adequavam às suas características, tendo por base a forma como se costumam comportar (e não como gostariam de ser).

A análise do *Burnout* constituiu um dos objetivos centrais do estudo, havendo uma secção do questionário dedicada a essa variável, tendo em vista identificar o nível percebido por parte dos profissionais aqui estudados.

Existem diversos questionários que analisam a presença de síndrome de *Burnout*. De acordo com a literatura, o modelo multidimensional de Maslach e Jackson, traduzido na medida MBI, é o mais utilizado, sendo considerado um instrumento padrão para a investigação na área do *Burnout* (Santos, 2015). No entanto, é de referir que, na definição de *Burnout* de Maslach, as três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal) devem ocorrer de forma simultânea, no entanto, no MBI, estas dimensões são distintas e devem ser avaliadas individualmente e de forma independente, pelo que parece existir uma relação pouco clara entre o conceito de *Burnout* e o MBI (Kristensen et al., 2005). Alguns autores sugeriram ainda que a dimensão da reduzida realização

peçoal se desenvolve de forma independente das outras referidas dimensões. Relativamente a esta e à despersonalização, podem ainda ser consideradas como consequências desenvolvidas perante situações de *stress* duradouro (sendo a despersonalização uma estratégia de *coping*) ao invés de serem partes da própria síndrome (Kristensen et al., 2005).

Assim, neste estudo, optou-se por se utilizar o CBI, um novo instrumento de análise do *Burnout*. A sua escolha deve-se ao facto do CBI ser um modelo recente e robusto, estando em crescente utilização e sendo uma opção cada vez mais frequente em estudos mais recentes. Além disso, foi desenvolvido para avaliar o *Burnout* em trabalhadores dos serviços humanos, especialmente em profissionais de saúde, tendo sido feita a sua tradução e validação para a língua e cultura portuguesas com recurso a enfermeiros. É de referir ainda o facto do CBI possuir excelentes propriedades psicométricas, sendo capaz de identificar o domínio através do qual se originam os sintomas do *Burnout*, pelo facto de se dividir em três dimensões (Fonte, 2011; Santos & Mustafa, 2016; Veloso, 2020).

Conforme acima referido, o CBI já se encontra traduzido, validado e adaptado para a língua, cultura e população portuguesas. Desta forma, entrou-se em contacto, por *email*, com o autor da versão original do CBI e com o autor da versão portuguesa, de forma a obter a autorização para a sua utilização, salvaguardando a referência da sua autoria e disponibilizando a cedência dos resultados (Apêndice II – Autorizações para aplicação das escalas).

O CBI é um questionário composto por 19 questões que avaliam o *Burnout* segundo três escalas de medida: *Burnout* pessoal, *Burnout* relacionado com o trabalho e *Burnout* relacionado com o cliente/utente. O *Burnout* pessoal é avaliado com base em 6 perguntas e diz respeito ao grau de exaustão física e psicológica experienciada por todos os indivíduos, não tendo relação direta com o ambiente de trabalho. O *Burnout* relacionado com o trabalho é constituído por 7 questões e analisa o grau de exaustão física e psicológica experienciada por todos os indivíduos no seu local trabalho. O *Burnout* relacionado com o cliente/utente tem por base 6 perguntas e avalia o grau de exaustão física e psicológica experienciada por todos os indivíduos que exercem a sua atividade com serviços humanos, estando relacionada com o contacto com utentes (Fonte, 2011; Veloso, 2020).

Assim, as questões do CBI correspondentes à escala do *Burnout* pessoal são: “Com que frequência se sente cansado/a?”; “Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?”; “Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?”; “Com que frequência pensa: “Eu não aguento mais isto?””; “Com que frequência se sente fatigado/a?” e “Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?”. As perguntas integrantes da escala do *Burnout* relacionado com o trabalho são: “O

seu trabalho é emocionalmente desgastante?"; "Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?"; "O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?"; "Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?"; "Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?"; "Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?" e "Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?". Por fim, as questões da escala do *Burnout* relacionado com o cliente/utente são: "Acha difícil trabalhar com utentes?"; "Acha frustrante trabalhar com utentes?"; "Trabalhar com utentes deixa-o/a sem energia?"; "Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?"; "Está cansado de trabalhar com utentes?" e "Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?" (Fonte, 2011) (Apêndice I – Questionário aplicado).

Cada questão do CBI é avaliada numa escala de 5 opções, correspondendo 1 a "nunca/quase nunca"/"muito pouco" e 5 a "sempre"/"muito". Posteriormente, estes valores são convertidos numa escala de 0 a 100 pontos, correspondendo 0 a "nunca/quase nunca"/"muito pouco" e 100 a "sempre"/"muito". Assim, uma pontuação mais elevada indica maior nível de *Burnout* sendo que, de acordo com o estudo PUMA, considera-se elevado nível de *Burnout* a obtenção de valores iguais ou superiores a 50 pontos (Fonte, 2011; Santos & Mustafa, 2016; Veloso, 2020).

De acordo com a indicação dos autores, as questões foram colocadas de forma dispersa relativamente à escala de medida original (Fonte, 2011) de forma a evitar padrões de respostas estereotipadas e, na análise dos dados, foi utilizado o ponto de corte de 50 para rastreio da presença de *Burnout*. Nesta secção foi pedido aos participantes que respondessem às questões consoante a frequência com que tinham experienciado os sentimentos descritos pensando na época da COVID-19 que consideraram mais complicada.

No final do questionário foram ainda colocadas três questões específicas para este estudo.

Tendo em conta que CBI é um instrumento de medida que permite avaliar a perceção dos indivíduos relativamente à possibilidade de se encontrarem num estado de *Burnout* elevado (seja a nível pessoal, relacionado com o trabalho ou com o cliente/utente), por questões éticas, mostrou-se necessário fornecer os resultados desta escala aos participantes que assim o desejassem.

Por outro lado, existem teorias que afirmam que o comportamento humano é motivado pela retribuição esperada, estando, desta forma, a taxa de resposta deste tipo de pesquisas relacionada com diversos fatores, como é o caso da possibilidade de recompensas/incentivos, nomeadamente monetários (Saleh & Bista, 2017). Assim, com o objetivo de aumentar a taxa de resposta e agradecer o tempo disponibilizado pelos participantes durante o preenchimento do questionário, optou-se por

sortear uma recompensa monetária a um dos intervenientes do estudo, caso mostrassem interesse nisso.

Assim, as questões finais apresentadas nesta secção foram as seguintes: “Deseja ser contactado caso se verifique a possibilidade de presença de síndrome de *Burnout* através das suas respostas?”; “Deseja participar no sorteio do cartão oferta FNAC no valor de 20€?” e, para terminar, “Deixe a forma pela qual prefere ser contactado (contacto telefónico ou *email*)” (Apêndice I – Questionário aplicado).

3.5.3 Pré-teste

Após a elaboração da versão completa do questionário, com todas as suas questões e secções, procedeu-se à realização de um pré-teste. O objetivo do pré-teste foi avaliar a forma como os indivíduos realizavam o preenchimento do questionário divulgado em formato digital, de forma a perceber se este se encontrava em perfeito funcionamento, se existiam dúvidas sobre a interpretação/adequação das perguntas, assim como a presença de questões ambíguas (Vala et al., 2017; Veloso, 2020).

O inquérito foi apresentado a 13 profissionais da área da saúde que não trabalhavam na instituição hospitalar em estudo nessa época, não sendo, dessa forma, potenciais futuros participantes. Apenas 10 colaboradores preencheram o questionário na sua totalidade, uma vez que os restantes referiram não ter executado a sua atividade profissional em áreas COVID-19, tendo sido excluídos do pré-teste.

A opinião dos participantes foi posteriormente registada e utilizada apenas para melhoria da versão final do inquérito. Todas as propostas de alteração se basearam em discretos lapsos de digitação e redação, tendo-se procedido à sua correção.

3.5.4 Procedimentos na recolha dos dados

O questionário foi formulado e partilhado através do *Microsoft Forms* do *Office 365*, uma vez que se considera ser uma das plataformas mais seguras para este propósito. Esta aplicação permite a criação de um *link* abreviado, tendo este sido enviado aos profissionais da unidade hospitalar em causa

(após todas as devidas autorizações) por um profissional responsável do Centro de Formação (inserido no Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Gestão Documental) através do *email* institucional global e para o *email* institucional pessoal de cada colaborador da instituição.

A partilha do inquérito foi efetuada em duas fases com o objetivo de chegar a mais trabalhadores e obter uma maior taxa de resposta. A primeira iniciou-se no dia 21 do mês de junho e a segunda no dia 13 de julho. A finalização da aceitação de respostas ao questionário partilhado deu-se no dia 8 de agosto.

3.6 Considerações éticas

Durante a realização do estudo, em todas as fases, foram tomadas medidas de forma a assegurar o seguimento das normas e das boas práticas de investigação.

Como referido previamente, foram obtidas todas as autorizações necessárias por parte dos autores dos instrumentos de medida utilizados neste estudo (o BFI e o CBI) antes dos mesmos serem aplicados, tendo sido sempre salvaguardada a referência da sua autoria (Apêndice II – Autorizações para aplicação das escalas). A escolha das restantes questões do inquérito teve em consideração a manutenção do anonimato dos participantes, de forma a não ser possível proceder à sua identificação através das respostas obtidas.

Tendo em conta que a dissertação tratará informação relativa à saúde mental dos profissionais, considerou-se importante que estes fossem notificados caso se verificasse a presença de sintomatologia relacionada com o *Burnout* nas suas respostas (no caso daqueles que manifestaram esse interesse). Relembrando também que, no final do inquérito, foi oferecida a possibilidade de participação no sorteio de um incentivo monetário aos participantes que assim o desejassem. Assim, para ambas as situações, os indivíduos envolvidos cederam, de forma livre, um contacto que consideraram mais conveniente (contacto telefónico ou *email*). De forma a se proceder à pseudoanonimização dos dados, criaram-se duas bases de dados separadamente, uma para as respostas do questionário propriamente dito e outra apenas para o contacto pessoal do participante. Desta forma, a base de dados com a informação principal do questionário foi a mais trabalhada e acedida com maior frequência. O contacto do participante foi eliminado desta e mantido noutra base

de dados que, depois de criada, foi apenas acedida numa fase final do projeto para o objetivo pretendido.

O questionário foi formulado e partilhado através do *Microsoft Forms* do *Office 365*, por se considerar a plataforma mais segura para esse efeito. Depois de copiados do *Microsoft Forms* para a base de dados, os dados foram eliminados do *Office 365* e, posteriormente à sua análise, do computador, sendo apenas armazenados num disco externo. A informação será guardada durante cerca de 5 anos, sendo totalmente destruída após esse período. A recolha e tratamento de dados foi efetuada apenas pela investigadora principal do estudo. Todos os equipamentos, contas pessoais e bases de dados foram protegidas com palavras-passe seguras, conhecidas e acedidas apenas pela mesma.

A proposta de investigação e o esboço inicial do questionário utilizado no estudo foram submetidos aos órgãos responsáveis superiores, nomeadamente à Comissão de Ética (CE) para a Saúde da referida instituição e à Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação (CLPSI), tendo sido obtida aprovação de ambas as partes (a 12/11/2021 e a 09/03/2022, respetivamente) (Apêndice III – Autorizações para a realização do estudo). Apenas após obtenção destas autorizações para a partilha do inquérito através do *email* institucional e para a realização do estudo com os profissionais deste hospital, se procedeu à divulgação do projeto e à recolha dos dados. De referir ainda que todas as indicações das entidades apontadas anteriormente para garantir a confidencialidade, segurança e proteção dos dados e o anonimato dos participantes foram cumpridas.

Os profissionais participaram no estudo de forma livre, informada e esclarecida, sendo garantido o seu anonimato e a confidencialidade dos dados e podendo interromper a sua participação no estudo em qualquer etapa do questionário, se assim o pretendessem. O preenchimento do inquérito pelos profissionais de saúde pressupõe a sua prévia assinatura do consentimento informado, assim como a aceitação das condições e dos objetivos do estudo inicialmente expostos, conforme indicação da CE da instituição.

Por último, é de referir que a investigadora, sendo colaboradora da unidade hospitalar em causa, está obrigada e sujeita a sigilo profissional.

3.7 Tratamento dos dados

Os dados recolhidos foram submetidos a análise estatística, tendo esta sido executada com recurso à versão 28.0 do programa SPSS e com o apoio do *Microsoft Excel*, ambos para o sistema operativo *macOS*.

A análise estatística é o processo através do qual os dados obtidos numa investigação são organizados e analisados, de forma a serem transformados em informação (Coutinho, 2013).

A análise estatística descritiva diz respeito aos procedimentos estatísticos que permitem descrever a amostra. Por sua vez, aos procedimentos estatísticos onde se testam relações causais entre as variáveis e que permitem generalizar/inferir os resultados obtidos através da amostra para a população dá-se o nome de estatística inferencial (Coutinho, 2013).

Para as variáveis qualitativas, sejam nominais ou ordinais, a análise estatística descritiva foi apresentada através de tabelas de frequência, com a frequência absoluta (F_i) e a frequência relativa, em percentagem (f_i (%)). Foi também utilizada a moda como medida de tendência central. Por seu turno, para as variáveis quantitativas optou-se por se utilizar a média como medida de tendência central e, como medida de variabilidade/dispersão, o desvio padrão (DP) e o intervalo ([máx-mín], sendo este a diferença entre o valor máximo e mínimo da distribuição) (Coutinho, 2013).

Relativamente à estatística inferencial, estudou-se a associação entre os valores médios dos *scores* do *Burnout* obtidos para cada uma das dimensões (*Burnout* pessoal, *Burnout* relacionado com o trabalho e *Burnout* relacionado com o utente) com as restantes variáveis.

Com o objetivo de analisar a associação entre as três dimensões do *Burnout* e as variáveis categóricas com duas possibilidades de resposta relativas às questões sociodemográficas, laborais e relacionadas com a COVID-19 fez-se teste de comparação de médias através do teste t de *Student* para amostras independentes. Por sua vez, para analisar a associação entre as três dimensões do *Burnout* e as variáveis categóricas com múltiplas possibilidades de resposta relativas às questões sociodemográficas, laborais e relacionadas com a COVID-19 fez-se teste de comparação de médias através do teste de análise da variância (ANOVA) (Coutinho, 2013; Easterby-Smith et al., 2018). A homogeneidade das variâncias no teste t de *Student* e na ANOVA foi analisada pelo Teste de *Levene* para a igualdade de variâncias (Santos, 2011).

Por último, com o intuito de analisar a associação entre as três dimensões do *Burnout* e as variáveis contínuas, incluindo as variáveis relativas à personalidade (ou seja, os valores médios dos *scores* obtidos nas cinco dimensões do BFI), realizou-se análise bivariada com a recurso aos

coeficientes de correlação de *Pearson* e de *Spearman* (ambos representados por r) (Easterby-Smith et al., 2018; Pestana & Gageiro, 2008; Santos, 2011).

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No decorrer do capítulo 4 serão apresentados os principais resultados do estudo (nomeadamente a estatística descritiva e inferencial). Será realizada uma discussão das principais evidências aqui encontradas, tendo em consideração os dados de outros trabalhos.

De anotar apenas que não se procedeu à análise das questões “Atualmente, é colaborador do [nome do hospital]?” e “Em algum momento, realizou a sua atividade profissional em áreas COVID-19 (com doentes positivos ou suspeitos)?”, uma vez que, atuando elas como critérios de exclusão do estudo, apenas foram consideradas as respostas afirmativas. Da mesma forma, por não se considerar relevante para o tema e objetivos do trabalho, não se procedeu à análise estatística inferencial das questões finais do inquérito, sendo que os resultados da sua análise estatística descritiva se encontram discriminados no Apêndice V – Anexos análise estatística.

O presente capítulo começa com a caracterização dos participantes (conseguida através da análise estatística descritiva das variáveis sociodemográficas, laborais e relacionadas com a COVID-19), seguindo-se a análise de consistência interna das escalas BFI e CBI. É depois apresentada a análise estatística descritiva relativa ao *Burnout* e respetivas escalas, bem como às cinco escalas de medição dos traços de personalidade (BFI). De seguida, procede-se à análise da associação entre o *Burnout* (nas suas três componentes) e os traços de personalidade aqui estudados (dimensões do BFI). Finalmente, são analisadas as diferenças nos níveis de *Burnout* em função de variáveis sociodemográficas, profissionais e específicas da época da pandemia.

A organização deste capítulo vai ao encontro dos principais objetivos de pesquisa indicados no capítulo da introdução, nomeadamente:

- › Analisar a ocorrência da síndrome de *Burnout*, identificando o nível percebido em cada uma das três escalas do CBI (*Burnout* pessoal, *Burnout* relacionado com o trabalho e o *Burnout* relacionado com o utente);
- › Analisar a relação entre o *Burnout* e os traços de personalidade do Modelo dos Cinco Grandes Fatores (BFI) (neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade e conscienciosidade);
- › Analisar a relação entre o *Burnout* e determinadas características sociodemográficas, profissionais e variáveis específicas da época da COVID-19.

4.1 Caracterização da amostra

Esta secção visa caracterizar a amostra desta pesquisa, tendo em conta um conjunto de características sociodemográficas, profissionais e variáveis relativas a situações específicas da época da COVID-19.

A caracterização sociodemográfica aparece sintetizada nas Tabela 1 e Tabela 2.

Tabela 1. Análise estatística descritiva das questões sociodemográficas (variáveis qualitativas).
Fi: frequência absoluta; fi (%): frequência relativa, em percentagem.

Análise estatística descritiva - Questões sociodemográficas					
Número	Questão	Opções de resposta	Fi	fi (%)	Moda
1	Género	Feminino	186	86,9	Feminino
		Masculino	28	13,1	
		Total	214	100	
2	Estado civil	Solteiro/a	59	27,6	Casado/a / união de facto
		Casado/a / união de facto	133	62,1	
		Separado/a / Divorciado/a	21	9,8	
		Viúvo/a	1	0,5	
		Total	214	100	
3	Tem filhos?	Sim	138	64,5	Sim
		Não	76	35,5	
		Total	214	100	
4	Categoria profissional	Médico/a	42	19,6	Enfermeiro/a
		Enfermeiro/a	98	45,8	
		TSDT	15	7	
		Auxiliar de ação médica	30	14	
		Assistente técnico	23	10,7	
		Outro	6	2,8	
		Total	214	100	
5	Habilitações literárias	9º ano	13	6,1	Licenciatura
		12º ano	37	17,3	
		Licenciatura	122	57	
		Mestrado	37	17,3	
		Doutoramento	2	0,9	
		Outro	3	1,4	
		Total	214	100	

Tabela 2. Análise estatística descritiva das questões sociodemográficas (variáveis quantitativas).
[máx-mín]: intervalo máximo-mínimo.

Análise estatística descritiva - Questões sociodemográficas				
Número	Questão	Média	[máx-mín]	Desvio Padrão
2	Idade	42,13	[62-21]	9,37

A amostra deste estudo é constituída por 214 pessoas, das quais 186 são do género feminino (86,9%) e 28 do género masculino (13,1%), com uma idade compreendida entre 21 e 62 anos (média de 42,13), sendo que a maioria é casado ou vive em união de facto (133 participantes - 62,1%), 59 são solteiros (27,6%), 21 separados ou divorciados (9,8%) e um é viúvo (0,5%). Também a maior parte tem filhos (138 participantes - 64,5%), sendo que 76 profissionais não têm (35,5%). 45,8% dos participantes são enfermeiros (98 participantes), 19,6% são médicos (42 participantes), 14% são auxiliares de ação médica (30 participantes), 10,7% são assistentes técnicos (23 participantes), 7% são Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT's) (15 participantes) e 2,8% (6 participantes) dizem pertencer a outra classe profissional (incluindo, por exemplo, colaboradores da área de Gestão e Logística, assim como dos serviços técnicos ou do conhecimento). 57% possui licenciatura como maior grau académico (122 participantes), a mesma quantidade de indivíduos possui o 12º ano e o mestrado (37 participantes - 17,3%), 6,1% possui o 9º ano (13 participantes), 0,9% o doutoramento (2 participantes) e os restantes 1,4% têm outro grau académico não especificado (3 participantes) (Tabela 1 e Tabela 2).

A caracterização da amostra relativamente às variáveis laborais e relacionadas com o período específico da pandemia aparece sintetizada nas Tabela 3 e Tabela 4.

Tabela 3. Análise estatística descritiva das questões laborais e relacionadas com a COVID-19 (variáveis qualitativas).
 Fi: frequência absoluta; fi (%): frequência relativa, em percentagem.

Análise estatística descritiva - Questões laborais e relacionadas com a COVID-19					
Número	Questão	Opções de resposta	Fi	fi (%)	Moda
8	Departamento onde, maioritariamente, exercia funções	Departamento de Emergência e Medicina Intensiva	22	10,3	Departamento de Medicina
		Departamento de Ambulatório	6	2,8	
		Departamento de Medicina	51	23,8	
		Departamento de Cirurgia	43	20,1	
		Departamento de Anestesia	3	1,4	
		Departamento de MCDT	17	7,9	
		Departamento da Mulher, da Criança e do Jovem	26	12,1	
		Departamento de Saúde Mental	4	1,9	
		Outro	42	19,6	
	Total	214	100		
10	Exerceu funções no [nome do hospital] na 1ª vaga da COVID-19?	Sim	180	84,1	Sim
		Não	34	15,9	
		Total	214	100	
12	Com que frequência realizou turnos em áreas COVID-19?	Raramente	36	16,8	Sempre
		Às vezes	37	17,3	
		Frequentemente	64	29,9	
		Sempre	77	36	
		Total	214	100	
13	Desempenhava funções noutros locais de trabalho?	Sim	105	49,1	Não
		Não	109	50,9	
		Total	214	100	
14	Quantidade de horas de trabalho semanais que realizava no [nome do hospital], em média	< 35 h	16	7,5	Cerca de 40 h
		Cerca de 35 h	60	28	
		Cerca de 40 h	73	34,1	
		> 40 h	65	30,4	
		Total	214	100	
15	Qual o seu regime de trabalho?	Horário fixo	62	29	Trabalho por turnos
		Trabalho por turnos	123	57,5	
		Misto	29	13,6	
		Total	214	100	
18	Passou a viver sozinho ou deslocou-se da rua residência habitual nessa época?	Sim	40	18,7	Não
		Não	174	81,3	
		Total	214	100	

19	Com que frequência visitava os seus amigos/familiares/pessoas mais próximas?	Nunca	98	45,8	Nunca
		Raramente	76	35,5	
		Às vezes	21	9,8	
		Frequentemente	14	6,5	
		Sempre	5	2,3	
		Total	214	100	
20	Considera que tinha conhecimento suficiente sobre a COVID-19?	Sim	95	44,4	Não
		Não	119	55,6	
		Total	214	100	
21	Considera que existiam EPI's suficientes?	Sim	127	59,3	Sim
		Não	87	40,7	
		Total	214	100	
22	Tinha receio de ser infectado com a doença?	Nenhum	8	3,7	Muito
		Pouco	33	15,4	
		Algum	75	35	
		Muito	98	45,8	
		Total	214	100	
23	Tinha receio de ser veículo de transmissão da doença?	Nenhum	3	1,4	Muito
		Pouco	7	3,3	
		Algum	38	17,8	
		Muito	166	77,6	
		Total	214	100	

Tabela 4. Análise estatística descritiva das questões laborais e relacionadas com a COVID-19 (variáveis quantitativas).
[máx-mín]: intervalo máximo-mínimo.

Análise estatística descritiva - Questões laborais e relacionadas com a COVID-19				
Número	Questão	Média	[máx-mín]	Desvio Padrão
9	Tempo de exercício na profissão (anos)	16,60	[42-0,5]	9,70
16	Por mês, quantos fins de semana trabalhava, em média?	2,22	[5-0]	1,40
17	Por mês, quantas noites trabalhava, em média?	3,52	[17-0]	3,58

O departamento mais representado pelos profissionais do estudo foi o de Medicina (51 participantes - 23,8%), seguido do departamento de Cirurgia (43 participantes - 20,1%), do departamento da Mulher, da Criança e do Jovem (26 participantes - 12,1%) e do de Emergência e de Medicina Intensiva (22 participantes - 10,3%). 17 inquiridos trabalham no departamento de MCDT's (7,9%), 6 no de Ambulatório (2,8%), 4 no de Saúde Mental (1,9%) e 3 no de Anestesia (1,4%). 42 participantes (19,6%) pertence a outros serviços de apoio (incluindo, por exemplo, as áreas de Farmácia, Gestão, Logística, Recursos Humanos...). O tempo médio de exercício na profissão variou entre meio ano e 42 anos, sendo a média de 16,60 anos. 84,1% dos participantes trabalhou no hospital em questão na primeira vaga da COVID-19 (180 participantes), sendo que 15,9% (34 participantes) iniciou funções apenas após esse período. Grande parte (77 participantes - 36%) realizava sempre turnos em áreas destinadas a doentes positivos ou suspeitos da doença, 29,9% realizava frequentemente (64 participantes), 17,3% apenas às vezes (37 participantes) e 16,8% raramente (36 participantes). Na época da COVID-19 que consideraram mais complicada, 50,9% trabalhava exclusivamente neste hospital (109 participantes) e 49,1% desempenhava funções noutros locais de trabalho (105 participantes). A maioria realizava cerca de 40 horas de trabalho semanais (73 participantes - 34,1%), sendo que 30,4% (65 participantes) afirma trabalhar mais de 40 horas semanais, 28% (60 participantes) trabalhava cerca de 35 horas e 7,5% (16 participantes) menos de 35 horas. Também a maior parte estava sob horário rotativo por turnos (123 participantes - 57,5%), tendo 29% horário fixo (62 participantes) e 13,6% horário misto (29 participantes). Os fins de semana trabalhados por mês variam entre 0 e 5 (média de 2,22) e de noites entre 0 e 17 (média de 3,52). Apenas 18,7% dos inquiridos passou a viver sozinho na referida época (40 participantes), continuando os restantes a viver acompanhados (174 participantes - 81,3%). 45,8% referiu nunca visitar amigos, familiares ou pessoas mais próximas (98 participantes), 35,5% visitava raramente (76 participantes),

9,8% às vezes (21 participantes), 6,5% frequentemente (14 participantes) e apenas 2,3% visitava sempre (5 participantes). 55,6% consideram que não possuíam conhecimento suficiente sobre a doença na fase mais difícil (119 participantes) e 44,4% afirmam o contrário (95 participantes). A generalidade diz ter tido uma quantidade de EPI's suficiente para exercer a sua atividade (127 participantes - 59,3%) e 40,7% diz o oposto (87 participantes). Apesar disso a maior parte refere muito receio de ser infetado com a COVID-19 (98 participantes - 45,8%) e de ser veículo de transmissão da doença (166 participantes - 77,6%), dizendo os restantes sentir algum receio (75 participantes - 35% e 38 participantes - 17,8%, respetivamente), pouco (33 participantes - 15,4% e 7 participantes - 3,3%, respetivamente) ou nenhum (8 participantes - 3,7% e 3 participantes - 1,4%, respetivamente) (Tabela 3 e Tabela 4).

4.2 Consistência interna das escalas BFI e CBI

Para cálculo da fidelidade dos instrumentos de medida utilizados no estudo, nomeadamente o BFI e o CBI, foi utilizado o alfa de *Cronbach* (α) como medida de avaliação da consistência interna, uma vez que é o mais indicado para instrumentos com escala de *Likert* (Coutinho, 2013). Os valores do coeficiente devem ser positivos, variando entre 0 e 1, onde 0 indica nenhum grau de fiabilidade interna e 1 significa uma fiabilidade interna perfeita. Assim, valores mais próximos de 1 referem-se a maior concordância entre os observadores e a melhor consistência interna do instrumento (Bryman & Bell, 2007; Coutinho, 2013). Valores superiores a 0,7 indicam boas correlações e um nível aceitável de fiabilidade (Coutinho, 2013; Easterby-Smith et al., 2018). Pestana e Gageiro (2008), estabeleceram os seguintes valores: se superior a 0,9, a consistência é excelente; entre 0,8 e 0,9, a consistência é boa; entre 0,7 e 0,8, a fiabilidade é aceitável; entre 0,6 e 0,7 é questionável; por sua vez, entre 0,5 e 0,6 é pobre e, por último, se menor que 0,5, a fiabilidade é inaceitável (Pestana & Gageiro, 2008).

Na Tabela 5 estão discriminados os valores da média, do desvio padrão e do alfa de *Cronbach* para cada questão do BFI, assim como para cada uma das suas cinco subescalas e para a escala como um todo.

Tabela 5. Valores de média, desvio padrão e alfa de *Cronbach* para cada fator da escala do BFI, subescala e escala total.

	Média	Desvio Padrão	Alfa de <i>Cronbach</i> (se o item for excluído)
BFI Extraversion			
é falador/a	3,69	1,057	0,749
é reservado/a	2,68	1,132	0,753
tem muita energia	3,64	1,046	0,746
gera muito entusiasmo	3,38	0,801	0,745
tende a ser sossegado/a	2,45	1,136	0,757
tem uma personalidade assertiva	4,03	0,762	0,749
por vezes é tímido/a, inibido/a	3,03	1,244	0,754
é sociável, amigável	4,46	0,625	0,746
Total subescala	27,36	4,430	0,680
BFI Agreeableness			
tende a encontrar os defeitos dos outros	3,39	1,136	0,762
é prestável e não inveja os outros	4,43	0,851	0,748
inicia muitas disputas com os outros	4,43	0,900	0,753
perdoa com facilidade	3,57	1,135	0,757
geralmente é de confiança	4,73	0,530	0,751
pode ser frio/a e indiferente	3,68	1,188	0,751
é atencioso/a e bondoso/a com quase toda a gente	4,45	0,632	0,749
por vezes é rude para com os outros	4,09	1,078	0,751
gosta de cooperar com os outros	4,46	0,668	0,745
Total subescala	37,23	4,701	0,727
BFI Conscientiousness			
faz um trabalho exaustivo	4,19	0,842	0,753
por vezes pode ser um pouco descuidado/a	3,83	1,096	0,747
é um trabalhador/a de confiança	4,75	0,514	0,751
tende a ser desorganizado/a	4,13	1,082	0,750
tende a ser preguiçoso/a	4,20	0,988	0,744
é perseverante até a tarefa estar concluída	4,46	0,617	0,746
faz as coisas de modo eficaz	4,36	0,624	0,747
faz planos e cumpre-os	4,15	0,775	0,744
se distrai com facilidade	3,58	1,101	0,748
Total subescala	37,64	4,568	0,753
BFI Neuroticism			
é deprimido/a, triste	2,08	1,158	0,770
é relaxado/a, lida bem com o <i>stress</i>	3,13	1,131	0,768
pode ficar tenso	3,89	0,892	0,762
se preocupa muito	4,11	0,938	0,746

é emocionalmente estável, não se aborrece com facilidade	2,60	1,069	0,768
pode ter um humor instável	2,77	1,263	0,769
permanece calmo/a em situações tensas	2,56	0,976	0,760
fica nervoso/a facilmente	3,17	1,172	0,762
Total subescala	24,32	5,604	0,802
BFI Openness			
é original, tem sempre novas ideias	3,36	0,803	0,746
tem curiosidade em relação a várias coisas	4,32	0,715	0,744
é engenhoso/a, um/a pensador profundo	3,48	0,803	0,748
tem uma imaginação ativa	3,65	0,884	0,742
é inventivo/a	3,60	0,871	0,742
valoriza experiências artísticas, estéticas	3,76	0,990	0,750
prefere o trabalho rotineiro	3,18	1,177	0,757
gosta de refletir, brincar com as ideias	3,79	0,817	0,745
tem poucos interesses artísticos	3,57	1,176	0,750
é sofisticado/a na arte, música ou literatura	3,09	1,064	0,752
Total subescala	35,79	5,319	0,762
Total escala BFI	162,35	12,518	0,756

Individualmente, todas as variáveis correspondentes às perguntas BFI apresentam valores de alfa superiores a 0,7, mostrando um nível de fiabilidade aceitável. O valor mais elevado foi de 0,770 (questão “é deprimido/a, triste”), tendo sido o menor de 0,742 (questões “tem uma imaginação ativa” e “é inventivo/a”). Para o conjunto de itens da dimensão da extroversão, o alfa foi de 0,680 (o mais baixo das subescalas, apresentado uma fiabilidade questionável), a média 27,36 e o desvio padrão de 4,430. Por sua vez, para a amabilidade, o alfa foi de 0,727 (fiabilidade aceitável), a média de 37,23 e o desvio padrão de 4,701. No que diz respeito à conscienciosidade, obteve-se alfa de 0,753 (fiabilidade aceitável), média de 37,64 e desvio padrão de 4,568. O neuroticismo mostrou um alfa de 0,802 (destacando-se por ser o mais elevado das subescalas, apresentando uma boa fiabilidade), uma média de 24,32 e um desvio padrão de 5,604. Por último, a abertura à experiência obteve alfa de 0,762 (fiabilidade aceitável), média de 35,79 e desvio padrão de 5,319. Quanto à totalidade do BFI, o alfa foi de 0,756 (fiabilidade aceitável), a média de 162,35 e o desvio padrão de 12,518.

Estes valores do coeficiente de alfa de *Cronbach* vão de encontro ao esperado, já que são semelhantes aos registados noutros estudos. Simões (2016), no seu estudo de adaptação e validação do BFI em adultos portugueses, obteve valores de alfa de *Cronbach* de 0,72 para os itens da

extroversão (média de 26,36 e desvio padrão de 4,147), de 0,61 para a dimensão da amabilidade (média de 34,37 e desvio padrão de 3,952), de 0,73 para a conscienciosidade (média de 32,49 e desvio padrão de 4,463), de 0,76 para o neuroticismo (média de 23,61 e desvio padrão de 4,772) e, por último, de 0,79 para a abertura à experiência (média de 35,38 e desvio padrão de 5,178) (Simões, 2016). Também Benet-Martínez e John (1998), em estudos com estudantes de Espanha e dos Estados Unidos da América obtiveram valores de consistência interna entre 0,66 e 0,88 (0,85 e 0,88 para a extroversão; 0,66 e 0,79 para a amabilidade; 0,77 e 0,82 para a conscienciosidade; 0,80 e 0,84 para o neuroticismo e, por fim, 0,79 e 0,81 para a abertura à experiência, respetivamente) (Benet-Martínez & John, 1998).

Comparando com os resultados obtidos no presente estudo, nota-se que a subescala da extroversão obteve um valor de alfa inferior, ao passo que as subescalas da amabilidade e do neuroticismo mostraram valores de alfa semelhantes ou superiores. As dimensões da conscienciosidade e da abertura à experiência mostraram valores conforme os restantes estudos.

Na Tabela 6 estão discriminados os valores da média, do desvio padrão e do alfa de *Cronbach* para cada questão do CBI, assim como para cada uma das suas três subescalas e para a escala como um todo.

Tabela 6. Valores de média, desvio padrão e alfa de *Cronbach* para cada fator da escala do CBI, subescala e escala total.

	Média	Desvio Padrão	Alfa de <i>Cronbach</i> (se o item for excluído)
<i>Burnout pessoal</i>			
Com que frequência se sente cansado/a?	63,79	21,184	0,946
Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	57,24	23,364	0,945
Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	58,41	22,451	0,945
Com que frequência pensa: “Eu não aguento mais isto”?	41,71	28,118	0,945
Com que frequência se sente fatigado/a?	64,25	19,714	0,946
Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	42,87	23,588	0,946
Total subescala	328,27	114,094	0,902
<i>Burnout relacionado com o trabalho</i>			
O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	71,38	23,767	0,948
Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	59,35	27,837	0,944
O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?	47,20	26,277	0,946
Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	63,43	23,562	0,945
Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	47,66	29,577	0,944
Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	48,48	23,500	0,944
Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	42,99	24,054	0,950

Total subescala	380,49	135,256	0,874
<i>Burnout</i> relacionado com o utente			
Acha difícil trabalhar com utentes?	49,30	29,957	0,948
Acha frustrante trabalhar com utentes?	35,05	27,054	0,947
Trabalhar com utentes deixa-o/a sem energia?	44,98	27,851	0,944
Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	66,82	29,226	0,950
Está cansado de trabalhar com utentes?	39,60	26,975	0,945
Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	53,27	27,426	0,945
Total subescala	289,02	132,362	0,875
Total escala CBI	997,78	352,445	0,949

Individualmente, tal como no caso do BFI, todas as variáveis correspondentes às perguntas do inquérito apresentam valores de alfa superiores a 0,7, sendo, neste caso, todos superiores a 0,9, mostrando um nível de fiabilidade excelente. O valor mais elevado foi de 0,950 (questões “Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?” e “Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?”), tendo sido o menor de 0,944 (questões “Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?”, “Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?”, “Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?” e “Trabalhar com utentes deixa-o/a sem energia?”). Para o conjunto de itens do *Burnout* pessoal, o alfa foi de 0,902 (o mais elevado das três subescalas, indicando uma fiabilidade excelente), a média de 328,27 e o desvio padrão de 114,094. No que diz respeito aos itens do *Burnout* relacionado com o trabalho, o alfa foi de 0,874 (o mais baixo das três subescalas, apresentando, ainda assim, uma boa fiabilidade), a média de 380,49 e o desvio padrão de 135,256. Por último, para os itens do *Burnout* relacionado com o utente, o alfa foi de 0,875 (boa fiabilidade), a média de 289,02 e o desvio padrão de 132,362. Relativamente à escala do CBI como um todo, o alfa foi de 0,949 (fiabilidade excelente), a média de 997,78 e o desvio padrão de 352,445.

Estes valores do coeficiente de alfa de *Cronbach* foram, da mesma forma, de encontro ao esperado. O estudo original para este inquérito obteve valores de alfa que variaram entre 0,85 (para o *Burnout* relacionado com o cliente) e 0,87 (para o *Burnout* pessoal e relacionado com o trabalho) (Kristensen et al., 2005). Fonte (2011), no seu trabalho de adaptação e validação do CBI para português, obteve valores de alfa de 0,845 para o *Burnout* pessoal, de 0,866 para o *Burnout* relacionado com o trabalho e de 0,843 para o *Burnout* relacionado com o utente (Fonte, 2011).

Genericamente, os valores de alfa de *Cronbach* do presente estudo foram ligeiramente mais elevados do que comparando com ambos os trabalhos referidos anteriormente, ainda que muito idênticos a estes.

4.3 Estatística descritiva das escalas BFI e CBI

A análise estatística descritiva das questões individuais das escalas BFI e CBI encontram-se apresentadas detalhadamente no Apêndice V – Anexos análise estatística.

Na Tabela 7 reúne-se a análise dos *scores* das cinco dimensões do BFI, incluindo os valores médios, o intervalo [máx-mín] e o desvio padrão.

Tabela 7. Análise estatística descritiva das cinco escalas do BFI.
[máx-mín]: intervalo máximo-mínimo.

Análise estatística descritiva - BFI <i>score</i>			
Questão	Média	[máx-mín]	Desvio Padrão
BFI <i>Extraversion scale score</i>	3,42	[4,88-2,13]	0,55
BFI <i>Agreeableness scale score</i>	4,14	[5-2,44]	0,52
BFI <i>Conscientiousness scale score</i>	4,18	[5-2,67]	0,51
BFI <i>Neuroticism scale score</i>	3,04	[4,88-1,5]	0,70
BFI <i>Openness scale score</i>	3,58	[5-2]	0,53

No que diz respeito às subescalas do BFI, as que obtiveram maior pontuação foram a da conscienciosidade e a da amabilidade, com médias de 4,18 (variando entre 2,67 e 5) e 4,14 (oscilando entre 2,44 e 5), respetivamente. A estas seguiu-se a abertura à experiência, com média de 3,58 (com valor mínimo de 2 e máximo de 5) e, por último, a da extroversão e do neuroticismo, com médias de 3,42 (variando entre 2,13 e 4,88) e 3,04 (com valores compreendidos entre 1,5 e 4,88), respetivamente (Tabela 7).

Um estudo que aplicou o BFI na sua metodologia obteve valores médios nas cinco dimensões que variaram entre 2,51 e 3,90 (2,51 para o neuroticismo, 3,41 para a abertura à experiência, 3,57 para a extroversão e 3,90 para a amabilidade e para a conscienciosidade) (Prins et al., 2019). Outros investigadores, num estudo com duas amostras de participantes de Espanha e dos Estados unidos da América, apresentaram valores médios entre 3,0 e 3,8 (3,4 e 3,2 para a extroversão, 3,8 para a

amabilidade em ambas as amostras, 3,5 e 3,6 para a conscienciosidade, 3,2 e 3,0 para o neuroticismo e 3,8 e 3,7 para a abertura à experiência, respetivamente) (Benet-Martinez & John, 1998).

Assim, conclui-se que os valores obtidos são semelhantes aos da literatura, já que, em todos os estudos, o neuroticismo é a subescala que apresenta valores médios mais baixos e a amabilidade e a conscienciosidade mostram os valores médios mais elevados.

Na Tabela 8 encontra-se a análise dos *scores* das três dimensões do CBI, incluindo os valores médios, o intervalo [máx-mín] e o desvio padrão.

Tabela 8. Análise estatística descritiva das três escalas do CBI.
[máx-mín]: intervalo máximo-mínimo,

Análise estatística descritiva - <i>Scores</i> e valores CBI			
Questão	Média	[máx-mín]	Desvio Padrão
<i>Score Burnout</i> pessoal	54,71	[100-0]	19,02
<i>Score Burnout</i> relacionado com o trabalho	54,36	[100-0]	19,32
<i>Score Burnout</i> relacionado com o utente	48,17	[100-0]	22,06

Em relação às subescalas do CBI, o *score* do *Burnout* pessoal mostrou-se positivo e foi o que obteve pontuação mais elevada (média de 54,71, variando entre 0 e 100). Também com valores positivos e muito próximos do anterior, salienta-se o *score* do *Burnout* relacionado com o trabalho (média de 54,36, com valores mínimos de 0 e máximos de 100). Por último, o *score* do *Burnout* relacionado com o utente mostra uma média negativa, mas com valores muito próximos do ponto de coorte (ou seja, 50) (média de 48,17, oscilando também entre 0 e 100) (Tabela 8). Apesar disso, 110 participantes obtiveram pontuações superiores ou iguais a 50 (51,4%) e 104 pontuaram com valores inferiores a este (48,6%) (conforme os dados mais detalhados apresentados no Apêndice V – Anexos análise estatística).

De acordo com os valores da estatística descritiva das dimensões do CBI, é possível verificar que existe a perceção de elevados níveis de *Burnout* (pessoal, relacionado com o trabalho e com o utente) nos profissionais de saúde da instituição hospitalar em causa que exerceram funções em áreas COVID-19. Como referido previamente, as médias dos *scores* de *Burnout* pessoal e de *Burnout* relacionado com o trabalho mostram que existe a perceção de um nível elevado desta síndrome entre os profissionais deste hospital que trabalharam em áreas COVID-19 durante as várias fases da pandemia. Em relação ao *Burnout* relacionado com o utente, apesar de ter obtido um valor médio

abaixo de 50 (ainda que muito próximo deste), nota-se que grande parte dos trabalhadores pontuou acima deste valor, pelo que se pode assumir que existe também *Burnout* relacionado com o utente na maioria dos colaboradores desta instituição (embora seja em pontuações ligeiramente menores que nas subescalas anteriores).

Estes resultados são os esperados através da literatura onde foi utilizado o CBI, uma vez que já outros estudos obtiveram valores mais elevados nas dimensões do *Burnout* pessoal e relacionado com o trabalho comparativamente com o *Burnout* relacionado com o utente, verificando-se esta tendência já conhecida em profissionais do setor hospitalar (Fonte, 2011; Kristensen et al., 2005). Os valores médios aqui obtidos nas três escalas foram superiores aos registados por outros autores, nomeadamente pelos investigadores do estudo original PUMA (Fonte, 2011; Kristensen et al., 2005; Veloso, 2020). Isto pode ser justificado pelas condições de trabalho instáveis e adversas a que os indivíduos desta amostra estiveram sujeitos, já que a recolha de dados remeteu para o contexto da pandemia da COVID-19. De facto, trabalhos anteriores referiram o risco da ocorrência e a prevalência de síndrome de *Burnout* em profissionais de saúde durante a COVID-19 devido a todas as alterações das condições laborais e consequências da doença já mencionadas na revisão da literatura (Duarte et al., 2020; Jalili et al., 2021; Lange, 2021; Veloso, 2020).

4.4 Estudo da normalidade das distribuições

Uma vez que a amostra do estudo é constituída por mais de 30 participantes ($n=214$) não seria essencial recorrer ao estudo da normalidade das variáveis, já que se assume a igualdade das variâncias (Simões, 2016). Ainda assim, optou-se por efetuar um estudo da normalidade das distribuições para as variáveis quantitativas, tendo este sido realizado através do teste *Kolmogorov-Smirnov* com correção de *Lilliefors* (uma vez que a amostra do estudo é consideravelmente grande) (Bryman & Bell, 2007; Coutinho, 2013).

O nível de significância (α) corresponde à probabilidade que é estabelecida como limiar de aceitação/rejeição das hipóteses. Os investigadores em Ciências Sociais e em Educação utilizam, frequentemente, um nível de significância de 0,5 ou 5% para aceitar/rejeitar as hipóteses, sendo este o nível máximo aceitável estabelecido pela maioria dos investigadores. Isto significa que apenas 5% dos resultados obtidos serão fruto do acaso, tendo os restantes significância estatística. Assim, a

probabilidade de erro, ou seja, inferir que existe relação entre duas variáveis quando na verdade não existe, será igual ou inferior a 5% (p, ou seja, valor prova, menor ou igual a 0,05 significa que há relação) (Bryman & Bell, 2007; Coutinho, 2013).

Desta forma, tendo em conta um nível de significância de 0,05, as variáveis com um nível de significância igual ou inferior a 0,05 (valor prova $p \leq 0,05$) foram consideradas como tendo distribuição não normal e as variáveis com um nível de significância superior a 0,05 (valor prova $p > 0,05$) foram consideradas como tendo distribuição normal (Santos, 2011).

Na Tabela 9 encontram-se os testes da normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* para as variáveis quantitativas do estudo.

Tabela 9. Testes da normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* para as variáveis quantitativas do estudo.

*Correlação de Significância de *Lilliefors*; **Este é um limite inferior da significância verdadeira.

	<i>Kolmogorov-Smirnov</i> *	<i>Shapiro-Wilk</i>
Idade	0,063	0,011
Tempo de exercício na profissão (anos)	0,001	<0,001
Por mês, quantos fins de semana trabalhava, em média?	<0,001	<0,001
Por mês, quantas noites trabalhava, em média?	<0,001	<0,001
BFI <i>Extraversion scale score</i>	0,004	0,112
BFI <i>Agreeableness scale score</i>	<0,001	<0,001
BFI <i>Conscientiousness scale score</i>	<0,001	<0,001
BFI <i>Neuroticism scale score</i>	<0,001	0,002
BFI <i>Openness scale score</i>	0,073	0,098
<i>Score Burnout</i> pessoal	0,200**	0,178
<i>Score Burnout</i> relacionado com o trabalho	0,091	0,309
<i>Score Burnout</i> relacionado com o utente	0,079	0,065

Segundo o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, as variáveis “Idade”, “BFI *Openness scale score*” e os três scores do CBI (“*Score Burnout* pessoal”, “*Score Burnout* relacionado com o trabalho” e “*Score Burnout* relacionado com o utente”), seguem a distribuição normal, uma vez que obtiveram valores superiores a 0,05. A variável “BFI *Extraversion scale score*” mostra um valor através do *Kolmogorov-Smirnov* de 0,004 o que, por este teste, não seguirá distribuição normal. No entanto, através do teste de *Shapiro-Wilk*, esta variável segue uma distribuição normal, já que apresenta um valor superior a 0,05. Para esta variável foram também calculados os valores dos coeficientes de assimetria e de curtose, tendo-se obtido valores de 0,705 e -0,731, respetivamente. Assim, assumiu-se que esta variável não possui desvios de assimetria e de curtose consideráveis nem uma assimetria significativa e

aceitou-se o cumprimento do seguimento da distribuição normal. Por sua vez, as variáveis “Tempo de exercício na profissão (anos)”, “Por mês, quantos fins de semana trabalhava, em média?”, “Por mês, quantas noites trabalhava, em média?”, “BFI *Agreeableness scale score*”, “BFI *Conscientiousness scale score*” e “BFI *Neuroticism scale score*” não seguem uma distribuição normal, já que obtiveram valores inferiores a 0,05 (Tabela 9).

É importante salientar que as três dimensões do CBI representam variáveis contínuas que seguem uma distribuição normal, pelo que se aplicam os testes paramétricos (Easterby-Smith et al., 2018).

4.5 Relação entre *Burnout* e traços de personalidade

O segundo objetivo do estudo visa analisar a relação entre a perceção de *Burnout* e determinadas dimensões da personalidade, em particular os traços de personalidade do Modelo dos Cinco Grandes Fatores (BFI) (neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade e conscienciosidade) nos profissionais de saúde que trabalharam nas áreas COVID-19.

Para tal, procedeu-se à análise bivariada, tendo por base uma matriz de correlação linear recorrendo-se à análise dos coeficientes de correlação de *Pearson* e de *Spearman*. A correlação determina a força ou intensidade de uma associação entre duas variáveis. Estes coeficientes apresentam valores que variam entre de -1 e 1, sendo que 1 significa uma correlação positiva perfeita (pontuações altas/baixas numa variável significa pontuações altas/baixas na outra), -1 significa uma correlação negativa perfeita (pontuações altas numa variável significa pontuações baixas noutra variável e vice-versa) e 0 significa que não há uma associação clara entre as variáveis. Quanto mais próximo de -1 ou de 1, mais forte serão as associações (Easterby-Smith et al., 2018; Pestana & Gageiro, 2008; D. Santos, 2011).

Desta forma, o *r* de *Pearson* foi utilizado para analisar correlações lineares entres as dimensões do CBI (*Burnout* pessoal, *Burnout* relacionado com o trabalho e *Burnout* relacionado com o utente) e as restantes dimensões quantitativas do BFI que seguem a distribuição normal, sendo elas: “BFI *Extraversion scale score*” e “BFI *Openness scale score*”. Por sua vez, o *r* de *Spearman* foi utilizado para analisar correlações entres as dimensões do CBI (*Burnout* pessoal, *Burnout* relacionado com o trabalho e *Burnout* relacionado com o utente) e as dimensões quantitativas do BFI que não seguem a

distribuição normal (já que este teste não impõe restrições), ou seja: “BFI *Agreeableness scale score*”, “BFI *Conscientiousness scale score*” e “BFI *Neuroticism scale score*”.

A Tabela 10 apresenta as variáveis do CBI e do BFI com correlações significativas obtidas através do r de *Pearson* e do r de *Spearman*, ou seja, mostra os traços de personalidade que apresentam correlações significativas com as três dimensões do *Burnout*.

Tabela 10. Correlações significativas entre as dimensões do CBI e do BFI.

¹ Valores e r de *Pearson*; ² Valores de r de *Spearman*; *A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades); ** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

v Subescalas CBI	Variáveis >			
	<i>BFI Extraversion scale score</i> ¹	<i>BFI Agreeableness scale score</i> ²	<i>BFI Neuroticism scale score</i> ²	<i>BFI Openness scale score</i> ¹
<i>Score Burnout</i> pessoal	-0,177**	-0,281**	0,516**	-0,210**
<i>Score Burnout</i> relacionado com o trabalho	-0,157*	-0,238**	0,456**	-0,169*
<i>Score Burnout</i> relacionado com o utente		-0,206**	0,356**	

Dos cinco traços de personalidade, aquelas que apresentaram correlações significativas com as três dimensões do CBI são os seguintes: “BFI *Extraversion scale score*”, “BFI *Agreeableness scale score*”, “BFI *Neuroticism scale score*” e “BFI *Openness scale score*” (ou seja, quatro das cinco dimensões do BFI).

A dimensão da extroversão, ainda que em valores um pouco fracos, apresenta correlação negativa com o *Burnout* pessoal ($r=-0,177$) e com o *Burnout* relacionado com o trabalho ($r=-0,157$, sendo esta a correlação mais baixa encontrada na matriz de correlação). Isto significa que indivíduos com mais características de personalidade associadas à extroversão apresentam menores valores de *Burnout* pessoal e de *Burnout* relacionado com o trabalho.

Por sua vez, a dimensão da amabilidade apresenta correlação negativa com *Burnout* pessoal ($r=-0,281$), *Burnout* relacionado com o trabalho ($r=-0,238$) e *Burnout* relacionado com o utente ($r=-0,206$). Isto significa que indivíduos com mais características de personalidade associadas à amabilidade apresentam menores valores nas três dimensões do CBI.

A dimensão do neuroticismo apresenta boas correlações positivas com o *Burnout* pessoal ($r=0,516$, sendo esta a correlação mais alta encontrada na matriz de correlações), *Burnout* relacionado com o trabalho ($r=0,456$) e *Burnout* relacionado com o utente ($r=0,356$). Isto significa que indivíduos

com mais características de personalidade associadas ao neuroticismo apresentam maiores valores nas três dimensões do CBI.

Por fim, em relação à dimensão da abertura à experiência, nota-se uma correlação negativa com o *Burnout* pessoal ($r=-0,210$) e com o *Burnout* relacionado com o trabalho (ainda que seja uma correlação um pouco baixa) ($r=-0,169$). Isto significa que indivíduos com mais características de personalidade associadas à abertura à experiência apresentam menores valores de *Burnout* pessoal e de *Burnout* relacionado com o trabalho.

De referir ainda que apenas a dimensão da conscienciosidade do BFI não apresentou correlações estatisticamente significativas com nenhuma das dimensões do CBI.

Como descrito previamente na revisão da literatura, era de esperar uma correlação positiva entre o neuroticismo e o *Burnout* e uma correlação negativa entre a extroversão, a conscienciosidade, a amabilidade e a abertura à experiência e o *Burnout*. Em estudos que recorrem à escala do MBI, o neuroticismo relaciona-se com dimensão do esgotamento profissional, tendo em conta que se associa a fatores como medo, ansiedade, insegurança, nervosismo, emoções instáveis e situações negativas. Pelo contrário, a extroversão associa-se a menor depressão e exaustão emocional, a conscienciosidade a menor depressão, a amabilidade a menor despersonalização e a abertura à experiência a menores níveis de *stress* (Lubbadeh, 2020; Parent-Lamarche & Marchand, 2019; Prins et al., 2019; Santos & Mustafa, 2016). Assim, com a exceção da dimensão da conscienciosidade, os resultados obtidos nas correlações entre o CBI e o BFI apresentaram-se de acordo com o previsto.

Em suma, os resultados mostram que existe uma associação entre a perceção da presença de síndrome de *Burnout* e quatro dos principais traços de personalidade, já que a conscienciosidade não mostrou correlação com o CBI. Por sua vez, o neuroticismo apresenta correlações positivas com as três dimensões do CBI, a extroversão e a abertura à experiência mostram correlações negativas com o *Burnout* pessoal e o *Burnout* relacionado com o trabalho e, por fim, a amabilidade apresenta correlações negativa com as três dimensões do CBI. Assim, indivíduos com traços de personalidade mais vinculados nas dimensões da extroversão, da abertura à experiência e da amabilidade apresentam valores menores de *Burnout* do que aqueles que têm mais características relacionadas com o neuroticismo.

4.6 Relação entre *Burnout* e variáveis sociodemográficas, laborais e específicas da COVID-19

De forma a concretizar o terceiro objetivo, estudou-se a associação entre os *scores* do *Burnout* obtidos para cada uma das dimensões (*Burnout* pessoal, *Burnout* relacionado com o trabalho e *Burnout* relacionado com o utente) com as restantes variáveis sociodemográficas, profissionais e específicas da época da COVID-19.

Com o objetivo de analisar a associação as dimensões do CBI (*Burnout* pessoal, *Burnout* relacionado com o trabalho e *Burnout* relacionado com o utente) e as variáveis categóricas com duas possibilidades de resposta utilizou-se o teste t de *Student* para amostras independentes. Por sua vez, para analisar a associação entre as dimensões do CBI (*Burnout* pessoal, *Burnout* relacionado com o trabalho e *Burnout* relacionado com o utente) e as variáveis categóricas com múltiplas possibilidades de resposta utilizou-se o teste de análise da variância (ANOVA). Por último, para analisar a associação entre as dimensões do CBI (*Burnout* pessoal, *Burnout* relacionado com o trabalho e *Burnout* relacionado com o utente) e as restantes variáveis contínuas realizaram-se correlações com a análise dos coeficientes de *Pearson* e de *Spearman* (Coutinho, 2013; Easterby-Smith et al., 2018).

A homogeneidade das variâncias no teste t de *Student* e na ANOVA foi analisada pelo Teste de *Levene* para a igualdade de variâncias, sendo que as variâncias são consideradas homogéneas quando, para um nível de significância de 0,05, se obtém um valor prova superior a 0,05 ($p > 0,05$) (Santos, 2011).

O teste t de *Student* é um teste de hipóteses que estabelece uma comparação de médias entre dois grupos (Easterby-Smith et al., 2018). Neste teste as três dimensões do CBI atuaram como variáveis dependentes contínuas e as restantes questões como variáveis independentes categóricas. Para um nível de significância de 5%, um valor de prova (Sig. Bilateral ou *2-tailed* no programa SPSS) igual ou inferior a 0,05 ($p \leq 0,05$) diz que existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos, ao invés de um valor prova superior a 0,05 ($p > 0,05$) que conclui que não existem diferenças estatisticamente significativas (Simões, 2016; Vala et al., 2017).

Assim, o teste t de *Student* foi utilizado para analisar diferenças de médias entres as dimensões do CBI (*Burnout* pessoal, *Burnout* relacionado com o trabalho e *Burnout* relacionado com o utente) e as seguintes variáveis: “Género”, “Tem filhos”, “Exerceu funções no [nome do hospital] na 1ª vaga da COVID-19?”, “Desempenhava funções noutros locais de trabalho?”, “Passou a viver sozinho ou

deslocou-se da rua residência habitual nessa época?”, “Considera que tinha conhecimento suficiente sobre a COVID-19?” e “Considera que existiam EPI’s suficientes?”.

A Tabela 11 enuncia as variáveis com diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) obtidas através do teste t de *Student*.

Tabela 11. Variáveis com diferenças estatisticamente significativas obtidas através do teste t de *Student*.
p: valor prova; Fi: frequência absoluta; DP: desvio padrão.

Subescala CBI	Variável categórica	p	Opções	Fi	Média	DP
<i>Score Burnout</i> pessoal	Considera que existiam EPI's suficientes?	0,002	Sim	127	51,35	19,899
			Não	87	59,63	16,561
<i>Score Burnout</i> relacionado com o trabalho	Considera que existiam EPI's suficientes?	0,009	Sim	127	51,53	19,831
			Não	87	58,50	17,867
<i>Score Burnout</i> relacionado com o utente	Considera que existiam EPI's suficientes?	0,005	Sim	127	44,69	22,448
			Não	87	53,26	20,564
	Tem filhos?	0,019	Sim	138	45,56	21,360
			Não	76	52,91	22,659

Assim, conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas nos valores de *Burnout* pessoal, *Burnout* relacionado com o trabalho e *Burnout* relacionado com o utente entre os indivíduos que consideram que existiam EPI’s suficientes no meio hospitalar na época da COVID-19 que consideraram mais complicada e os que acham o contrário ($p=0,002$, $p=0,009$ e $p=0,019$, respetivamente). Aqueles que consideram que existiam poucos EPI’s (87 participantes) apresentaram valores médios mais elevados em todas as dimensões do CBI (médias de 59,63 para o *Burnout* pessoal, de 58,50 para o *Burnout* relacionado com o trabalho e de 53,26 para o *Burnout* relacionado com o utente) em comparação com aqueles que afirmam ter tido acesso aos EPI’s necessários (127 participantes) (médias de 51,35 para o *Burnout* pessoal, de 51,53 para o *Burnout* relacionado com o trabalho e de 44,69 para o *Burnout* relacionado com o utente).

Da mesma for, existem diferenças estatisticamente significativas nos valores de *Burnout* relacionado com o utente quando associada à parentalidade, já que indivíduos que têm filhos (138 participantes) apresentam níveis médios nesta dimensão mais baixos (média de 45,56) do que aqueles que não têm filhos (76 participantes com pontuações médias de 52,91).

Estes resultados são semelhantes aos observados noutros estudos de *Burnout* nos profissionais de saúde durante a COVID-19 onde a falta de disponibilização de EPI’s se relaciona positiva e

significativamente com as três dimensões do *Burnout* do CBI, assim como a ausência de filhos (já que pessoas com filhos menores apresentaram menores valores nas dimensões do CBI) (Velo, 2020; Vindegaard & Benros, 2020).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas restantes questões analisadas com o teste t de *Student*, ao contrário do que seria esperado (por exemplo, na questão do género, onde estudos apontam que mulheres poderão estar mais propensas ao desenvolvimento de *Burnout*, assim como é o caso daqueles que vivem sozinhos e dos profissionais que consideram ter pouco conhecimento sobre a COVID-19) (Velo, 2020; Vindegaard & Benros, 2020).

Por sua vez, a ANOVA corresponde à análise da variância e é um teste de hipóteses que estabelece a comparação de médias de mais de dois grupos (Easterby-Smith et al., 2018). Uma vez que a ANOVA indica a existência de diferenças entre médias sem mencionar qual das médias é diferente, nos casos em que a ANOVA confirmou essa diferença recorreu-se ao teste *post-hoc* de comparações múltiplas de *Tukey* por se considerar ser o mais robusto a desvios de normalidade e homogeneidade das variâncias (tendo, por isso, pouca possibilidade de erros) (Simões, 2016) ou de *Gabriel*, nos casos em que as classes eram constituídas por uma quantidade de indivíduos consideravelmente diferente. Aqui, as três dimensões do CBI atuaram como variáveis dependentes contínuas e as restantes questões como variáveis independentes categóricas. Da mesma forma que no teste anterior, tanto para a ANOVA como para o teste de *Tukey* e para o teste de *Gabriel*, para um nível de significância de 5%, um valor de prova igual ou inferior a 0,05 ($p \leq 0,05$) diz que existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos, ao invés de um valor prova superior a 0,05 ($p > 0,05$) que conclui que não existe diferenças estatisticamente significativas (Simões, 2016; Vala et al., 2017).

Desta forma, a ANOVA foi utilizada para analisar diferenças de médias entre as dimensões do CBI (*Burnout* pessoal, *Burnout* relacionado com o trabalho e *Burnout* relacionado com o utente) e as seguintes variáveis: “Estado civil”, “Categoria profissional”, “Habilitações literárias”, “Departamento onde, maioritariamente, exercia funções”, “Com que frequência realizou turnos em áreas COVID-19?”, “Quantidade de horas de trabalho semanais que realizava no [nome do hospital], em média”, “Qual o seu regime de trabalho?”, “Com que frequência visitava os seus amigos/familiares/pessoas mais próximas?”, “Tinha receio de ser infetado com a doença?” e, por último, “Tinha receio de ser veículo de transmissão da doença?”.

A Tabela 12 enumera as variáveis com diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) obtidas através da ANOVA.

Tabela 12. Variáveis com diferenças estatisticamente significativas obtidas através da ANOVA.

¹ *Post-hoc* com recursos ao teste de *Tukey*; ² *Post-hoc* com recursos ao teste de *Gabriel*; *A diferença média é significativa no nível 0.05; p: valor prova; Fi: frequência absoluta; DP: desvio padrão.

Subescala CBI	Variável categórica	p ANOVA	Opções	Fi	Média	DP	<i>Post-hoc</i>	p <i>post-hoc</i> *	
<i>Score Burnout</i> pessoal	Quantidade de horas de trabalho semanais que realizava no [nome do hospital], em média	0,015	< 35 h	16	50,78	19,138	Cerca de 35 h +	0,028 ¹	
			Cerca de 35 h	60	48,68	20,833	Cerca de 40 h		
			Cerca de 40 h	73	57,82	17,512	Cerca de 35 h +		0,036 ¹
			> 40 h	65	57,76	17,722	> 40 h		
<i>Score Burnout</i> relacionado com o trabalho	Quantidade de horas de trabalho semanais que realizava no [nome do hospital], em média	0,001	< 35 h	16	47,54	18,568	Cerca de 35 h +	0,017 ¹	
			Cerca de 35 h	60	47,44	19,891	Cerca de 40 h		
			Cerca de 40 h	73	57,14	18,230	Cerca de 35 h +		0,003 ¹
			> 40 h	65	59,29	18,252	> 40 h		
	Com que frequência visitava os seus amigos/familiares/pessoas mais próximas?	0,023	Nunca	98	56,74	18,589	Nunca + Frequentemente	0,039 ²	
			Raramente	76	55,97	18,685			
			Às vezes	21	47,62	17,833			
			Frequentemente	14	42,35	18,311			
			Sempre	5	45,00	35,138			

Assim, conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas nos valores de *Burnout* pessoal e de *Burnout* relacionado com o trabalho quando associados com a quantidade de horas de trabalho semanais (p=0,015 e 0,001, respetivamente). De facto, na generalidade, nota-se um agravamento nos valores de *Burnout* em ambas as dimensões à medida que a carga horária aumenta. Para o *Burnout* pessoal, o teste de *Tukey* mostrou que as diferenças significativas se encontram entre aqueles que trabalham cerca de 35 horas semanais (60 participantes com valores médios de 48,68) e aqueles que trabalham cerca de 40 horas semanais (73 participantes com valores médios de 57,82) (p *post-hoc*=0,028) e mais que 40 horas semanais (65 participantes com valores médios de 57,76) (p *post-hoc*=0,036). Relativamente ao *Burnout* relacionado com o trabalho, verifica-se algo semelhante, já que as diferenças estatisticamente significativas também aparecem entre os que trabalham cerca de 35 horas semanais (60 participantes com valores médios de 47,44) e cerca de 40 horas (73 participantes com valores médios de 57,14) (p *post-hoc*=0,017) e mais que 40 horas semanais (65 participantes com valores médios de 59,29) (p *post-hoc*=0,003).

Da mesma forma, existem diferenças estatisticamente significativas nos valores de *Burnout* relacionado com o trabalho quando comparado com a frequência de contacto dos profissionais com amigos/familiares/pessoas mais próximas na época da COVID-19 ($p=0,023$). Efetivamente, o teste de *Gabriel* mostra que a diferença se encontra entre aqueles que afirmam que nunca mantinham esse tipo de contactos (98 participantes com valores médios de 56,74) e aqueles que mantinham esse contacto frequentemente (14 participantes com valores médios de 42,35) ($p_{post-hoc}=0,039$).

Estes resultados são semelhantes aos apontados na revisão da literatura, já que uma maior carga horária se associa a maior fadiga e esgotamento e, portanto, a níveis mais elevados de *Burnout* (Gomes et al., 2021; Gonçalves & Gonçalves, 2017; Lubbadah, 2020; van der Wal et al., 2018; Veloso, 2020). Viver sozinho é um fator que contribui para o aparecimento de *Burnout*, o que poderá estar relacionado com o estabelecimento de menos relações sociais e menor contacto com pessoas mais próximos, interligando-se com os resultados obtidos na questão da frequência de contacto dos profissionais com amigos/familiares/pessoas mais próximas na época da COVID-19 (Veloso, 2020; Vindegaard & Benros, 2020).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas restantes questões analisadas com a ANOVA, ao contrário do que era esperado. Indivíduos solteiros, enfermeiros e médicos, profissionais com maior grau de habilitações literárias, aqueles que trabalham por turnos e que têm mais receio de ser infetado ou de transmitir a doença tendem a apresentar níveis mais elevados de *Burnout* do que os restantes indivíduos (Costa et al., 2020; Dias, 2012; Marôco et al., 2016; Marques-Pinto et al., 2021; Murcho & Pacheco, 2020; Santos, 2015; Veloso, 2020; Vindegaard & Benros, 2020).

Relativamente à análise das correlações entre as dimensões do CBI (*Burnout* pessoal, *Burnout* relacionado com o trabalho e *Burnout* relacionado com o utente) e as restantes variáveis quantitativas do estudo, recorreu-se ao r de *Pearson* para a variável “Idade” (já que segue uma distribuição normal) e utilizou-se o r de *Spearman* para as variáveis quantitativas que não seguem a distribuição normal, sendo elas: “Tempo de exercício na profissão (anos)”, “Por mês, quantos fins de semana trabalhava, em média?”, “Por mês, quantas noites trabalhava, em média?”.

A única variável que mostrou correlações estatisticamente significativas com o *Burnout* foi “Por mês, quantas noites trabalhava, em média?”. Esta apresenta correlação positiva com a dimensão do *Burnout* relacionado com o trabalho, mostrando que mais horas de trabalho noturno se associa a maiores níveis de *Burnout* relacionado com o trabalho, apesar do valor de r indicar que essa associação é um pouco fraca ($r=0,183$).

Estes resultados eram os esperados para esta variável, uma vez que o trabalho noturno se associa positivamente com o *Burnout*, tendo isto já sido descrito por outros investigadores (Dias, 2012; Marques-Pinto et al., 2021; Murcho & Pacheco, 2020).

Por outro lado, não se verificaram correlações significativas entre as dimensões do CBI e a idade dos participantes, assim como o tempo de exercício na profissão e a quantidade de fins de semana trabalhados. Estudos que relacionam o *Burnout* com a idade têm, por vezes, resultados inconsistentes, mas alguns apontam para valores mais elevados deste em indivíduos mais jovens e com menos tempo de profissão, uma vez que estes fatores se relacionam com menor experiência profissional e estratégias de *coping* menos desenvolvidas para lidar com o *stress* ocupacional (Costa et al., 2020; Marôco et al., 2016; Santos, 2015; Veloso, 2020; Vindegaard & Benros, 2020). Da mesma forma, o trabalho em horários rotativos, que se relaciona com o trabalho aos fins de semana, costuma ser descrito como um fator associado ao *Burnout*, por aumentar a sobrecarga física, cognitiva e emocional dos profissionais (Marôco et al., 2016; Marques-Pinto et al., 2021; Murcho & Pacheco, 2020).

De acordo com os testes de comparação de médias e a análise bivariada, foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de *Burnout* e determinadas variáveis sociodemográficas, pessoais e laborais específicas da época da COVID-19 nos profissionais de saúde da instituição hospitalar em causa que exerceram funções em áreas COVID-19. É, no entanto, importante salientar que isto não acontece para todas as variáveis sociodemográficas, pessoais e laborais estudadas. De entre estas, apenas as variáveis “Tem filhos?” (inserida nas questões sociodemográficas), “Quantidade de horas de trabalho semanais que realizava no [nome do hospital], em média”, “Por mês, quantas noites trabalhava, em média?”, “Com que frequência visitava os seus amigos/familiares/pessoas mais próximas?” e “Considera que existiam EPI’s suficientes?” (inseridas nas questões laborais e relacionadas com a COVID-19) se associam de alguma forma com as dimensões do CBI. Relativamente à primeira, indivíduos que têm filhos apresentam níveis médios mais baixos de *Burnout* relacionado com o utente. Em relação à segunda, existem diferenças estatisticamente significativas nas médias dos valores de *Burnout* pessoal e *Burnout* relacionado com o trabalho entre os profissionais que exerciam funções durante cerca de 35 horas semanais e aqueles que trabalhavam cerca de 40 horas semanais ou mais (apresentando estes últimos valores mais elevados nas duas referidas escalas do CBI). Por sua vez, em relação à terceira variável, conclui-se que mais horas de trabalho noturno se associa a maiores níveis de *Burnout* relacionado com o trabalho. No caso da quarta variável, existem diferenças estatisticamente significativas nos valores das médias do *Burnout* relacionado com o trabalho entre aqueles que afirmam que nunca mantinham contacto com

amigos/familiares/pessoas mais próximas e aqueles que o faziam frequentemente (apresentando os primeiros maiores níveis de *Burnout* relacionado com o trabalho). Por fim, relativamente à última variável, indivíduos que consideram que não existiam EPI's suficientes no meio hospitalar na época da COVID-19 que percecionaram como mais complicada apresentaram valores mais elevados de *Burnout* pessoal, *Burnout* relacionado com o trabalho e *Burnout* relacionado com o utente do que os restantes participantes.

5. CONCLUSÃO

O *stress* ocupacional crónico e a sua possível e conseqüente evolução para síndrome de *Burnout* deve ser vista como um problema de saúde pública com danos importantes a nível físico e psicológico e com impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos (Bakusic et al., 2017; Lubbadah, 2020). Além de conseqüências a nível pessoal, são notórios os gastos em saúde, assim como os prejuízos em termos da qualidade dos serviços prestados, afetando o próprio cliente e a produtividade das empresas (impactando a sua economia e, conseqüentemente, a economia global) (Carmona-Barrientos et al., 2020; Dias, 2012; Santos, 2011).

Podendo estar presente em qualquer área de trabalho, esta síndrome mostra-se especialmente relevante em profissionais dos serviços sociais, nomeadamente em profissionais de saúde devido a fatores organizacionais, condições laborais e exigências ocupacionais que lhes estão inerentes (Costa et al., 2020; Marôco et al., 2016; Marques-Pinto et al., 2021; Murcho & Pacheco, 2020; Santos, 2011).

A forma como os indivíduos percecionam as condições laborais e a sua capacidade de tolerância e adaptação às fontes de *stress* pode ser condicionada pelas suas características intrínsecas, nomeadamente pelos traços de personalidade (Lubbadah, 2020; Parent-Lamarche & Marchand, 2019; Prins et al., 2019).

Relativamente ao SARS-CoV-2, há indicações dos seus efeitos nefastos a vários níveis e em diversos setores, seja de forma aguda ou prolongada, nomeadamente ao nível da saúde mental da população geral e no que diz respeito ao aumento de sintomas depressivos e de ansiedade. Estas conseqüências tornam-se ainda mais vincadas no caso dos profissionais de saúde devido a todas as alterações e exigências a nível pessoal e laboral a que estão sujeitos, já que estes estabelecem contacto direto e diário com a doença e com os seus efeitos (Velo, 2020; Vindegaard & Benros, 2020).

Assim, considera-se que a COVID-19, tendo em conta que constitui um tema atual, seja porque ainda não está erradicada, mas também pelas suas conseqüências, deve ser estudada de forma a ser mais bem compreendida. Da mesma forma, o *Burnout* deve ser investigado, já que apresenta uma crescente prevalência em Portugal e a nível mundial e que é condicionado por diversos fatores, sendo percecionado de forma distinta por cada indivíduo (Dias, 2012; Gonçalves & Gonçalves, 2017; Small Business Prices, 2021).

Em face do exposto, este estudo analisou a percepção quanto à possibilidade da presença de síndrome de *Burnout* (nas dimensões *Burnout* pessoal, *Burnout* relacionado com o trabalho e o *Burnout* relacionado com o utente) de profissionais de saúde que atuaram em áreas COVID-19 de um hospital da região Norte de Portugal. Investigou também as associações entre essa percepção e os traços de personalidade do Modelo dos Cinco Grandes Fatores, assim como entre essa percepção e determinadas variáveis sociodemográficas, pessoais e laborais específicas da época da pandemia.

De acordo com a análise dos dados apresentada previamente, é possível afirmar que existe percepção de elevados níveis de *Burnout* (pessoal, relacionado com o trabalho e com o utente) nos profissionais de saúde da instituição hospitalar em causa que exerceram funções em áreas COVID-19.

Concluiu-se ainda que a percepção de elevados níveis de *Burnout* está, nos indivíduos da amostra recolhida, associada a certos traços de personalidade, nomeadamente ao neuroticismo (correlação positiva), à extroversão, à abertura à experiência e à amabilidade (correlações negativas). Assim, indivíduos com traços de personalidade mais vinculados nas dimensões da extroversão, da abertura à experiência e da amabilidade apresentam valores menores de *Burnout* do que aqueles que têm mais características relacionadas com o neuroticismo.

Verificou-se ainda que a percepção de elevados níveis de *Burnout* está relacionada com determinadas variáveis sociodemográficas, pessoais e laborais específicas da época da COVID-19. De forma particular, o facto de os profissionais não terem filhos, de terem uma carga horária semanal maior, de realizarem, mensalmente, mais turnos em horário noturno, de conviverem com amigos/familiares/pessoas mais próximas com pouca frequência e de terem a percepção de que a quantidade de EPI's disponibilizada não é suficiente relacionam-se positivamente com alguma das três dimensões do *Burnout*.

Desta forma, apesar de alguns fatores predisponentes para o *Burnout* serem intrínsecos aos indivíduos, fixos e inalteráveis (como é o caso dos traços de personalidade), outros podem ser intervencionados, nomeadamente os organizacionais, dado que, na sua maioria, contribuem para a percepção de melhores recursos organizacionais e diminuição da exaustão emocional e da despersonalização (Marques-Pinto et al., 2021; Veloso, 2020).

Assim, mostra-se importante estudar a prevalência da síndrome de *Burnout* de forma a atuar na sua prevenção e evitar as suas consequências. As organizações devem estar atentas para a existência de sintomatologia relacionada com o *Burnout* entre os profissionais, da mesma forma que devem ser implementadas medidas preventivas e de apoio aos trabalhadores com vista a melhorar não só o seu bem-estar, mas também os seus resultados e, conseqüentemente, a produtividade e os gastos das

organizações. No caso específico da COVID-19, o suporte organizacional deve ser avaliado regularmente não só durante, mas também após a pandemia, dado os efeitos desta a longo prazo e o seu agravamento com o passar do tempo (Dias, 2012; Sultana et al., 2020; Veloso, 2020).

É importante identificar e disseminar estratégias de *coping* eficazes e promover a qualidade de vida dos profissionais. Disponibilizar programas de apoio psicológico, assim como ferramentas de redução de *stress*, meditação, relaxamento e de aquisição de competências podem ser medidas importantes para o bem-estar dos profissionais (Dias, 2012; Veloso, 2020). Potenciais estratégias para lidar com o *stress*, prevenir o esgotamento e o *Burnout* em profissionais de saúde durante a COVID-19 podem passar por: conscientizar os profissionais de saúde sobre a existência e prevalência do *Burnout*; promover a saúde mental, nomeadamente o *Mindfulness* e as práticas de autocuidado; garantir o apoio e a disponibilização de serviços de saúde mental; fazer uso de plataformas digitais com o objetivo de evitar o esgotamento (por exemplo, na coordenação de horários e monitorização de hábitos de trabalho saudáveis) e, por último, criar um ambiente organizacional propício para a implementação de novas abordagens de trabalho (Sultana et al., 2020).

5.1 Limitações do estudo

Como todos os trabalhos de investigação, também este apresenta as suas limitações.

Primeiramente, o método de amostragem não determinística por conveniência apresenta uma limitação, já que possui uma generalização limitada, devendo ser tidas em conta as características organizacionais, sociais e culturais do meio onde é recolhida a amostra, neste caso, da região Norte de Portugal.

O viés de não resposta também ocorreu, tendo em conta que o questionário não foi preenchido por todos os indivíduos a quem foi divulgado, o que diminuiu o tamanho da amostra, tendo limitações a nível de comparação de dados e contribuindo também para a necessidade de precauções na generalização dos resultados obtidos. Da mesma forma, foram incluídos no estudo apenas os colaboradores que exerceram a sua atividade profissional de forma direta em áreas COVID-19, tendo sido excluídos os restantes. Isto contribui para os fatores descritos anteriormente já que estes trabalhadores estiverem também, ainda que em menor quantidade, expostos aos efeitos e consequências da pandemia.

Os questionários são ainda uma medida de avaliação subjetiva, existindo a possibilidade de as respostas serem controladas pelos participantes, podendo ocorrer o efeito da desejabilidade social. O *Burnout*, por ser um tema delicado, é passível de ser um fenómeno sensível a esse efeito.

As escalas do tipo *Likert* utilizadas em algumas das perguntas do questionário têm a limitação do efeito de tendência central, já que os indivíduos podem evitar responder nos extremos das escalas, optando por respostas intermédias de não opinião ou de não implicação, o que leva a enviesamentos.

O estudo tem também um carácter transversal, dizendo respeito a um único momento do tempo, apesar dos valores de *stress* ocupacional e de percepção de *Burnout* variarem com o tempo e com as condições laborais características de cada época.

Por último, tendo em conta que o projeto tratou informação relativa à saúde mental dos profissionais considerou-se importante que estes fossem notificados caso se verificasse a presença de sintomatologia relacionada com o *Burnout* nas suas respostas, de forma a serem direcionados a procurar ajuda especializada, sendo-lhes apresentadas algumas opções de escolha. No final do inquérito foi também oferecida a possibilidade de participação no sorteio de um incentivo monetário. Assim, apesar de se ter procedido à pseudoanonimização dos dados e de terem sido seguidos todos os procedimentos éticos e de confidencialidade dos dados exigidos, foi necessário, para aqueles que desejassem ser integrados em ambas as hipóteses anteriores, recolher um contacto pessoal do participante (contacto telefónico ou *email*).

Assim, conclui-se que, apesar das limitações apresentadas, o estudo permitiu tirar conclusões importante acerca da percepção da existência de *Burnout* entre os profissionais de saúde da instituição hospitalar em causa, assim como estabelecer relações entre esta e determinadas características pessoais, sociodemográficas e laborais relacionadas com a COVID-19. Espera-se que o trabalho contribua para uma melhor compreensão do *stress* laboral e das suas causas, de forma a possibilitar estratégias de intervenção de melhoria das condições organizacionais e da qualidade de vida e do bem-estar dos profissionais.

5.2 Sugestões para estudos futuros

Tendo em conta algumas das limitações do presente estudo anteriormente referidas, para trabalhos futuros, sugere-se a recolha de dados com base numa amostra mais alargada, incluindo

profissionais de várias zonas do país e aqueles que trabalharam não só direta, mas também indiretamente com a COVID-19, seja para estudar os níveis de *Burnout* destes últimos ou para estabelecer uma comparação entre a perceção da existência de sintomatologia relacionada com esta síndrome entre ambos os grupos.

Tendo em conta que os valores de *stress* ocupacional e a perceção de *Burnout* variam com o tempo e com as condições laborais de cada época, sugere-se que investigações futuras trabalhem ao nível da compreensão do efeito temporal na presença desta síndrome com estudos longitudinais.

Nota-se também a importância de analisar os efeitos diretos e indiretos da COVID-19 seja de forma aguda ou a longo prazo não só nos profissionais de saúde, mas também em relação à população geral, já que investigações neste âmbito são ainda escassas. Da mesma forma, estudos que relacionem medidas de intervenção preventivas com as taxas de *Burnout* são também essenciais, para que seja possível implementar estratégias eficazes de redução do *stress* a nível pessoal e institucional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmad, T., Haroon, Baig, M., & Hui, J. (2020). Coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic and economic impact. In *Pakistan Journal of Medical Sciences* (Vol. 36, Issues COVID19-S4, pp. S73–S78). <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2638>
- Bahçekapılı, E., & Karaman, S. (2020). A path analysis of five-factor personality traits, self-efficacy, academic locus of control and academic achievement among online students. *Knowledge Management and E-Learning, 12*(2), 191–208. <https://doi.org/10.34105/j.kmel.2020.12.010>
- Bakusic, J., Schaufeli, W., Claes, S., & Godderis, L. (2017). Stress , burnout and depression : A systematic review on DNA methylation mechanisms. *Journal of Psychosomatic Research, 92*, 34–44. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.11.005>
- Benet-Martinez, V., & John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 729–750.
- Bezerra, G. D., Sena, A. S. R., Braga, S. T., dos Santos, M. E. N., Correia, L. F. R., Clementino, K. M. D. F., Carneiro, Y. V. A., & Pinheiro, W. R. (2020). O impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme, 93*. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.93-n.0-art.758>
- Bhatt, T., Kumar, V., Pande, S., Malik, R., Khamparia, A., & Gupta, D. (2021). A Review on COVID-19. *Studies in Computational Intelligence, 924*(April), 25–42. https://doi.org/10.1007/978-3-030-60188-1_2
- Bryman, A., & Bell, E. (2007). *Business research methods*. Oxford University Press.
- Carmona-Barrientos, I., Gala-León, F. J., Lupiani-Giménez, M., Cruz-Barrientos, A., Lucena-Anton, D., & Moral-Munoz, J. A. (2020). Occupational stress and burnout among physiotherapists: a cross-sectional survey in Cadiz (Spain). *Human Resources for Health, 18*(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00537-0>
- Costa, V., Borsa, J., & Damasio, B. (2020). Relações entre Burnout, Traços de Personalidade e Variáveis Sociodemográficas em Trabalhadores Brasileiros. *Psico-USF, 25*(3), 439–450. <https://doi.org/10.1590/1413-82712020250304>
- Coutinho, C. (2013). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas*. Almedina.
- David, I., & Quintão, S. (2012). Burnout em Professores: a sua Relação com a Personalidade, Estratégias de Coping e Satisfação com a Vida Burnout in Teachers: its Relationship with

- Personality, Coping Strategies and Life Satisfaction. *Acta Médica Portuguesa*, 25(3), 145–155.
www.actamedicaportuguesa.com
- DGS. (2021). *Perguntas Frequentes*. <https://covid19.min-saude.pt/>
- DGS. (2022). *Relatório de Situação nº 738 | 10/03/2022*. <https://www.dgs.pt/>
- Dias, S. (2012). *A influência dos traços de personalidade no Burnout nos enfermeiros*. [Master's thesis Universidade do Porto].
- Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L., Marina, S., Ribeiro, C., Jácome, C., Martins, V., Ribeiro-vaz, I., Pinheiro, H. C., Silva, A. R., Ricou, M., Sousa, B., Alves, C., Oliveira, A., Silva, P., Nunes, R., & Serrão, C. (2020). Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09980-z>
- Easterby-Smith, M., Thorpe, R., Jackson, P., & Jarpersen, L. (2018). *Management and business research*. Sage Publications.
- Fonte, C. M. S. (2011). Adaptação e validação para Português do questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI) [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. In *Estudo geral Repositório científico da UC*. <http://hdl.handle.net/10316/18118>
- Gomes, M. R., de Araújo, T. M., de Souza Soares, J. F., de Sousa, C. C., & Lua, I. (2021). Occupational stressors and work accidents among health workers. *Revista de Saude Publica*, 55. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2021055002938>
- Gonçales, C. A., & Gonçales, R. A. (2017). Síndrome de Burnout: causas e consequências em diversos profissionais. *Revista Brasileira de Psicologia*, 02.
- He, F., Deng, Y., & Li, W. (2020). Coronavirus disease 2019: What we know? *Journal of Medical Virology*, 92(7), 719–725. <https://doi.org/10.1002/jmv.25766>
- Jalili, M., Niroomand, M., Hadavand, F., Zeinali, K., & Fotouhi, A. (2021). Burnout among healthcare professionals during COVID - 19 pandemic : a cross - sectional study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01695-x>
- John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). *The Big Five Inventory—Versions 4a and 54*. Berkeley, CA: University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research.
- John, O. P., Naumann, L. P., & Soto, C. J. (2008). Paradigm Shift to the Integrative Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Conceptual Issues. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 114–158). New York, NY: Guilford Press.

- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress, 19*(3), 192–207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
- Lange, K. W. (2021). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and global mental health. *Global Health Journal, 5*(1), 31–36. <https://doi.org/10.1016/j.glohj.2021.02.004>
- Lubbadeh, T. (2020). Job Burnout: A General Literature Review. *International Review of Management and Marketing, 10*(3), 7–15. <https://doi.org/10.32479/irmm.9398>
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nivel. *Acta Médica Portuguesa, 24–30*. www.actamedicaportuguesa.com
- Marques-Pinto, A., Moreira, S., Costa-Lopes, R., Zózimo, N., & Vala, J. (2021). Predictors of Burnout Among Physicians: Evidence From a National Study in Portugal. *Frontiers in Psychology, 12*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.699974>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach burnout inventory manual* (2nd ed.). Consulting Psychologists Press.
- Melo, B., Gomes, A., & Cruz, J. (1999). Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do burnout para os profissionais de psicologia. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, 4*, 596–603.
- Muller, A. E., Hafstad, E. V., Himmels, J. P. W., Smedslund, G., Flottorp, S., Stensland, S. Ø., Stroobants, S., van de Velde, S., & Vist, G. E. (2020). The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Research, 293*, 113441. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113441>
- Murcho, N. Á. C., & Pacheco, J. E. P. (2020). Burnout characterization in health professionals in Portugal: a review article. *PSIQUE, XVI*, 8–24. <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVI.1.4>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity, 88*, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Parent-Lamarche, A., & Marchand, A. (2019). Work and depression: The moderating role of personality traits. *Journal of Workplace Behavioral Health, 34*(3), 219–239. <https://doi.org/10.1080/15555240.2019.1614455>

- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pines, A. (1993). Burnout: An existential perspective. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*. Taylor & Francis.
- Prins, D. J., van Vendeloo, S. N., Brand, P. L. P., van der Velpen, I., de Jong, K., van den Heijkant, F., van der Heijden, F. M. M. A., & Prins, J. T. (2019). The relationship between burnout, personality traits, and medical specialty. A national study among Dutch residents. *Medical Teacher, 41*(5), 584–590. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1514459>
- Saldanha, R., Carlos, S., Schlottfeldt, G., Prates, M., Mariana, R., Santos, T., & Lelé, Á. J. (2007). *Replicabilidade do Modelo dos Cinco Grandes Fatores em medidas da personalidade Replicability of the Five Factor Model in personality measurements: Vol. I*. www.fafich.ufmg.br/mosaico
- Saleh, A., & Bista, K. (2017). Examining Factors Impacting Online Survey Response Rates in Educational Research: Perceptions of Graduate Students. In *Journal of MultiDisciplinary Evaluation* (Vol. 13). <http://www.jmde.com>
- Santos, A., & Mustafa, M. (2016). The Big Five personality traits and burnout among Malaysian HR professionals: The mediating role of emotion regulation. *Asia-Pacific Journal of Business Administration, 8*(1), 2–20. <http://dx.doi.org/10.1108/APJBA-09-2014-0106>
- Santos, D. M. (2011). *Burnout, estratégias de coping e qualidade de vida nos profissionais de saúde*. [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]
- Santos, R. (2015). Burnout: Um estudo em profissionais de saúde [Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal]. In *Repositório Comum*. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/10513>
- Selye, H. (1952). *The story of the adaptational syndrome*. Montreal: Acta Inc.
- Simões, V. (2016). *Adaptação e Validação do teste de personalidade Mini-IPIP e Big Five Inventory (BFI) em adultos portugueses* [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/33338>
- Singhal, T. (2020). A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian Journal of Pediatrics, 87*(4), 281–286. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6>
- Skodova, Z., Lajciakova, P., & Banovcinova, L. (2016). Burnout Syndrome Among Health Care Students: The Role of Type D Personality. *Western Journal of Nursing Research, 39*(3), 416–429. <https://doi.org/10.1177/0193945916658884>
- Small Business Prices. (2021). *The European Countries with the Highest Risk of Burnout*. <https://smallbusinessprices.co.uk/european-employee-burnout/>

- Spoorthy, M. S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian Journal of Psychiatry*, 51. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119>
- Sultana, A., Sharma, R., Hossain, M. M., Bhattacharya, S., & Purohit, N. (2020). Burnout among healthcare providers during COVID-19: Challenges and evidence-based interventions. *Indian Journal of Medical Ethics*, 14(4), 1–6. <https://doi.org/10.20529/IJME.2020.73>
- Torres, A. R., Silva, S., Kislaya, I., Martins, J. P., Matias Dias, C., & Rodrigues, A. P. (2021). Early detection of COVID-19 in Portugal: Use of clinical records. *Acta Medica Portuguesa*, 34(3), 176–184. <https://doi.org/10.20344/amp.14593>
- Vala, J., Pinto, A., Moreira, S., Lopes, R., & Januário, P. (2017). *Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas*.
- van der Wal, R. A. B., Wallage, J., & Bucx, M. J. L. (2018). Occupational stress, burnout and personality in anesthesiologists. In *Current Opinion in Anaesthesiology* (Vol. 31, Issue 3, pp. 351–356). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000587>
- Veloso, R. S. da S. (2020). *Burnout nos profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19* [Master's thesis, Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/130699/2/432792.pdf>
- Vindegard, N., & Benros, M. E. (2020, October 1). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- WHO. (2019). *Burn-out an “occupational phenomenon”*: *International Classification of Diseases*. <https://www.who.int/>
- WHO. (2021). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. <https://www.who.int/>
- WHO. (2022a). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- WHO. (2022b). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/>
- Xiang, B., Li, P., Yang, X., Zhong, S., Manyande, A., & Feng, M. (2020). The impact of novel coronavirus SARS-CoV-2 among healthcare workers in hospitals: An aerial overview. *American Journal of Infection Control*, 48, 915–917. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.05.020>

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO APLICADO

Figura 4. Conjunto de imagens representativas da apresentação do questionário divulgado *online*.

Antecedentes individuais do *Burnout* nos profissionais das áreas COVID-19

O presente trabalho visa estudar o *Burnout* nos profissionais do [] no contexto da COVID-19 e analisar a sua relação com as dimensões da personalidade e certas variáveis sociodemográficas e laborais. Pretende-se contribuir para uma melhor compreensão das causas do *Burnout* em profissionais de saúde, possibilitando estratégias de intervenção mais eficazes.

O estudo está a ser realizado no âmbito da dissertação do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.

O preenchimento do questionário tem a duração de cerca de 8 minutos e será o único procedimento a realizar para a sua participação no estudo.

No tratamento e análise dos dados serão adotadas todas as metodologias para garantir a confidencialidade dos mesmos e manter o anonimato dos participantes. Os dados serão analisados de forma agregada pela investigadora para fins exclusivamente científicos.

Para o esclarecimento de dúvidas relacionadas com o preenchimento do questionário ou eventuais propostas de correção, poderá entrar em contacto através do seguinte email: []

Obrigada pela sua colaboração!

*** Obrigatório**

Questões sociodemográficas

1. Género *

Feminino

Masculino

Outro

2. Idade *

[]

O valor tem de ser um número

3. Estado civil *

Solteiro/a

Casado/a / união de facto

Separado/a / Divorciado/a

Viúvo/a

4. Tem filhos? *

Sim

Não

5. Categoria profissional *

Médico/a

Enfermeiro/a

TS/DT

Auxiliar de ação médica

Assistente técnico

Outro

6. Habilitações literárias *

9º ano

12º ano

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Outro

Seguinte

Página 1 de 5

8. Departamento onde, maioritariamente, exercia funções *

- Departamento de Emergência e Medicina Intensiva (SMI, SU, VMER)
- Departamento de Ambulatório (Consulta Externa, Hospital de Dia, Pequena Cirurgia)
- Departamento de Medicina (Exames Especiais, Serviços de Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Imunohemoterapia, Infeciologia, Medicina Interna, Neurologia, Oncologia e Pneumologia, Unidades de Hematologia Clínica, de Imunohaematologia e de Neurologia)
- Departamento de Cirurgia (Serviços de Cirurgia Geral, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia, Bloco Operatório, Unidade de Cirurgia de Ambulatório)
- Departamento de Anestesia (Serviço de Anestesiologia, Unidades de Dor Crónica e de
- Departamento de MCDT
- (Serviços de Patologia Clínica, Anatomia Patológica, Medicina Física e Reabilitação, Radiologia, Neuroradiologia)
- Departamento da Mulher, da Criança e do Jovem
- Departamento de Saúde Mental
- Outro

9. Tempo de exercício na profissão (anos) *

O valor tem de ser um número

10. Exerceu funções no na 1ª vaga da COVID-19? *

- Sim
- Não

11. Em algum momento, realizou a sua atividade profissional em áreas COVID-19 (com doentes positivos ou suspeitos)? *

- Sim
- Não

Antecedentes individuais do *Burnout* nos profissionais das áreas COVID-19

O presente trabalho visa estudar o *Burnout* nos profissionais do [] no contexto da COVID-19 e analisar a sua relação com as dimensões da personalidade e certas variáveis sociodemográficas e laborais. Pretende-se contribuir para uma melhor compreensão das causas do *Burnout* em profissionais de saúde, possibilitando estratégias de intervenção mais eficazes.

O estudo está a ser realizado no âmbito da dissertação do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.

O preenchimento do questionário tem a duração de cerca de 8 minutos e será o único procedimento a realizar para a sua participação no estudo.

No tratamento e análise dos dados serão adotadas todas as metodologias para garantir a confidencialidade dos mesmos e manter o anonimato dos participantes. Os dados serão analisados de forma agregada pela investigadora para fins exclusivamente científicos.

Para o esclarecimento de dúvidas relacionadas com o preenchimento do questionário ou eventuais propostas de correção, poderá entrar em contacto através do seguinte email:

Obrigada pela sua colaboração!

* Obrigatório

Questões laborais e relacionadas com a COVID-19

Responda às seguintes questões tendo em mente a época da COVID-19 que considera ter sido mais complicada para si.

7. Atualmente, é colaborador do ? *

- Sim
- Não

Anterior

Seguinte

Página 2 de 5

Seguinte

Página 2 de 5

Anterior

18. Passou a viver sozinho ou deslocou-se da sua residência habitual nessa época? *

- Sim
 Não

19. Com que frequência visitava os seus amigos/familiares/pessoas mais próximas? *

- 1 2 3 4 5
Nunca Sempre

20. Considera que tinha conhecimento suficiente sobre a COVID-19? *

- Sim
 Não

21. Considera que existiam EPI's suficientes? *

- Sim
 Não

22. Tinha receio de ser infetado com a doença? *

- 1 2 3 4
Nenhum Muito

23. Tinha receio de ser veículo de transmissão da doença? *

- 1 2 3 4
Nenhum Muito

12. Com que frequência realizou turnos em áreas COVID-19? *

- 1 2 3 4
Raramente Sempre

13. Desempenhava funções noutros locais de trabalho? *

- Sim
 Não

14. Quantidade de horas de trabalho semanais que realizava no em média *

- < 35 h
 Cerca de 35 h
 Cerca de 40 h
 > 40 h

15. Qual o seu regime de trabalho? *

- Horário fixo
 Trabalho por turnos
 Misto

16. Por mês, quantos fins de semana trabalhava, em média? *

O valor tem de ser um número

17. Por mês, quantas noites trabalhava, em média? *

O valor tem de ser um número

24. Vejo-me como alguém que... *

	Discordo totalmente	Discordo moderadamente	Nem concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo totalmente
é falador/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
faz um trabalho exaustivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
é deprimido/a, triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
é original, tem sempre novas ideias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
é prestável e não inveja os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tem curiosidade em relação a várias coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tem muita energia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
é um trabalhador/a de confiança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pode ficar tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
é engenhoso/a, um/a pensador profundo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gera muito entusiasmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
perdoa com facilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
se preocupa muito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tem uma imaginação ativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Antecedentes individuais do *Burnout* nos profissionais das áreas COVID-19

O presente trabalho visa estudar o *Burnout* nos profissionais do [] no contexto da COVID-19 e analisar a sua relação com as dimensões da personalidade e certas variáveis sociodemográficas e laborais. Pretende-se contribuir para uma melhor compreensão das causas do *Burnout* em profissionais de saúde, possibilitando estratégias de intervenção mais eficazes.

O estudo está a ser realizado no âmbito da dissertação do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.

O preenchimento do questionário tem a duração de cerca de 8 minutos e será o único procedimento a realizar para a sua participação no estudo.

No tratamento e análise dos dados serão adotadas todas as metodologias para garantir a confidencialidade dos mesmos e manter o anonimato dos participantes. Os dados serão analisados de forma agregada pela investigadora para fins exclusivamente científicos.

Para o esclarecimento de dúvidas relacionadas com o preenchimento do questionário ou eventuais propostas de correção, poderá entrar em contacto através do seguinte email: []

Obrigada pela sua colaboração!

* Obrigatório

Big Five Inventory (BFI)

As seguintes questões têm o objetivo de perceber como se vê e se comporta (e não como gostaria de ser). Indique o número/grau em que acredita que a frase apresentada o caracteriza, utilizando a seguinte escala:

- 1 – Discordo totalmente
- 2 – Discordo moderadamente
- 3 – Nem concordo nem discordo
- 4 – Concordo moderadamente
- 5 – Concordo totalmente

26. Vejo-me como alguém que...

	Discordo totalmente	Discordo moderadamente	Nem concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo totalmente
tende a encontrar os defeitos dos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
é reservado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
por vezes pode ser um pouco descuidado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
é relaxado/a, lida bem com o stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
inicia muitas disputas com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tende a ser desorganizado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tende a ser sossegado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tende a ser preguiçoso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
é emocionalmente estável, não se aborrece com facilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pode ser frio/a e indiferente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
por vezes é tímido/a, inibido/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
permanece calmo/a em situações tensas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
prefere o trabalho rotineiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
por vezes é rude para com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tem poucos interesses artísticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
se distrai com facilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Vejo-me como alguém que...

	Discordo totalmente	Discordo moderadamente	Nem concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo totalmente
geralmente é de confiança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
é inventivo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tem uma personalidade assertiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
é perseverante até a tarefa estar concluída	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pode ter um humor instável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
valoriza experiências artísticas, estéticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
é atencioso/a e bondoso/a com quase toda a gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
faz as coisas de modo eficaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
é sociável, amigável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
faz planos e cumpre-os	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fica nervoso/a facilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gosta de refletir, brincar com as ideias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gosta de cooperar com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
é sofisticado/a na arte, música ou literatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. *

	Sempre	Frequentem ente	Às vezes	Raramente	Nunca / quase nunca
Com que frequência se sente fatigado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência se sente frágil e susceptível a ficar doente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência se sente cansado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Está cansado de trabalhar com utentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Antecedentes individuais do *Burnout* nos profissionais das áreas COVID-19

O presente trabalho visa estudar o *Burnout* nos profissionais do [] no contexto da COVID-19 e analisar a sua relação com as dimensões da personalidade e certas variáveis sociodemográficas e laborais. Pretende-se contribuir para uma melhor compreensão das causas do *Burnout* em profissionais de saúde, possibilitando estratégias de intervenção mais eficazes.

O estudo está a ser realizado no âmbito da dissertação do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.

O preenchimento do questionário tem a duração de cerca de 8 minutos e será o único procedimento a realizar para a sua participação no estudo.

No tratamento e análise dos dados serão adotadas todas as metodologias para garantir a confidencialidade dos mesmos e manter o anonimato dos participantes. Os dados serão analisados de forma agregada pela investigadora para fins exclusivamente científicos.

Para o esclarecimento de dúvidas relacionadas com o preenchimento do questionário ou eventuais propostas de correção, poderá entrar em contacto através do seguinte email:

Obrigada pela sua colaboração!

* Obrigatório

Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

As seguintes questões têm o objetivo de avaliar as dimensões do *Burnout*. Deve responder a cada uma das questões consoante a frequência com que experienciou cada sentimento (de acordo com a escala abaixo), pensando na época da COVID-19 que considera ter sido mais complicada para si.

- 100 – Sempre; Muito
- 75 – Frequentemente; Bastante
- 50 – Às vezes; Assim, assim
- 25 – Raramente; Pouco
- 0 – Nunca / quase nunca; Muito pouco

Antecedentes individuais do *Burnout* nos profissionais das áreas COVID-19

O presente trabalho visa estudar o *Burnout* nos profissionais do [] no contexto da COVID-19 e analisar a sua relação com as dimensões da personalidade e certas variáveis sociodemográficas e laborais. Pretende-se contribuir para uma melhor compreensão das causas do *Burnout* em profissionais de saúde, possibilitando estratégias de intervenção mais eficazes.

O estudo está a ser realizado no âmbito da dissertação do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.

O preenchimento do questionário tem a duração de cerca de 8 minutos e será o único procedimento a realizar para a sua participação no estudo.

No tratamento e análise dos dados serão adotadas todas as metodologias para garantir a confidencialidade dos mesmos e manter o anonimato dos participantes. Os dados serão analisados de forma agregada pela investigadora para fins exclusivamente científicos.

Para o esclarecimento de dúvidas relacionadas com o preenchimento do questionário ou eventuais propostas de correção, poderá entrar em contacto através do seguinte email: []

Obrigada pela sua colaboração!

* Obrigatório

Questões finais

29. Deseja ser contactado caso se verifique a possibilidade de presença de Síndrome de *Burnout* através das suas respostas? *

Sim

Não

30. Deixe a forma pela qual prefere ser contactado (contacto telefónico ou email) *

Introduza a sua resposta

31. Deseja participar no sorteio do cartão oferta FNAC no valor de 20€? *

Sim

Não

28. *

Muito Bastante Assim, assim Pouco Muito pouco

O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?

O seu trabalho é emocionalmente desgastante?

Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?

Acha frustrante trabalhar com utentes?

Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?

Trabalhar com utentes deixa-o/a sem energia?

Acha difícil trabalhar com utentes?

Anterior

Seguinte

Página 4 de 5

...

* Obrigatório

Questões finais

29. Deseja ser contactado caso se verifique a possibilidade de presença de Síndrome de *Burnout* através das suas respostas? *

Sim
 Não

30. Deixe a forma pela qual prefere ser contactado (contacto telefónico ou email) *

Introduza a sua resposta

31. Deseja participar no sorteio do cartão oferta FNAC no valor de 20€? *

Sim
 Não

Anterior Submeter

Página 5 de 5

APÊNDICE II – AUTORIZAÇÕES PARA APLICAÇÃO DAS ESCALAS

Figura 5. Conjunto de imagens representativas da submissão do formulário e disponibilização das versões original e portuguesa do BFI.



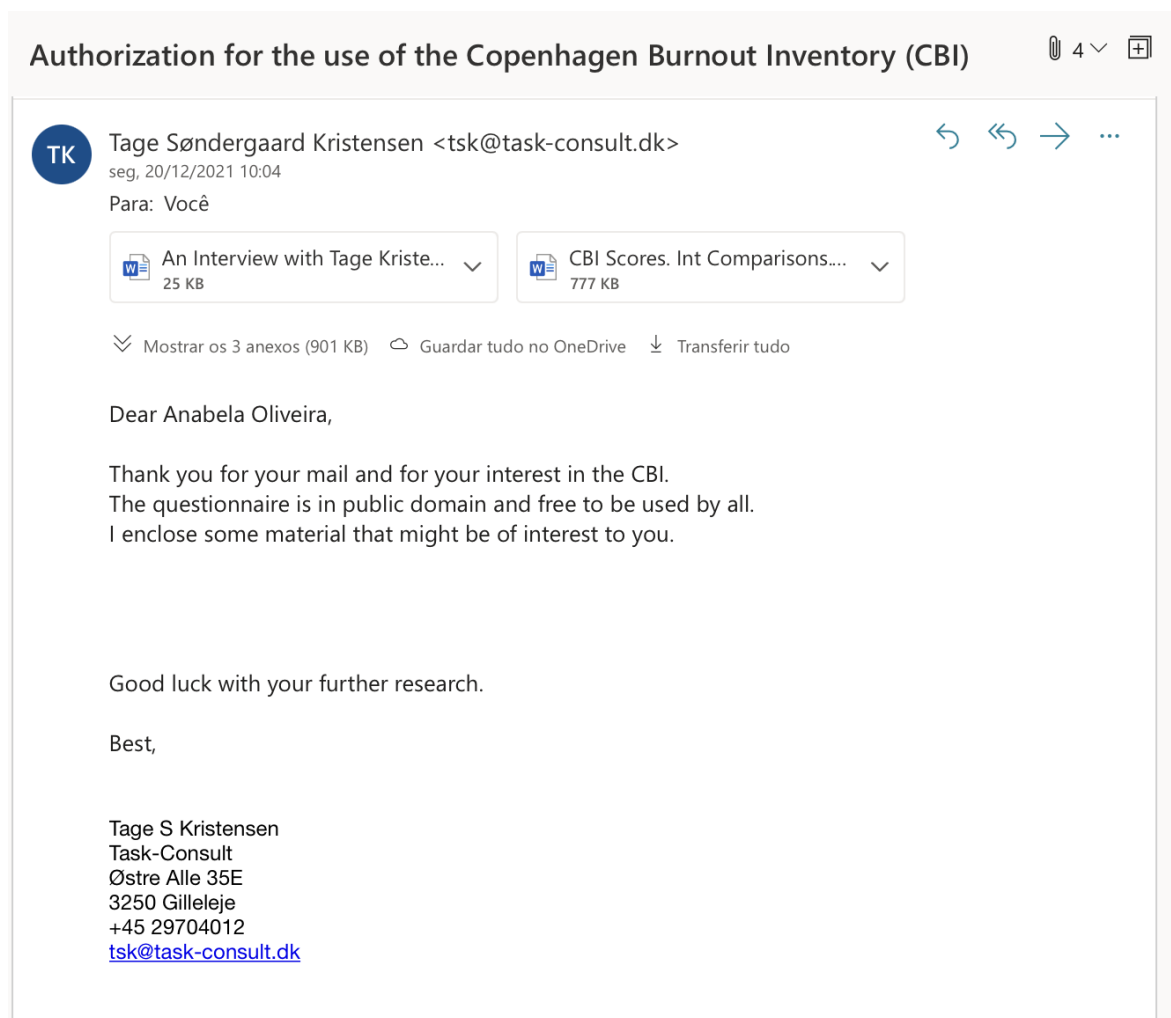


Figura 6. Autorização da utilização do CBI por parte do autor da versão original.

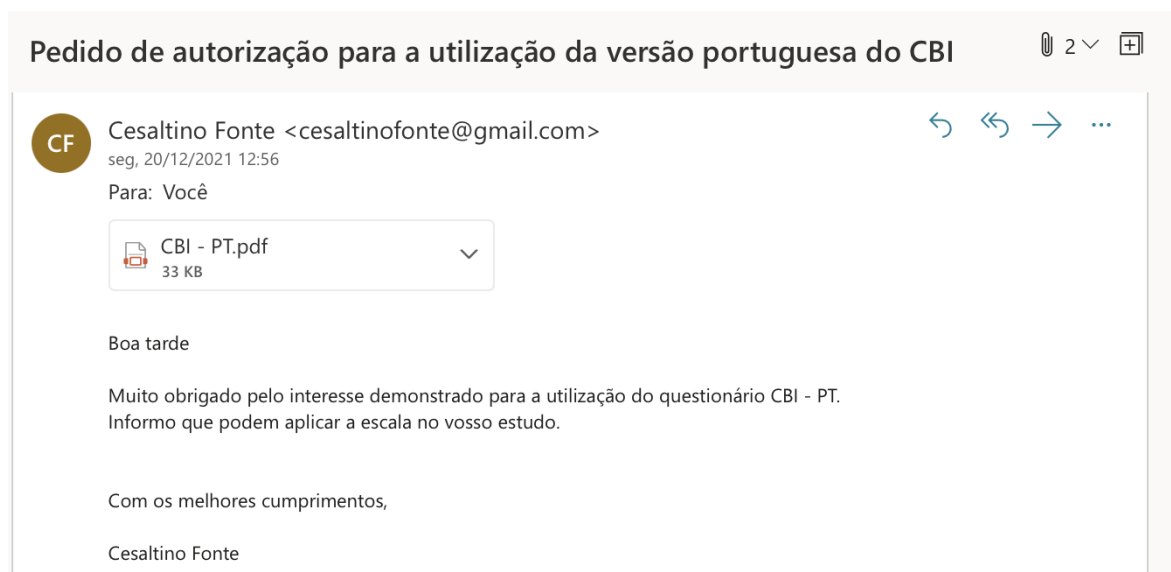


Figura 7. Autorização da utilização da versão portuguesa do CBI por parte do seu autor.

APÊNDICE III – AUTORIZAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

	INFORMAÇÃO	Nº 148/CES/JAS Data: 12-11-2021
--	-------------------	--

Para: Serviço de Gestão do Conhecimento
De: Comissão de Ética para a Saúde da

Pedido de autorização para realização de estudo intitulado "**Síndrome de Burnout em Assunto: profissionais de saúde e a sua relação com os traços de personalidade: o caso das áreas COVID-19 da**

INFORMAÇÃO

Exmos(as) Srs(as),

A Comissão de Ética para a Saúde analisou o pedido de autorização para realização de estudo intitulado "**Síndrome de Burnout em profissionais de saúde e a sua relação com os traços de personalidade: o caso das áreas COVID-19 da** ", cuja autora é: Anabela Pereira Oliveira, Técnica superior de Diagnóstico e Terapêutica de Cardiopneumologia, no . Estudo no âmbito de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho. Este estudo não tem a autorização do Diretor de Serviço porque é para aplicar a toda a

A Comissão de Ética para a Saúde da deliberou, por unanimidade, nada opor à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos



001_01_INF_1260

Figura 8. Autorização para a aplicação do estudo na unidade hospitalar em questão por parte da CE para a Saúde.

COMISSÃO LOCAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO
EMISSÃO DE PARECER

14. Por tudo o que aqui foi exposto, esta comissão emite parecer favorável ao procedimento de recolha de dados, armazenamento e tratamento de dados, salientando que a(s) palavra(s) passe a utilizar deverão ser “fortes”, além de ser só do conhecimento do investigador principal, e, estar devidamente guardada, para impedir acessos indevidos aos dados.

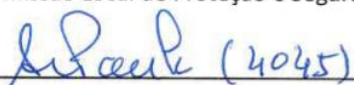
O investigador principal deverá seguir o definido no presente documento, em especial nos subpontos do ponto “8 – Parecer”.

A emissão deste parecer teve por base o preconizado no Regulamento Geral de Proteção de Dados (EU) 2016/679 em vigor, bem como, na Lei nº 58/2019, que assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do RGPD do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.

Anexo – modelo de questionário a aplicar aos participantes no estudo.

de 9 de março de 2022

P' Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação

 (4045)

APÊNDICE IV – CLASSIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

Tabela 13. Questões sociodemográficas – classificação das variáveis e métodos estatísticos descritivos utilizados.
Fi: frequência absoluta; fi (%): frequência relativa, em percentagem; [máx-mín]: intervalo máximo-mínimo.

Questão	Medida	Classificação da variável	Estatística descritiva
Questões sociodemográficas			
1	Gênero	Independente; qualitativa nominal dicotômica	Fi, fi (%), moda
2	Idade	Independente; quantitativa racional discreta	Média, desvio padrão, [máx-mín]
3	Estado civil	Independente; qualitativa nominal policotômica	Fi, fi (%), moda
4	Tem filhos?	Independente; qualitativa nominal dicotômica	Fi, fi (%), moda
5	Categoria profissional	Independente; qualitativa nominal policotômica	Fi, fi (%), moda
6	Habilitações literárias	Independente; qualitativa ordinal	Fi, fi (%), moda

Tabela 14. Questões laborais e relacionadas com a COVID-19 – classificação das variáveis e métodos estatísticos descritivos utilizados.
As questões 7 e 11 atuaram como critérios de exclusão dos participantes, não sendo necessário efetuar a sua análise, uma vez que apenas foram consideradas as respostas afirmativas, sendo que a totalidade dos participantes finais (214 participantes) respondeu que “Sim” a ambas as perguntas. Fi: frequência absoluta; fi (%): frequência relativa, em percentagem; [máx-mín]: intervalo máximo-mínimo.

Questão	Medida	Classificação da variável	Estatística descritiva
Questões laborais e relacionadas com a COVID-19			
7	Atualmente, é colaborador do [nome do hospital]?	Independente; qualitativa nominal dicotômica	Não aplicável
8	Departamento onde, maioritariamente, exercia funções	Independente; qualitativa nominal policotômica	Fi, fi (%), moda
9	Tempo de exercício na profissão (anos)	Independente; quantitativa racional contínua	Média, desvio padrão, [máx-mín]
10	Exerceu funções no [nome do hospital] na 1ª vaga da COVID-19?	Independente; qualitativa nominal dicotômica	Fi, fi (%), moda
11	Em algum momento, realizou a sua atividade profissional em áreas COVID-19 (com doentes positivos ou suspeitos)?	Independente; qualitativa nominal dicotômica	Não aplicável
12	Com que frequência realizou turnos em áreas COVID-19?	Independente; qualitativa ordinal	Fi, fi (%), moda
13	Desempenhava funções noutros locais de trabalho?	Independente; qualitativa nominal dicotômica	Fi, fi (%), moda

14	Quantidade de horas de trabalho semanais que realizava no [nome do hospital], em média	Independente; qualitativa ordinal	Fi, fi (%), moda
15	Qual o seu regime de trabalho?	Independente; qualitativa nominal policotômica	Fi, fi (%), moda
16	Por mês, quantos fins de semana trabalhava, em média?	Independente; quantitativa racional discreta	Média, desvio padrão, [máx-mín]
17	Por mês, quantas noites trabalhava, em média?	Independente; quantitativa racional discreta	Média, desvio padrão, [máx-mín]
18	Passou a viver sozinho ou deslocou-se da rua residência habitual nessa época?	Independente; qualitativa nominal dicotômica	Fi, fi (%), moda
19	Com que frequência visitava os seus amigos/familiares/pessoas mais próximas?	Independente; qualitativa ordinal	Fi, fi (%), moda
20	Considera que tinha conhecimento suficiente sobre a COVID-19?	Independente; qualitativa nominal dicotômica	Fi, fi (%), moda
21	Considera que existiam EPI's suficientes?	Independente; qualitativa nominal dicotômica	Fi, fi (%), moda
22	Tinha receio de ser infetado com a doença?	Independente; qualitativa ordinal	Fi, fi (%), moda
23	Tinha receio de ser veículo de transmissão da doença?	Independente; qualitativa ordinal	Fi, fi (%), moda

Tabela 15. BFI – classificação das variáveis e métodos estatísticos descritivos utilizados.

Fi: frequência absoluta; fi (%): frequência relativa, em percentagem; [máx-mín]: intervalo máximo-mínimo.

Questão	Medida	Classificação da variável	Estatística descritiva
<i>Big Five Inventory (BFI)</i>			
24, 25, 26	Vejo-me como alguém que... (aplicável a todas as questões)	Independente; qualitativa ordinal	Fi, fi (%), moda
-	BFI <i>Extraversion Scale Score</i>	Dependente; quantitativa intervalar	Média, desvio padrão, [máx-mín]
-	BFI <i>Agreeableness Scale Score</i>	Dependente; quantitativa intervalar	Média, desvio padrão, [máx-mín]
-	BFI <i>Conscientiousness Scale Score</i>	Dependente; quantitativa intervalar	Média, desvio padrão, [máx-mín]
-	BFI <i>Neuroticism Scale Score</i>	Dependente; quantitativa intervalar	Média, desvio padrão, [máx-mín]
-	BFI <i>Openness Scale Score</i>	Dependente; quantitativa intervalar	Média, desvio padrão, [máx-mín]

Tabela 16. CBI – classificação das variáveis e métodos estatísticos descritivos utilizados.

Fi: frequência absoluta; fi (%): frequência relativa, em percentagem; [máx-mín]: intervalo máximo-mínimo.

Questão	Medida	Classificação da variável	Estatística descritiva
<i>Copenhagen Burnout Inventory (CBI)</i>			
27, 28	Questões individuais CBI (aplicável a todas as questões)	Independente; qualitativa ordinal	Fi, fi (%), moda
-	<i>Score Burnout</i> pessoal	Dependente; quantitativa intervalar	Média, desvio padrão, [máx-mín]
-	Valores <i>Burnout</i> pessoal (<50 ou ≥50)	Dependente; qualitativa nominal dicotómica	Fi, fi (%), moda
-	<i>Score Burnout</i> relacionado com o trabalho	Dependente; quantitativa intervalar	Média, desvio padrão, [máx-mín]
-	Valores <i>Burnout</i> relacionado com o trabalho (<50 ou ≥50)	Dependente; qualitativa nominal dicotómica	Fi, fi (%), moda
-	<i>Score Burnout</i> relacionado com o utente	Dependente; quantitativa intervalar	Média, desvio padrão, [máx-mín]
-	Valores <i>Burnout</i> relacionado com o utente (<50 ou ≥50)	Dependente; qualitativa nominal dicotómica	Fi, fi (%), moda

Tabela 17. Questões finais - classificação das variáveis e métodos estatísticos descritivos utilizados.

Fi: frequência absoluta; fi (%): frequência relativa, em percentagem.

Questão	Medida	Classificação da variável	Estatística descritiva
Questões finais			
29	Deseja ser contactado caso se verifique a possibilidade de presença de síndrome de <i>Burnout</i> através das suas respostas?	Independente; qualitativa nominal dicotómica	Fi, fi (%), moda
30	Deseja participar no sorteio do cartão oferta FNAC no valor de 20€?	Independente; qualitativa nominal dicotómica	Fi, fi (%), moda

APÊNDICE V – ANEXOS ANÁLISE ESTATÍSTICA

Tabela 18. Análise estatística descritiva das questões que constituem a subescala da extroversão do BFI.
Fi: frequência absoluta; fi (%): frequência relativa, em percentagem.

Análise estatística descritiva - BFI <i>Extraversion variables and scale score</i>					
Número	Questão	Opções de resposta	Fi	fi (%)	Moda
24 + 25 + 26	é falador/a	Discordo totalmente	5	2,3	Concordo moderadamente
		Discordo moderadamente	32	15	
		Nem concordo nem discordo	37	17,3	
		Concordo moderadamente	91	42,5	
		Concordo totalmente	49	22,9	
		Total	214	100	
Vejo-me como alguém que...	é reservado/a	Concordo totalmente	26	12,1	Concordo moderadamente
		Concordo moderadamente	88	41,1	
		Nem concordo nem discordo	45	21	
		Discordo moderadamente	39	18,2	
		Discordo totalmente	16	7,5	
		Total	214	100	
	tem muita energia	Discordo totalmente	7	3,3	Concordo moderadamente
		Discordo moderadamente	29	13,6	
		Nem concordo nem discordo	39	18,2	
		Concordo moderadamente	97	45,3	
		Concordo totalmente	42	19,6	
		Total	214	100	
	gera muito entusiasmo	Discordo totalmente	2	0,9	Nem concordo nem discordo
		Discordo moderadamente	24	11,2	
		Nem concordo nem discordo	91	42,5	
		Concordo moderadamente	84	39,3	
		Concordo totalmente	13	6,1	
		Total	214	100	
	tende a ser sossegado/a	Concordo totalmente	44	20,6	Concordo moderadamente
		Concordo moderadamente	84	39,3	
		Nem concordo nem discordo	43	20,1	
		Discordo moderadamente	31	14,5	
		Discordo totalmente	12	5,6	
		Total	214	100	

tem uma personalidade assertiva	Discordo totalmente	1	0,5	Concordo moderadamente
	Discordo moderadamente	4	1,9	
	Nem concordo nem discordo	41	19,2	
	Concordo moderadamente	110	51,4	
	Concordo totalmente	58	27,1	
	Total	214	100	
por vezes é tímido/a, inibido/a	Concordo totalmente	18	8,4	Concordo moderadamente
	Concordo moderadamente	74	34,6	
	Nem concordo nem discordo	40	18,7	
	Discordo moderadamente	48	22,4	
	Discordo totalmente	34	15,9	
	Total	214	100	
é sociável, amigável	Discordo moderadamente	1	0,5	Concordo totalmente
	Nem concordo nem discordo	12	5,6	
	Concordo moderadamente	89	41,6	
	Concordo totalmente	112	52,3	
	Total	214	100	

Tabela 19. Análise estatística descritiva das questões que constituem a subescala da amabilidade do BFI.
Fi: frequência absoluta; fi (%): frequência relativa, em percentagem.

Análise estatística descritiva - BFI <i>Agreeableness scale score</i>					
Número	Questão	Opções de resposta	Fi	fi (%)	Moda
24 + 25 + 26 Vejo-me como alguém que...	tende a encontrar os defeitos dos outros	Concordo totalmente	9	4,2	Discordo moderadamente
		Concordo moderadamente	44	20,6	
		Nem concordo nem discordo	57	26,6	
		Discordo moderadamente	63	29,4	
		Discordo totalmente	41	19,2	
		Total	214	100	
é prestável e não inveja os outros		Discordo totalmente	5	2,3	Concordo totalmente
		Discordo moderadamente	3	1,4	
		Nem concordo nem discordo	12	5,6	
		Concordo moderadamente	70	32,7	
		Concordo totalmente	124	57,9	
		Total	214	100	
inicia muitas disputas com os outros		Concordo totalmente	2	0,9	Discordo totalmente
		Concordo moderadamente	9	4,2	
		Nem concordo nem discordo	21	9,8	

	Discordo moderadamente	44	20,6	
	Discordo totalmente	138	64,5	
	Total	214	100	
perdoa com facilidade	Discordo totalmente	12	5,6	Concordo moderadamente
	Discordo moderadamente	32	15	
	Nem concordo nem discordo	35	16,4	
	Concordo moderadamente	92	43	
	Concordo totalmente	43	20,1	
	Total	214	100	
geralmente é de confiança	Discordo totalmente	1	0,5	Concordo totalmente
	Nem concordo nem discordo	3	1,4	
	Concordo moderadamente	47	22	
	Concordo totalmente	163	76,2	
	Total	214	100	
pode ser frio/a e indiferente	Concordo totalmente	6	2,8	Discordo moderadamente
	Concordo moderadamente	43	20,1	
	Nem concordo nem discordo	31	14,5	
	Discordo moderadamente	68	31,8	
	Discordo totalmente	66	30,8	
	Total	214	100	
é atencioso/a e bondoso/a com quase toda a gente	Discordo moderadamente	1	0,5	Concordo totalmente
	Nem concordo nem discordo	13	6,1	
	Concordo moderadamente	88	41,1	
	Concordo totalmente	112	52,3	
	Total	214	100	
por vezes é rude para com os outros	Concordo totalmente	2	0,9	Discordo totalmente
	Concordo moderadamente	25	11,7	
	Nem concordo nem discordo	28	13,1	
	Discordo moderadamente	56	26,2	
	Discordo totalmente	103	48,1	
	Total	214	100	
gosta de cooperar com os outros	Discordo totalmente	1	0,5	Concordo totalmente
	Discordo moderadamente	2	0,9	
	Nem concordo nem discordo	9	4,2	
	Concordo moderadamente	88	41,1	
	Concordo totalmente	114	53,3	
	Total	214	100	

Tabela 20. Análise estatística descritiva das questões que constituem a subescala da conscienciosidade do BFI.
 Fi: frequência absoluta; fi (%): frequência relativa, em percentagem.

Análise estatística descritiva - BFI <i>Conscientiousness scale score</i>					
Número	Questão	Opções de resposta	Fi	fi (%)	Moda
24 + 25 + 26	faz um trabalho exaustivo	Discordo totalmente	3	1,4	Concordo moderadamente
		Discordo moderadamente	4	1,9	
		Nem concordo nem discordo	29	13,6	
		Concordo moderadamente	91	42,5	
		Concordo totalmente	87	40,7	
		Total	214	100	
Vejo-me como alguém que...	por vezes pode ser um pouco descuidado/a	Concordo totalmente	3	1,4	Discordo moderadamente
		Concordo moderadamente	34	15,9	
		Nem concordo nem discordo	29	13,6	
		Discordo moderadamente	78	36,4	
		Discordo totalmente	70	32,7	
		Total	214	100	
	é um trabalhador/a de confiança	Discordo totalmente	1	0,5	Concordo totalmente
		Nem concordo nem discordo	2	0,9	
		Concordo moderadamente	46	21,5	
		Concordo totalmente	165	77,1	
		Total	214	100	
	tende a ser desorganizado/a	Concordo totalmente	4	1,9	Discordo totalmente
		Concordo moderadamente	23	10,7	
		Nem concordo nem discordo	20	9,3	
		Discordo moderadamente	62	29	
		Discordo totalmente	105	49,1	
		Total	214	100	
	tende a ser preguiçoso/a	Concordo totalmente	3	1,4	Discordo totalmente
		Concordo moderadamente	15	7	
		Nem concordo nem discordo	24	11,2	
		Discordo moderadamente	67	31,3	
		Discordo totalmente	105	49,1	
		Total	214	100	
	é perseverante até a tarefa estar concluída	Nem concordo nem discordo	14	6,5	Concordo totalmente
		Concordo moderadamente	88	41,1	
		Concordo totalmente	112	52,3	
		Total	214	100	

faz as coisas de modo eficaz	Discordo moderadamente	1	0,5	Concordo moderadamente
	Nem concordo nem discordo	14	6,5	
	Concordo moderadamente	107	50	
	Concordo totalmente	92	43	
	Total	214	100	
faz planos e cumpre-os	Discordo totalmente	1	0,5	Concordo moderadamente
	Discordo moderadamente	9	4,2	
	Nem concordo nem discordo	17	7,9	
	Concordo moderadamente	116	54,2	
	Concordo totalmente	71	33,2	
Total	214	100		
se distrai com facilidade	Concordo totalmente	9	4,2	Discordo moderadamente
	Concordo moderadamente	30	14	
	Nem concordo nem discordo	48	22,4	
	Discordo moderadamente	81	37,9	
	Discordo totalmente	46	21,5	
Total	214	100		

Tabela 21. Análise estatística descritiva das questões que constituem a subescala da neuroticismo do BFI.
Fi: frequência absoluta; fi (%): frequência relativa, em percentagem.

Análise estatística descritiva - BFI <i>Neuroticism scale score</i>					
Número	Questão	Opções de resposta	Fi	fi (%)	Moda
24 + 25 + 26 Vejo-me como alguém que...	é deprimido/a, triste	Discordo totalmente	91	42,5	Discordo totalmente
		Discordo moderadamente	54	25,2	
		Nem concordo nem discordo	35	16,4	
		Concordo moderadamente	29	13,6	
		Concordo totalmente	5	2,3	
Total		214	100		
	é relaxado/a, lida bem com o <i>stress</i>	Concordo totalmente	15	7	Nem concordo nem discordo
		Concordo moderadamente	53	24,8	
		Nem concordo nem discordo	61	28,5	
		Discordo moderadamente	59	27,6	
		Discordo totalmente	26	12,1	
Total		214	100		

pode ficar tenso	Discordo totalmente	3	1,4	Concordo moderadamente
	Discordo moderadamente	15	7	
	Nem concordo nem discordo	35	16,4	
	Concordo moderadamente	111	51,9	
	Concordo totalmente	50	23,4	
	Total	214	100	
se preocupa muito	Discordo totalmente	2	0,9	Concordo totalmente
	Discordo moderadamente	14	6,5	
	Nem concordo nem discordo	29	13,6	
	Concordo moderadamente	82	38,3	
	Concordo totalmente	87	40,7	
	Total	214	100	
é emocionalmente estável, não se aborrece com facilidade	Concordo totalmente	33	15,4	Concordo moderadamente
	Concordo moderadamente	77	36	
	Nem concordo nem discordo	51	23,8	
	Discordo moderadamente	48	22,4	
	Discordo totalmente	5	2,3	
	Total	214	100	
pode ter um humor instável	Discordo totalmente	45	21	Concordo moderadamente
	Discordo moderadamente	50	23,4	
	Nem concordo nem discordo	43	20,1	
	Concordo moderadamente	61	28,5	
	Concordo totalmente	15	7	
	Total	214	100	
permanece calmo/a em situações tensas	Concordo totalmente	22	10,3	Concordo moderadamente
	Concordo moderadamente	98	45,8	
	Nem concordo nem discordo	51	23,8	
	Discordo moderadamente	38	17,8	
	Discordo totalmente	5	2,3	
	Total	214	100	
fica nervoso/a facilmente	Discordo totalmente	16	7,5	Concordo moderadamente
	Discordo moderadamente	55	25,7	
	Nem concordo nem discordo	47	22	
	Concordo moderadamente	68	31,8	
	Concordo totalmente	28	13,1	
	Total	214	100	

Tabela 22. Análise estatística descritiva das questões que constituem a subescala da abertura à experiência do BFI.
 Fi: frequência absoluta; fi (%): frequência relativa, em percentagem.

Análise estatística descritiva - <i>BFI Openness scale score</i>					
Número	Questão	Opções de resposta	Fi	fi (%)	Moda
24 + 25 + 26	é original, tem sempre novas ideias	Discordo totalmente	3	1,4	Nem concordo nem discordo; Concordo moderadamente
		Discordo moderadamente	25	11,7	
		Nem concordo nem discordo	88	41,1	
		Concordo moderadamente	88	41,1	
		Concordo totalmente	10	4,7	
		Total	214	100	
Vejo-me como alguém que...	tem curiosidade em relação a várias coisas	Discordo totalmente	1	0,5	Concordo moderadamente
		Discordo moderadamente	2	0,9	
		Nem concordo nem discordo	19	8,9	
		Concordo moderadamente	97	45,3	
		Concordo totalmente	95	44,4	
		Total	214	100	
	é engenhoso/a, um/a pensador profundo	Discordo totalmente	3	1,4	Concordo moderadamente
		Discordo moderadamente	18	8,4	
		Nem concordo nem discordo	82	38,3	
		Concordo moderadamente	96	44,9	
		Concordo totalmente	15	7	
		Total	214	100	
	tem uma imaginação ativa	Discordo totalmente	2	0,9	Concordo moderadamente
		Discordo moderadamente	18	8,4	
		Nem concordo nem discordo	67	31,3	
		Concordo moderadamente	92	43	
		Concordo totalmente	35	16,4	
		Total	214	100	
	é inventivo/a	Discordo totalmente	2	0,9	Concordo moderadamente
		Discordo moderadamente	18	8,4	
		Nem concordo nem discordo	75	35	
		Concordo moderadamente	88	41,1	
		Concordo totalmente	31	14,5	
		Total	214	100	
	valoriza experiências artísticas, estéticas	Discordo totalmente	6	2,8	Concordo moderadamente
		Discordo moderadamente	15	7	
		Nem concordo nem discordo	55	25,7	
		Concordo moderadamente	86	40,2	

	Concordo totalmente	52	24,3	
	Total	214	100	
prefere o trabalho rotineiro	Concordo totalmente	16	7,5	Nem concordo nem discordo
	Concordo moderadamente	50	23,4	
	Nem concordo nem discordo	62	29	
	Discordo moderadamente	52	24,3	
	Discordo totalmente	34	15,9	
	Total	214	100	
gosta de refletir, brincar com as ideias	Discordo totalmente	3	1,4	Concordo moderadamente
	Discordo moderadamente	8	3,7	
	Nem concordo nem discordo	57	26,6	
	Concordo moderadamente	110	51,4	
	Concordo totalmente	36	16,8	
	Total	214	100	
tem poucos interesses artísticos	Concordo totalmente	12	5,6	Discordo moderadamente
	Concordo moderadamente	28	13,1	
	Nem concordo nem discordo	57	26,6	
	Discordo moderadamente	60	28	
	Discordo totalmente	57	26,6	
	Total	214	100	
é sofisticado/a na arte, música ou literatura	Discordo totalmente	15	7	Nem concordo nem discordo
	Discordo moderadamente	44	20,6	
	Nem concordo nem discordo	85	39,7	
	Concordo moderadamente	47	22	
	Concordo totalmente	23	10,7	
	Total	214	100	

Tabela 23. Análise estatística descritiva das questões que constituem a subescala do *Burnout* pessoal do CBI.
Fi: frequência absoluta; fi (%): frequência relativa, em percentagem.

Análise estatística descritiva – CBI <i>Score Burnout</i> pessoal					
Número	Questão	Opções de resposta	Fi	fi (%)	Moda
27 + 28	Com que frequência se sente cansado/a?	Nunca / quase nunca	3	1,4	Frequentemente
		Raramente	17	7,9	
		Às vezes	77	36	
		Frequentemente	93	43,5	
		Sempre	24	11,2	
		Total	214	100	

Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	Nunca / quase nunca	7	3,3	Frequentemente
	Raramente	35	16,4	
	Às vezes	76	35,5	
	Frequentemente	81	37,9	
	Sempre	15	7	
	Total	214	100	
Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	Nunca / quase nunca	5	2,3	Às vezes
	Raramente	28	13,1	
	Às vezes	90	42,1	
	Frequentemente	72	33,6	
	Sempre	19	8,9	
	Total	214	100	
Com que frequência pensa: “Eu não aguento mais isto”?	Nunca / quase nunca	39	18,2	Às vezes
	Raramente	55	25,7	
	Às vezes	68	31,8	
	Frequentemente	42	19,6	
	Sempre	10	4,7	
	Total	214	100	
Com que frequência se sente fatigado/a?	Nunca / quase nunca	3	1,4	Frequentemente
	Raramente	11	5,1	
	Às vezes	81	37,9	
	Frequentemente	99	46,3	
	Sempre	20	9,3	
	Total	214	100	
Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	Nunca / quase nunca	18	8,4	Às vezes
	Raramente	72	33,6	
	Às vezes	85	39,7	
	Frequentemente	31	14,5	
	Sempre	8	3,7	
	Total	214	100	

Tabela 24. Análise estatística descritiva das questões que constituem a subescala do *Burnout* relacionado com o trabalho do CBI.
 Fi: frequência absoluta; fi (%): frequência relativa, em percentagem.

Análise estatística descritiva - CBI <i>Score Burnout</i> relacionado com o trabalho					
Número	Questão	Opções de resposta	Fi	fi (%)	Moda
27 + 28	O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	Muito pouco	5	2,3	Bastante
		Pouco	15	7	
		Assim, assim	39	18,2	
		Bastante	102	47,7	
		Muito	53	24,8	
		Total	214	100	
	Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	Muito pouco	11	5,1	Bastante
		Pouco	37	17,3	
		Assim, assim	64	29,9	
		Bastante	65	30,4	
		Muito	37	17,3	
		Total	214	100	
	O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?	Muito pouco	21	9,8	Assim, assim
		Pouco	55	25,7	
		Assim, assim	78	36,4	
		Bastante	47	22	
		Muito	13	6,1	
		Total	214	100	
	Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	Nunca / quase nunca	3	1,4	Frequentemente
		Raramente	26	12,1	
		Às vezes	71	33,2	
		Frequentemente	81	37,9	
		Sempre	33	15,4	
		Total	214	100	
	Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	Nunca / quase nunca	32	15	Às vezes
		Raramente	44	20,6	
		Às vezes	70	32,7	
		Frequentemente	48	22,4	
		Sempre	20	9,3	
		Total	214	100	
	Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	Nunca / quase nunca	13	6,1	Às vezes
		Raramente	50	23,4	
		Às vezes	100	46,7	
		Frequentemente	39	18,2	

	Sempre	12	5,6	
	Total	214	100	
Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	Nunca / quase nunca	20	9,3	Às vezes
	Raramente	67	31,3	
	Às vezes	90	42,1	
	Frequentemente	27	12,6	
	Sempre	10	4,7	
	Total	214	100	

Tabela 25. Análise estatística descritiva das questões que constituem a subescala do *Burnout* relacionado com o utente do CBI. Fi: frequência absoluta; fi (%): frequência relativa, em percentagem.

Análise estatística descritiva - CBI <i>Score Burnout</i> relacionado com o utente					
Número	Questão	Opções de resposta	Fi	fi (%)	Moda
27 + 28	Acha difícil trabalhar com utentes?	Muito pouco	27	12,6	Assim, assim
		Pouco	51	23,8	
		Assim, assim	61	28,5	
		Bastante	51	23,8	
		Muito	24	11,2	
		Total	214	100	
	Acha frustrante trabalhar com utentes?	Muito pouco	50	23,4	Pouco
		Pouco	69	32,2	
		Assim, assim	62	29	
		Bastante	25	11,7	
		Muito	8	3,7	
		Total	214	100	
	Trabalhar com utentes deixa-o/a sem energia?	Muito pouco	30	14	Assim, assim
		Pouco	53	24,8	
		Assim, assim	76	35,5	
		Bastante	40	18,7	
		Muito	15	7	
		Total	214	100	
	Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	Muito pouco	9	4,2	Bastante
		Pouco	33	15,4	
		Assim, assim	39	18,2	
		Bastante	71	33,2	
		Muito	62	29	
		Total	214	100	

Está cansado de trabalhar com utentes?	Nunca / quase nunca	43	20,1	Às vezes
	Raramente	52	24,3	
	Às vezes	76	35,5	
	Frequentemente	37	17,3	
	Sempre	6	2,8	
	Total	214	100	
Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	Nunca / quase nunca	23	10,7	Frequentemente
	Raramente	32	15	
	Às vezes	68	31,8	
	Frequentemente	76	35,5	
	Sempre	15	7	
	Total	214	100	

Tabela 26. Análise estatística descritiva das três escalas do CBI (tendo em conta o ponto de corte).
Fi: frequência absoluta; fi (%): frequência relativa, em percentagem.

Análise estatística descritiva - Scores e valores CBI				
Questão	Opções de resposta	Fi	fi (%)	Moda
Valores <i>Burnout</i> pessoal	<50	79	36,9	≥ 50
	≥ 50	135	63,1	
	Total	214	100	
Valores <i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	<50	81	37,9	≥ 50
	≥ 50	133	62,1	
	Total	214	100	
Valores <i>Burnout</i> relacionado com o utente	<50	104	48,6	≥ 50
	≥ 50	110	51,4	
	Total	214	100	

Tabela 27. Análise estatística descritiva das questões finais do questionário do estudo.
Fi: frequência absoluta; fi (%): frequência relativa, em percentagem.

Análise estatística descritiva - Questões finais					
Número	Questão	Opções de resposta	Fi	fi (%)	Moda
29	Deseja ser contactado caso se verifique a possibilidade de presença de Síndrome de <i>Burnout</i> através das suas respostas?	Sim	112	52,3	Sim
		Não	102	47,7	
		Total	214	100	
30	Deseja participar no sorteio do cartão oferta FNAC no valor de 20€?	Sim	159	74,3	Sim
		Não	55	25,7	
		Total	214	100	