

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



“Haverá sempre cem homens, talvez mais, que sabem exactamente como uma coisa funciona, ou como foi concebida, ou como é construída e todos eles trabalharão sempre para o homem que sabe o porquê”

(Hugo N. Gerstl *in* “O Cronista- A Historia da Papisa Joana”)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer á Professora Doutora Lúdia Cabral, a orientadora deste trabalho. A sua confiança, partilha, amizade, incentivo, palavra amiga e motivação foram um apoio fundamental para que este trabalho se concretizasse e aqui expresso o meu sincero agradecimento.

Ao Professor Doutor João Duarte, pela sua disponibilidade, partilha de conhecimento e saber e pela sua grande paciência em me orientar em toda a análise estatística deste trabalho.

Não posso deixar de agradecer aos diferentes colegas e amigos que mais uma vez se mostraram disponíveis a partilhar comigo mais esta etapa importante da minha vida.

A todos os elementos da Administração dos Hospitais da A.R.S.- Centro e Coordenadores dos diferentes serviços de Fisioterapia que autorizaram a realização dos questionários indispensáveis á concretização deste trabalho, não menosprezando todos aqueles que aqui não forem referidos.

Por último, não posso deixar de agradecer à minha família, nomeadamente a minha mãe Maria de Lourdes, ao meu pai Celso, á minha irmã Dani que desde o início me incentivaram a continuar e a lutar até ao fim, muitas vezes saindo prejudicados devido à minha indisponibilidade durante a realização deste trabalho.

Gostaria de dedicar este trabalho aos meus filhos Margarida e Afonso, os principais lesados pelas minhas “ausências” mas que apesar das suas tenras idades sempre me incentivaram a ir “à minha Escola” e realizar o mestrado, pois sabiam que era mais uma etapa importante na vida da mãe

A TODOS O MEU MAIS SINCERO E TERNO AGRADECIMENTO

Resumo

Enquadramento: O fisioterapeuta, durante a execução das suas actividades profissionais, está exposto a cargas emocionais e físicas que o leva muitas vezes a um estado de exaustão emocional conhecido por Burnout

Objectivos: Determinar a prevalência dos índices de burnout nos fisioterapeutas a trabalhar nos hospitais da Região de Saúde do Centro, determinar a influência das variáveis socio demográficas e profissionais e avaliar a influência das variáveis psicológicas no síndrome de Burnout

Métodos: Estudo observacional, transversal, descritivo correlacional e analítico realizado numa amostra não probabilística por conveniência constituída por 85 fisioterapeutas a exercerem funções nos Hospitais da Administração Regional de Saúde do Centro. Usou-se um questionário que integra um conjunto de questões direccionado a recolher dados sócio- demográficos e profissionais e pelas escalas de afectos positivos e negativos (PANAS), de personalidade de Eysenk, de Satisfação no Trabalho e o Inventario de Maslach Burnout (MBI).

Resultados: A amostra é constituída maioritariamente pelo sexo feminino (84%), apresentando uma idade média de 39 anos, na sua maioria casados (57.6%), com tempo de serviço inferior ou igual a 12 anos (36.4%) e com vínculo à função pública. (53%). A maior percentagem dos participantes da amostra (45%) exhibe exaustão moderada e cerca de quatro em dez elevada exaustão. A primeira e única variável a tornar-se preditora da exaustão emocional e da realização pessoal é o balanço afectivo. As variáveis predictoras da despersonalização são o neuroticismo, a extroversão e a satisfação no trabalho .

Conclusão: O estado de burnout dos fisioterapeutas revela-se muito alto e conclui-se que os factores preditores deste síndrome são a balanço afectivo ,o neuroticismo, a extroversão e a satisfação com o trabalho.

Palavras-Chave: Fisioterapeutas, Síndrome de Burnout, Satisfação no trabalho, Personalidade, Bem-estar.

Abstract

Framework: The physiotherapist, during the execution of business activities, is exposed to emotional and physical burdens that often leads to a state of emotional exhaustion known as burnout

Objectives: To determine the prevalence rates of burnout phy-ing us to work in hospitals in the Region Health Center, to determine the influence of socio demographic and professional variables and evaluate the influence of psychological variables in burnout

Methods: An observational, cross-sectional, correlational descriptive and analytical performed in a non-probabilistic convenience sample consisting of 85-fisiote rapeutas to perform duties in Hospitals Regional Health Center. It used a questionnaire that includes a set of questions aimed to collect socio-demographic and professional data and the scales of positive and negative segments (PANAS), the Eysenck Personality, Job Satisfaction and Maslach Burnout inventory (MBI).

Results: The sample is composed mostly of females (84%), with a mean age of 39 years in mostly married (57.6%), with service time less than or equal to 12 years (36.4%) and with ties to the pub-lic function. (53%). A higher percentage of participants in the sample (45%) displays moderate depletion and nearly four in ten high exhaustion. The first and only variable to become a predictor of emotional exhaustion and personal accomplishment is the emotional balance. Predictors of depersonalization are neuroticism, extroversion and job satisfaction.

Conclusion: The state of burnout of physical therapists proves to be very high and it is concluded that the predictive factors of this syndrome are the emotional swing, neuroticism, and extraversion and job satisfaction.

Keywords: Physiotherapists, Burnout Syndrome, satisfaction at work, Personality, Well-being.

Sumário:

Lista de Tabelas

Lista de Figuras

Lista de Quadros

Lista de Siglas

1-INTRODUÇÃO

1ª PARTE - Enquadramento Teórico

CAPITULO 1-HISTÓRIA DA FISIOTERAPIA.....

1.1- HISTÓRIA DA FISIOTERAPIA EM PORTUGAL 29

CAPITULO 2- DEFINIÇÃO DE CONCEITOS...

2.1-CONCEITO DE SAÚDE..... 37

2.2-CONCEITO DE BURNOUT..... 43

2.3- CONCEITO DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO 49

2.4- CONCEITO DE BEM-ESTAR SUBJECTIVO..... 55

2.5-CONCEITO DE PERSONALIDADE 59

2ª PARTE –Estudo Empírico

3-METODOLOGIA..... 65

3.1 – METODOS..... 65

3.2– PARTICIPANTES..... 68

3.2.1-Characterização sociodemográfica da amostra..... 68

3.3– INSTRUMENTOS..... 73

3.3.1 Escala sobre a Satisfação Geral no Trabalho..... 73

3.3.2 Escala de bem-estar subjectivo..... 74

3.3.3 Inventário da Personalidade de Eysenk..... 76

3.3.4 - Maslach Burnout Inventory – M.B.I..... 77

3.4-PROCEDIMENTOS..... 82

3.5-ANÁLISE DE DADOS.....	83
4-RESULTADOS.....	86
4.1- ANÁLISE DESCRITIVA.....	86
4.1.1- Satisfação no trabalho.....	86
4.1.2 – Bem estar subjectivo.....	88
4.1.3 – Personalidade de Eysenk	91
4.1.4 – Síndrome de Burnout.....	94
4.2 – ANÁLISE INFERENCIAL.....	99
5- DISCUSSÃO DE RESULTADOS e CONCLUSÃO.....	111
Bibliografia.....	119
Anexos	125

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade	69
Tabela 2- Caracterização sociodemográfica da amostra em função do sexo	70
Tabela 3 – Estatísticas relativas ao tempo de profissão	70
Tabela 4- Estatísticas relativas ao tempo de exercício na instituição	71
Tabela 5 – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género	72
Tabela 6- Correlações de Pearson para as 3 dimensões de Burnout	81
Tabela 7 – Estatísticas relativas à satisfação geral no trabalho dos Fisioterapeutas	86
Tabela 8- Caracterização da satisfação/insatisfação geral do trabalho dos Fisioterapeutas	87
Tabela 9 – Estatísticas relativas ao bem-estar subjetivo	88
Tabela 10 - Teste de U Mann-Whitney entre género e bem-estar subjetivo	89
Tabela 11 – Análise de variância a um factor entre idade e bem estar subjetivo	89
Tabela 12 – Teste t para diferença de médias entre estado civil e bem estar subjetivo	90
Tabela 13 – Análise de variância a um factor entre tempo de serviço e bem estar subjetivo	90
Tabela 14 – Teste t para diferença de médias vínculo à instituição e bem estar subjetivo	90
Tabela 15 – Teste t para diferença de médias entre satisfação no trabalho e bem estar subjetivo	91

Tabela 16 - Estatísticas para a Personalidade	92
Tabela 17 - Teste de U Mann Whitney entre género e personalidade	92
Tabela 18 – Analise de variância a um factor entre idade e personalidade	92
Tabela 19 – Teste t para diferença de médias entre estado civil e tipo de personalidade	93
Tabela 20 – Analise de variância a um factor entre tempo de serviço e tipo de personalidade	93
Tabela 21 – Teste t para diferença de médias vinculo à instituição e personalidade	93
Tabela 22 – Teste t para diferença de médias entre satisfação no trabalho e personalidade	94
Tabela 23 _ Estatísticas relativas à síndrome de Burnout	95
Tabela 24 - Caracterização e relação da exaustão com as variáveis demográficas e profissionais	96
Tabela 25- Caracterização do cinismo em função das variáveis demográficas e profissionais	96
Tabela 26- Caracterização da eficácia em função das variáveis demográficas e profissionais	97
Tabela 27 - Caracterização do burnout em função das variáveis demográficas e profissionais	98
Tabela 28- Teste de U Mann Whitney entre sexo e Síndrome de Burnout	100
Tabela 29 – Análise de variância a um factor entre idade e Síndrome de Burnout	100
Tabela 30 – Teste t para diferença de médias entre estado civil e Síndrome de Burnout	101

Tabela 31 – Análise de variância a um factor entre tempo de exercício profissional e Síndrome de Burnout	101
Tabela 32 – Teste t para diferença de médias vínculo à instituição e Síndrome de Burnout	101
Tabela 33 – Teste t para diferença de médias entre satisfação no trabalho e Burnout	102
Tabela 34 – Correlação de Pearson entre Exaustão e variáveis independentes.	103
Tabela 35 – Correlação de Pearson entre Cinismo e variáveis independentes	104
Tabela 36 – Correlação de Pearson entre Eficácia e variáveis independentes	106

Índice de figuras

Figura 1 - Esquema conceptual da investigação

66

Índice de Quadros

Quadro 1 - Consistência Interna da escala Panas	75
Quadro 2-Estrutura factorial da PANAS para a amostra dos fisioterapeutas	76
Quadro 3- Consistência interna da escala de Burnout	79
Quadro 4– Estatísticas e valores de alfa de Cronbach por subescala	80
Quadro 5 – Comparação dos valores de alfa do estudo actual com a escala original por sub-escala	81
Quadro 6– Estrutura e “loadings” factoriais do M.B.I. na amostra fisioterapeutas	82
Quadro 7 – Regressão múltipla entre Exaustão e as variáveis independentes	104
Quadro 8 – Regressão múltipla entre variáveis independentes e Cinismo	106
Quadro 9 – Regressão múltipla entre Eficácia e as variáveis independentes	107

Índice de Siglas

O.M.S.	Organização Mundial de Saúde
PANAS	Positive and Negative Affect Schedule
Ft'(s)	Fisioterapeuta(s)
D.L.	Decreto-lei
WHO	World Health Organization
A.R.S.-Centro	Administração Regional de Saúde do Centro

Introdução

Sabe-se que “Saúde” é um factor essencial à vida e um valor que supera todos os outros ao longo da existência de cada indivíduo na criação de bem-estar, de capacidade de trabalho e de felicidade pessoal.

Recentemente tem-se dado mais atenção à importância das variáveis profissionais, sociais e ambientais na medição de saúde (Organização Mundial de Saúde[OMS]1991). Uma (...) vertente de investigação tem-se debruçado sobre o impacto dos factores psicológicos, como o *stress* e a personalidade, no estado de saúde. (Bennet e Murphy, 1999) citado por Gonçalves (2008)

O trabalho adquiriu uma grande relevância social, no entanto o interesse pela produtividade e pela eficiência nem sempre é acompanhado de condições dignas e adequadas, recursos suficientes e postos de trabalho que tenham em conta as características das pessoas, as suas necessidades, aptidões e interesses.

Assim, é necessário conseguir que a experiência de trabalho, uma das formas culturais mais importantes para o desenvolvimento pessoal e social, não se converta numa fonte de *stress* para o indivíduo, afectando não só a componente profissional, mas também a componente emocional, social e familiar.

Sendo o ***stress* laboral umas das principais formas de stress que afectam a nossa sociedade, as consequências que podem advir de lidar inadequadamente com o stress podem** repercutir-se a nível físico, psicológico e comportamental e causar custos tanto ao indivíduo como às organizações e sociedade em geral (Agencia Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho, em <https://osha.europa.eu/pt/front-page> consultado a 15 de Setembro 2013.)

O campo do stress laboral facilmente se relaciona com controvérsias sociais, lutas entre a gestão e o trabalho, e os efeitos psicológicos criados por ele, isto é, as suas repercussões psicológicas e sociológicas (Melo,1999),citados por Gomes, Cruz e Cabanelas (2009). As pessoas sofrem de *stress* quando sentem que há **um desequilíbrio entre as solicitações que lhes são feitas e os recursos de que dispõem para responder a essas solicitações**. Embora seja psicológico, o *stress* afecta igualmente a saúde física do indivíduo.

Cada indivíduo reage de forma diferente às mesmas circunstâncias. Umas pessoas reagem melhor do que outras à pressão de muitas solicitações mas o que conta é a avaliação subjectiva que cada indivíduo faz da ocorrência não sendo possível determinar com base exclusivamente na situação o *stress* que esta pode provocar. (Agencia Europeia de

Segurança e Saúde no Trabalho em <https://osha.europa.eu/pt/front-page> consultado em 15 de Setembro 2013)

O fisioterapeuta, enquanto profissional de saúde inserido numa equipa de saúde surge na década de 1960. Na década de setenta, integrados na carreira de Técnicos Terapeutas (Decreto-Lei nº 414/71), os profissionais começaram a sair das instituições e a envolver-se no âmbito da prática privada. A qualidade dos serviços prestados em instituições e Centros Especializados (Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão), o reduzido número de fisioterapeutas (inferior a 200), um amplo espaço no mercado de trabalho entre outros aspectos, levam á dificuldade de afirmação destes profissionais. (Vital, Baltazar, Gavinho, e Mendes ,2006)

Sendo os fisioterapeutas, profissionais de saúde que diariamente lidam com o doente e as suas famílias e com a sua dor e sofrimento, estes profissionais estão muitas vezes sujeitos a um relacionamento emocional desigual em que “se dá mais do que o que se recebe”, o que pode constituir muitas vezes uma base para o *stress*. É como se a pessoa que presta a ajuda fosse “esvaziada” de sentimentos.

Foi tendo presente estes pressupostos que surgiram as nossas questões de investigação: (i) “Qual a prevalência de burnout dos fisioterapeutas a trabalhar nos hospitais da ARS- Centro; (ii) Que factores sociodemográficos e profissionais influenciam a síndrome de burnout nos fisioterapeutas no seu local de trabalho; (iii) Qual a influência das variáveis psicológicas no aparecimento de síndrome de burnout nos fisioterapeutas a trabalhar nos hospitais da Região de Saúde do Centro

Assim, por forma a darmos resposta às questões de investigação formuladas defini-ram-se os seguintes objectivos:

- Determinar a prevalência de burnout nos fisioterapeutas a trabalhar nos hospitais da Região de Saúde do Centro
- Identificar as variáveis socio demográficas e profissionais que influenciam a síndrome de burnout dos fisioterapeutas a trabalhar nos hospitais da Região de Saúde do Centro
- Avaliar a influência das variáveis psicológicas no aparecimento do burnout dos fisioterapeutas a trabalhar nos hospitais da Região de Saúde do Centro

Desenvolvemos para o efeito um estudo observacional, transversal, descritivo correlacional e analítico, dado que apenas nos limitamos a observar os acontecimentos e as circunstâncias em que ocorrem os eventos tal como se observam na actualidade sem intervir nos mesmos.

Foi aplicado um questionário constituído por um conjunto de questões direccionado a recolher dados sócio- demográficos e de contexto profissional e por outros instrumentos de medida como a escala de afectos positivos e negativos (Versão portuguesa de PANAS) escala de personalidade de Eysenk, escala de Satisfação no Trabalho e Inventario de Maslach Burnout (MBI), a uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 139 (cento e trinta e nove) fisioterapeutas

O presente estudo encontra-se estruturado em duas partes fundamentais. Uma primeira parte, constituiu o enquadramento teórico onde se pode encontrar conceitos e definições que poderão ajudar a uma melhor compreensão do que se pretende estudar. Assim, após realizamos uma breve revisão sobre a História da Fisioterapia em Portugal evidenciando o caminho tortuoso que esta profissão percorreu iremos conceptualizar o que se entende por saúde, definida pela Organização Mundial de Saúde e por contextualizarmos a Síndrome de Burnout, definido por Seabra, (2008) como "uma experiência de exaustão física, emocional e mental, causada pelo envolvimento a longo prazo em situações que são emocionalmente exigentes"

Após a referida revisão, reconhecemos ser pertinente abordarmos os diferentes constructos que cada um dos instrumentos por nós utilizados encerra

- A Satisfação no trabalho pois o trabalho representa, independentemente da percepção individual, uma dimensão fundamental da vida das sociedades modernas.
- O bem-estar Subjectivo porque é uma dimensão positiva da Saúde e finalmente
- A personalidade pois este conceito refere-se à consistência do comportamento das pessoas ao longo do tempo e situações, ao mesmo tempo em que explica sua singularidade.

A segunda parte respeita à investigação empírica e subdivide-se em quatro capítulos onde podemos analisar a conceptualização, questões e objectivos do estudo, os participantes com a sua caracterização sociodemográfica, diferentes instrumentos de medida, os procedimentos e a análise de dados. Nos capítulos seguintes apresentamos os resultados do estudo com a inserção da estatística descritiva e inferencial e a respectiva discussão.

Terminamos com as conclusões do estudo, as suas limitações e sugestões de investigações futuras.

Após esta breve introdução e como este trabalho se direcciona a estudar a Síndrome de Burnout em fisioterapeutas a trabalhar em hospitais da Administração Regional de Saúde da zona centro considerou-se ser importante uma revisão literária sobre da

história da Fisioterapia em Portugal e dos conceitos de Saúde, Síndrome de Burnout, Satisfação no trabalho, Bem-estar subjectivo e Personalidade, visto serem as variáveis que vamos estudar durante a nossa investigação.

I Parte

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo Um
História da Fisioterapia

1- Breve Historia da Fisioterapia em Portugal

Oração da Fisioterapia

“Senhor, eu sou FISIOTERAPEUTA. (...)

Alguém junto de alguém.

Não mecânico de uma engrenagem, mas gente reabilitando gente.

Que todo aquele que me procura em busca de cura física

encontre em mim algo mais que o profissional. . .

Que eu saiba parar para ouvi-lo... sentar junto ao seu leito par animá-lo.

É muito importante, Senhor: que eu não perca a capacidade de chorar.

Que eu saiba ser **FISIOTERAPEUTA...**”

Lima,R. (sd)

O Fisioterapeuta actua na recuperação, reeducação, reabilitação e prevenção de incapacidades originadas por disfunções físicas, do foro funcional músculo-esquelético, cardiovascular, respiratório e neurológico, e disfunções psíquicas, com o objectivo de desenvolver a máxima funcionalidade e qualidade de vida dos indivíduos.

A sua intervenção centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo. Utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas técnicas manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção de saúde e prevenção da doença, da deficiência, da incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida.

Para além das duas grandes áreas de intervenção do Fisioterapeuta, o diagnóstico e a terapêutica, este profissional pode também intervir ao nível da prevenção e promoção da saúde, da investigação, da gestão e do ensino.

(D.L. nº. 564/99 de 21/12; D.L. nº. 261/93 de 24/07 e D.L. nº. 320/99 de 11/08)

Os Fisioterapeutas são um grupo profissional recente na área da saúde. (Vital,Baltazar,Gavinho & Mendes,2006).

A primeira evocação às profissões de saúde onde também se inclui a fisioterapia é distante e dispersa, não havendo correspondência exacta de datas. (Rebelo,2008)

No contexto português, o desenvolvimento da Fisioterapia remonta ao início do século, reflectindo a nossa história e cultura, bem como a natureza da organização da saúde no país ao longo deste período.

Numa perspectiva sociológica, a profissionalização de um grupo ocupacional dependerá, acima de tudo, quer da negociação da divisão do trabalho, quer da criação de espaços próprios no mercado de trabalho, conquistado pela influência desse grupo e dos seus membros enquanto actores na cena social (Paradeise, 1988). Para a compreensão da situação actual do grupo profissional dos fisioterapeutas portugueses torna-se necessária uma perspectiva histórica (Rodrigues, 1997) e uma abordagem que permita, por um lado, identificar os estatutos e jogos sociais (McDonald, 1995; Rodrigues, 1997), e, por outro, analisar as condições que permitem às profissões desenvolverem e manterem situações de privilégio e de poder (Carapinheiro, 1994; Freidson, 1998), citados por Vital et al. (2006)

Segundo os mesmos autores, as profissões da saúde surgiram como resultado do alargamento do âmbito da medicina (Blane, 1991). Deste modo, foram sendo criadas ocupações para o desempenho de trabalhos menores que não requeriam saberes diferenciados nem actividade conceptual. Esses grupos de assalariados, formados pelas instituições e para as instituições, ficavam subordinados à profissão médica. Segundo Freidson, esta dominância médica, assume várias formas (Freidson, 1998): a subordinação (capacidade de controlar directamente o exercício de outros profissionais); a limitação (capacidade de delimitar o território de outros grupos ocupacionais); e a exclusão (capacidade de negar legitimidade de certas práticas características de grupos ocupacionais). O trabalhador paramédico que resulta desta forma de dominância é uma realidade mais sociológica que técnicos (Freidson, 1998) citados por Vital et al. (2006)

Conforme Coutinho (1998), citado por Fernandes (2003) em “A Declaração de Bolonha e o Ensino da Fisioterapia em Portugal” no seu estudo sobre as atitudes dos fisioterapeutas face ao exercício e ao ensino, faz uma análise exaustiva dos diplomas legais publicados oficialmente pelo Estado português, tendo identificado cinco etapas distintas no processo de desenvolvimento da fisioterapia que a seguir se enumeram:

1ª Etapa: Técnicas Médicas

2ª Etapa: Auxiliares de Fisioterapia e Fisioterapeutas

3ª Etapa: Técnicos Auxiliares dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica/Fisioterapeuta

4ª Etapa: Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

5ª Etapa: Enquadramento legal do exercício e integração da Fisioterapia no ensino superior

A estas etapas ousamos juntar mais uma, a 6ª etapa, e que corresponde a licenciatura biotápica em Fisioterapia (Fernandes,2003)

Assim se desenrola a actividade daqueles trabalhadores que se desdobram em múltiplos ofícios. O fisioterapeuta a tempo inteiro surge na década de 1960. Na década de setenta, integrados na carreira de Técnicos Terapeutas (Decreto-Lei nº 414/71), os profissionais começaram a sair das instituições e a envolver-se no âmbito da prática privada. A qualidade dos serviços prestados em instituições e Centros Especializados (Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão), o reduzido número de fisioterapeutas (inferior a 200), um amplo espaço no mercado de trabalho (...) (Vital et al.,2006) levam à dificuldade de afirmação destes profissionais.

A queda do antigo regime, em 25 de Abril de 1974, poderá ter causado uma alteração no jogo de influências e ter servido para o grupo profissional médico reforçar o seu lugar de destaque. Em consequência desta conjuntura foi bloqueado o acesso ao ensino superior como atrás já referido. Em 1977 foi promulgado o Decreto-Lei no 87/77 de 30 de Dezembro, que criou a Carreira dos Técnicos Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica e determinou um retrocesso no processo de profissionalização. O título de Fisioterapeuta ficou “embrulhado” no pacote das carreiras de Técnicos Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica com níveis habilitacionais mais baixos e que acediam a esta carreira através de cursos de formação que visavam o “adestramento destes técnicos” conforme referia a Portaria no 18523 de 12 de Junho de 1961. Foi impedida a actividade liberal autónoma e a prática profissional passou a ser mais “disciplinada” pela classe médica. A própria definição de Fisioterapia na legislação portuguesa revela a vulnerabilidade e “incapacidade” do Estado como elemento regulador desta actividade laboral. Apenas em 1993, o Ministério da Saúde viria a definir a Fisioterapia, pela primeira vez (Decreto-Lei no 261/93 de 24 de Julho). Até essa data a definição da Fisioterapia era evitada preferindo-se definir e enquadrar o âmbito de actuação do fisioterapeuta. Na mesma época, foi possível assistir a várias definições, consoante os contextos do exercício profissional (Classificação Nacional das Profissões, de 1980; Portaria Regulamentadora do Trabalho para os Trabalhadores ao Serviço de Instituições Particulares de Solidariedade Social, D.R. 1ª Série, no 31, 22/85; e Portaria no 256-A/86 de 28 de Maio). No momento presente, mesmo depois da publicação do Decreto-Lei no 564/99 de 21 de Dezembro, que permite ao fisioterapeuta assumir novas atitudes e responsabilidades, o controlo do pro-

cesso de trabalho não está nas mãos do fisioterapeuta. Assiste-se, contudo, a uma autonomia técnica, mais ou menos “elástica”, consoante os contextos dos locais de trabalho. Vital et al. (2006)

Remetendo aos mesmos autores, estes afirmam:

O modelo do processo educativo transita sem sobressaltos da década de 60 para os anos 70. A década de 70 assiste a uma transformação social radical com a “Revolução de Abril”, em 1974. No que diz respeito à formação dos fisioterapeutas, assistiu-se a um forte movimento que visava o reconhecimento académico da formação, sendo proposta a sua integração no sistema educativo, ao nível do ensino superior. Foram desenvolvidos contactos com o Ministério da Educação. Este Ministério assumiu protagonismo ao liderar aquele projecto de integração no que seria apoiado pelo Banco Mundial que garantiria a sua viabilidade, conforme é referido no Relatório MCKIE. Entretanto, em Novembro de 1977, o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, do qual a Escola de Reabilitação fazia parte, passou para a tutela da Direcção Geral dos Hospitais (DGH). Este organismo, que era contrário à integração da formação dos fisioterapeutas no nível de ensino superior, inviabilizou aquela mudança. No mesmo ano, ocorreram alterações importantes na carreira dos fisioterapeutas, mas como a regulamentação específica sobre o ensino não foi revogada, mantiveram-se os mesmos níveis de formação.

Pretendendo abrir o ensino superior de curta duração às profissões da área da saúde, o Ministério da Educação convidou, em 1979, um perito britânico, o Prof J. McKie, para avaliar a situação e emitir um parecer. O relatório McKie (McKie, 1979), permitiria compreender a situação do ensino dos fisioterapeutas e revelar a posição antagónica dos dois ministérios. O relatório concluiria pela viabilidade da implementação do ensino superior, em moldes que seguiriam o padrão de ensino ministrado pela Escola de Reabilitação de Alcoitão, onde fisioterapeutas e outros técnicos eram formados a níveis aceites internacionalmente. Este relatório frisava a vantagem de serem adoptados padrões de formação académica e não de treino técnico, permitindo aos profissionais formados estarem ao nível do contexto europeu e preparando-os para as constantes mudanças tecnológicas e do mercado de emprego. Deste relatório resultou um Despacho Conjunto dos dois ministérios envolvidos, que criaria um grupo de trabalho encarregue de apresentar um estudo sobre a viabilidade de reconversão dos cursos da Escola de Reabilitação de Alcoitão em cursos de ensino superior de curta duração. Os resultados desse grupo de trabalho nunca viriam a ser conhecidos.

Em 1979, é criado o Ensino Superior Politécnico e surgem, nos Institutos Superiores Politécnicos de Lisboa e do Porto, as Escolas Superiores de Saúde (Decreto-Lei no 513-T/79, de 26 de Dezembro), cuja concretização aconteceria, apenas, na década de noventa.

Estavam reunidas as condições técnicas e legais para a integração da formação académica no ensino superior (...) (Vital et al.,2006)

No início dos anos 80, foi publicada a Portaria no 709/80 de 23 de Setembro que criou os Centros de Formação de Técnicos Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica de Lisboa, Porto e Coimbra, que sucederam aos Centros de Formação criados pela Portaria nº18523 de 1961. Estes Centros, coordenados pelo Departamento dos Recursos Humanos do Ministério da Saúde, passaram a dar início à formação de fisioterapeutas, à luz das alterações introduzidas pelo Decreto-Lei no 87/77. Como condição de admissão era exigido o 9º ano de escolaridade.

Do movimento de protesto protagonizado (...) resultaria a publicação do Despacho no 59/80 de 31 de Dezembro, do Ministro dos Assuntos Sociais, que determinou a suspensão da formação de Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais e Terapeutas da Fala naqueles Centros. Este Despacho não chegou a produzir efeitos ao nível dos referidos Centros de Formação. A situação não seria objecto de qualquer clarificação.

Os mesmos autores referem ainda que com o Decreto-Lei no 371/82, de 10 de Setembro, preconizou a revisão das estruturas de ensino, considerando como fazendo parte integrante do sistema de formação de fisioterapeutas a Escola de Reabilitação de Alcoitão e as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Lisboa, do Porto e de Coimbra. A estas Escolas foram atribuídas responsabilidades para “desenvolver actividades relacionadas com a formação e aperfeiçoamento do pessoal técnico auxiliar dos serviços de saúde” (preâmbulo do Decreto- Lei no 371/82, de 10 de Setembro).

Em 1985, após demorado processo negocial, foi publicado o Decreto-Lei nº384-B/85, de 30 de Setembro, que extinguiu a Carreira de Técnico Auxiliar e criou a Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) onde se integraram os fisioterapeutas. Este diploma passaria a exigir o 12º ano para admissão nos cursos e fazia uma revisão curricular e do perfil funcional dos respectivos profissionais.

Em 1986, a entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia (CEE), imporia a necessidade de se proceder a ajustamentos na área da formação dos fisioterapeutas e dos TDT, em geral, no respeito pelas Directivas Europeias (Directiva Geral no 89/48 de 21 de Dezembro de 1988). Em 1993, com o Decreto-Lei no 415/93 de 23 de

Dezembro, as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde (ETSS) seriam integradas no sistema educativo nacional.

Seguir-se-iam a Escola de Saúde Militar e a Escola de Reabilitação de Alcoitão.

Finalmente, no final do século XX, a pretensão de ser criada uma licenciatura de raiz foi negada, sendo, contudo, tornado possível aceder ao grau de licenciatura através de uma formação que seguiria um modelo bietápico. Após o grau académico de Bacharelato foi dada a possibilidade da obtenção do grau de Licenciado. No momento presente, e decorrendo da implementação do “Processo de Bolonha” assinado por 29 países, em 1999 está em curso o processo de uniformização do ensino superior ao nível do espaço europeu. (Vital et al.,2006)

Assim actualmente o curso de Fisioterapia é uma licenciatura bietápica constituída por dois ciclos. (Fernandes,2003)

Os fisioterapeutas usam os mesmos argumentos “funcionalistas” que outras profissões mais estabelecidas (Gosling, 1999; Gouveia & Lopes, 1990; Kjølørød & Thornquist, 2000; Lopes, 1990; Richardson, 1999), isto é, defendem o controlo na formação e conhecimento baseados numa formação prolongada, organização profissional com grupos de interesse e código deontológico e reclamam um ideal de serviço. (Vital et al.,2006)

Nos últimos anos tem-se assistido a uma explosão de cursos de fisioterapia ministrados em estabelecimentos de ensino superior tanto públicos como privados.

Naturalmente esta situação contribuirá para o desenvolvimento do ensino, mas também para o desenvolvimento da investigação em Fisioterapia, o que trará benefícios claros para a profissão e para os profissionais, contribuindo para a afirmação profissional dos fisioterapeutas. (Fernandes,2003)

Após esta breve revisão literária sobre história da Fisioterapia em Portugal, considerou-se importante fazer-se uma breve revisão literária dos conceitos abordados neste trabalho.

Capitulo Dois

Definição de Conceitos

2.1 – Conceito de saúde

"A saúde não é uma qualidade absoluta. Tem o valor que lhe é conferido pela cultura da sociedade"

Brockington, citado por Mendes (2008)

A saúde é considerada por Reis (2000), citada por Mendes (2008) como sendo:

“O mais alto nível de bem-estar, de capacidade funcional, e de capacidade de intervenção conseguido por cada um de nós, e pela comunidade, valorizando ao máximo as nossas próprias potencialidades e enfrentando, esclarecidamente, as nossas próprias limitações e condicionalismos pessoais (psicológicos e biológicos), e também as limitações e condicionalismos ambientais (comunitários e ecológicos), do ecossistema que nos rodeia”.

Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde “como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença. No entanto, as políticas em saúde e a própria formação dos profissionais sempre colocaram a prioridade no controle da morbidade e mortalidade.

A definição clássica da Organização Mundial de Saúde, inclui expressamente no mesmo conceito a saúde física ou corporal e a saúde mental ou psíquica e refere de maneira precisa um novo tipo de saúde social, que por um lado, está mais próxima da realidade e, por outro, acrescenta “consideráveis dificuldades à mensuração do fenómeno a que se refere, em face da necessidade de definir o que se entende por bem estar, conceito para o qual não há unanimidade de opiniões e cuja quantificação é muito problemática.

Esta definição baseia-se ainda num critério subjectivo (o de bem estar), que é difícil de traduzir em termos de observação ou em dados fisiológicos ou bioquímicos precisos, mensuráveis; mas sobrepõe este estado definido, de carácter positivo e especificamente considerado em todos os aspectos (físicos, mentais, sociais) que ligam o Homem ao meio, ao estado negativo, de ausência de doença. (Mendes,2008). A mesma autora refere ainda que a OMS (1986) expandiu e tornou mais objectivo o conceito de saúde definindo-a como “a extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve. Saúde é, dizem, vista como um recurso

para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não o objectivo de vida”.

Aos aspectos físicos ou biológicos, foram sendo agregados os psicológicos e os sociais, igualmente reconhecidos como causas de doenças. A medicina social, que já começava no século anterior, adquire um valor cada vez mais importante. A doença é estudada numa perspectiva global, ao analisar-se e estudar-se as situações, considerando quer o ambiente familiar, quer o meio onde as pessoas vivem e trabalham. (Mendes,2008)

Nesta definição fica implícito que o conceito de qualidade de vida é subjectivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos. (Fleck, 1999)

Em referência a Mendes. (2008), o que se entende hoje por saúde e doença foi surgindo do nada inicial, isto é, da incompreensão do homem primitivo dos fenómenos que o envolviam, suas causas e seus efeitos.

Seguindo uma perspectiva histórica, McDowell &Newell (1987) apresentam a evolução dos conceitos relacionados com a saúde nos últimos 150 anos. De início, saúde era definida em termos de sobrevivência, mais tarde foi vista como a negação de doença e depois como algo de positivo e resultante de uma força interior existente em cada um de nós. (Ferreira,1998)

Segundo Ferreira (1990): “Os povos primitivos começaram por criar sistemas de crenças, lendas, mitos e ritos mágicos e mágico-religiosos para explicarem o aparecimento das doenças e da morte. Mas a influência destas formas de pensar foi tão profunda e ficou tão vincada não formação cultural dos grupos humanos que continuou a fazer-se sentir geração após geração...”

No mundo contemporâneo, mesmo nos grupos mais evoluídos das populações urbanas com frequência muitas pessoas as lembram e praticam.

As formas de pensamento mágico-religiosas representaram a primeira fase de preocupações imaginativas do homem primitivo.

Parece ter sido o *Homo Sapiens Sapiens*, de há de uma dezena ou duas dezenas de milhares de anos, que a mente humana se aperfeiçoou a conceber ideias mais complexas sobre as causas da morte e das doenças.

Toda a evolução que vem da magia à prática médica diferenciada e às medidas sanitárias faz-se sem progresso continuado, mas por avanços e recuos dependentes do factor necessidade e da capacidade de iniciativa ou de interesse, condicionados pelas

contingências da vida das sociedades (guerras, lutas, fome, epidemias, crises político-sociais, aproveitamento de novas descobertas, sentido de imitação) (Ferreira, 1990).

Ainda hoje, não há uma única maneira de olharmos e de definirmos o conceito de saúde.

Assim, concomitante com a definição oficial, surge a opinião popular. A investigação nesta área preocupa-se com a relação entre as crenças referentes à saúde e o contexto cultural alargado na qual ela se situa. Neste contexto, consideramos os fenómenos de se sentir saudável e de se sentir doente. Esta abordagem encara o corpo humano como um todo, o que, obviamente pode variar com o *status*, a integração social, o sexo, ou a raça de cada indivíduo, entre outros factores. As pessoas podem ver-se como saudáveis mesmo estando gravemente doentes. O que interessa é a integridade da pessoa e a sua capacidade de lidar com os problemas de saúde. Os defensores desta abordagem argumentam que algumas pessoas são também capazes de definir saúde em termos funcionais e em termos da sua capacidade de desempenhar alguns papéis e responsabilidades, principalmente as tarefas do quotidiano.

Por fim, existem também opiniões populares referentes às causas de nos sentirmos doentes. Podem ser causadas por forças externas (forças sobrenaturais, uma resposta ou retaliação de qualquer erro cometido ou uma dádiva que permite aos indivíduos aproximarem-se de Deus) ou por factores endógenos (hereditariedade, stress e defeitos genéticos). (Ferreira, 1998)

Ambas as perspectivas, embora competindo, coexistem e trocam informação entre si. As próprias percepções populares são por vezes usadas pelos profissionais de saúde como apoio às tomadas de decisão. A saúde é, portanto, uma qualidade relativa. (...) (Ferreira, 1998)

Segundo o mesmo autor as definições que pertencem à categoria das dos profissionais de saúde podem ser apresentadas de uma forma negativa, a ausência de certas qualidades como a doença ou o sentir-se doente, ou de uma forma bem mais positiva. Ambas as formas são vitais para uma completa compreensão do significado do conceito de saúde.

O mesmo autor refere, ainda, que há duas perspectivas de encarar a saúde sob uma forma negativa. Pode ser encarada como a ausência de doença ou anormalidade corporal; ou pode ser vista como a ausência da sensação de se sentir doente, de ansiedade, de dor ou de *stress*, sensações que normalmente acompanham uma doença. De

acordo com esta abordagem negativa, as pessoas são saudáveis até ao ponto em que apresentam sinais de uma qualquer anormalidade corporal. Uma doença existe como resultado de um diagnóstico feito por um médico ou por um outro especialista. Alguns autores, no entanto, interrogam-se sobre a existência de normas universalmente aceites em relação às quais possamos falar em termos de normalidade ou anormalidade. Por outro lado, mesmo que exista um desvio destas normas não é necessariamente sinónimo de uma sensação stressante ou dolorosa.

Este último argumento é o principal responsável pelo deslocamento do enfoque da análise do conceito de estar doente para o conceito de se sentir doente, definido como o conjunto de sentimentos indesejáveis que podem ou não acompanhar uma doença. A saúde pode então ser definida como não se sentir doente, algo que se experimenta. Estaremos saudáveis se não sentirmos dor, ansiedade ou *stress*. O relativismo desta abordagem é acusado por alguns, que argumentam tratar-se de uma definição *ex-post*, ou seja, que só actuamos face à existência de certos sentimentos; prevenção é uma palavra que não faz parte deste vocabulário.

Mas a saúde pode também ser caracterizada em termos positivos e definida pela presença de certas qualidades. Seedhouse (1986) distinguiu diferentes teorias principais de definição de saúde em termos positivos.

A **primeira teoria**, considera saúde como um estado ideal. Nesta linha de raciocínio, a Organização Mundial de Saúde, ao definir saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (World Health Organization, 1946), constituiu um marco importante em toda esta discussão. Esta perspectiva denominada socrática é conceptualmente importante mas, segundo alguns autores, não está associada a uma operacionalização clara. Por outro lado, considera não saudável, todo o indivíduo que não atinja um bem-estar completo a nível físico, mental ou social (o que inclui, por exemplo, uma pessoa em estado de pobreza). (Ferreira , 1998)

Outro autor, (Mendes,2008), define a *saúde positiva*, como sendo “o estado do organismo que se aproxima da situação em que não sofre de doença ou de perturbação não sintomática que conduza à doença”. No presente não se avalia a *saúde positiva* das pessoas, mas procura-se conhecer a extensão e os efeitos da doença, avaliando a mortalidade e morbilidade, ainda que com diferenças acentuadas na eficiência da colheita de dados e da sua análise.

Uma **segunda teoria** vê a saúde como um bem, que é fornecido, dado

(através de cirurgia e medicamentos) ou perdido (a seguir a um acidente ou a uma doença), comprado (através de investimento em cuidados de saúde privados) ou vendido (em lojas de comida saudável ou em centros de manutenção física) através de cuidados médicos. Está estreitamente relacionada com o progresso alcançado pela medicina e é algo que existe independentemente das pessoas, um bem último.

Através desta perspectiva biomédica, as pessoas são naturalmente saudáveis e podem, sob certas circunstâncias, perder ou recuperar a saúde, procedendo a intervenções correctivas. É pouco mais do que uma matéria técnica, considerando saúde como uma série de qualidades definíveis e mensuráveis.

Uma **terceira teoria** considera saúde como um grau de ajuste, um estado de capacidade óptima de um indivíduo para o desempenho efectivo de tarefas e trabalho para as quais foi socializado (Parsons, 1972). A saúde já não é vista como um estado desejável por si, mas como uma medida no sentido do cumprimento de obrigações estratégicas de desempenho. Com base nesta perspectiva sociológica normativa, saúde significa o conjunto das funções físicas e mentais esperadas, é baseada nas normas e expectativas da sociedade e é definida como uma capacidade óptima, ignorando a existência de graus de saúde. (Mendes,2008)

A **quarta teoria** considera saúde como uma capacidade ou força interior. Esta perspectiva humanista encara saúde como uma resposta positiva aos problemas e sofrimentos da vida (Dubos, 1959) e parte do pressuposto de que todas as pessoas possuem uma força humana não quantificada, uma reserva de energia, onde a autodeterminação desempenha um papel importante. O radicalismo dos seus defensores em relação à influência médica vai ao ponto de afirmarem que impede as pessoas de se adaptarem, de uma forma autónoma, às circunstâncias da vida (Illich, 1977). Este tipo de perspectiva é de certo modo vaga e fornece pouca informação sobre a forma de medição destas forças ou capacidades. (Mendes,2008)

Também Seedhouse (1986), citado por Ferreira,(1998), defende que saúde é composta por vários factores, a que Seedhouse chama bases para a realização, que permitem às pessoas atingir os seus potenciais pessoais máximos. Entre estes factores podemos incluir as necessidades básicas da vida (alimentação, água e abrigo), o acesso à informação e a habilidade para desempenhar tarefas. A realização é caracterizada pela alegria, relaxamento, sensação de força e de se sentir bem comos outros.

A noção de saúde implicando o aumento da longevidade, de maior quantidade de vida, implica, acima de tudo, melhor qualidade de vida.

Para Ribeiro (1998), a saúde abrange cinco dimensões, cada uma delas incluindo várias áreas que podem coexistir equilibradamente, a saber: saúde emocional que inclui a gestão do *stress*, e os cuidados com as crises emocionais; a saúde social abrangendo relações com amigos, família e comunidade; saúde intelectual que abrange a educação, o desenvolvimento da carreira e a realização intelectual; a saúde espiritual que abrange aspectos como o amor, a esperança, a caridade e os objectivos de vida; a saúde física que abrange a condição física, a alimentação, os cuidados médicos e o controlo do abuso de substâncias

O homem, assim como os outros seres vivos, esteve e continuará a estar, sempre, em luta permanente e adaptação às condições variáveis ou de riscos e eventuais que o ambiente de vida lhe proporciona. Estas condições implicam correntemente perigos para a saúde, se a adaptação de cada indivíduo ou o afastamento desses perigos não forem adequados na intensidade do ajustamento e oportunos no tempo. Isso é consequência, da necessidade vital do indivíduo assegurar a sua sobrevivência fisiológica pelo equilíbrio adaptativo das funções orgânicas essenciais ao meio circundante em que procura ou é forçado a viver. (Mendes,2008)

Como salienta Ferreira, citado por Mendes (2008) “inventariar e tomar compreensíveis as razões das contingências múltiplas para a saúde e a própria vida que o homem tem encontrado, desde a obtenção dos alimentos indispensáveis, abrigos, vestuários e outros meios de protecção ou de luta contra as situações adversas, as doenças e os cataclismos, é trabalho complexo que poucas populações têm empreendido com determinação”

Pelo atrás referido, podemos chegar á conclusão que o conceito de saúde é um conceito dinâmico. Nos dias de hoje, é difícil conservar os mesmos níveis de saúde ao longo do dia. A cada momento, em função dos acontecimentos que estamos a viver, das demandas que estamos a enfrentar, a nossa saúde e o nosso bem-estar é afectado. Podemos sair de um ponto óptimo, onde tudo está muito bem e um acontecimento muda toda a nossa rotina, aumenta o nosso nível de stresse e nos leva a experimentar a fadiga, o cansaço, a baixa imunidade e a susceptibilidade ao acometimento de alguma doença. (Bouchard,1990) citado por Assumpção,(2002)

Para uma melhor compreensão do tema e aprofundamento do mesmo, no próximo capítulo far-se-á um estudo mais aprofundado da problemática do Burnout, síndrome muito frequente nos profissionais de saúde.

2.2- Conceito de Burnout

As profissões relacionadas com a saúde foram durante alguns anos esquecidas ou desvalorizadas relativamente à problemática do stresse, muito devido a estereótipos existentes na altura, em que os profissionais de saúde por serem o grupo profissional cuja competência seria tratar/curar as diferentes patologias, estariam por si só imunes a esta problemática. Todavia, a realidade actual da investigação científica revela-nos que os profissionais de saúde em geral, e os profissionais de emergência médica pré-hospitalar em particular são um grupo privilegiado no que diz respeito à investigação científica relativa ao stresse e factores associados. A difícil realidade vivida por estes profissionais, que se traduz em consequências físicas, psicológicas e organizacionais dos fenómenos de *stress*, e, em casos extremos, de burnout e turnover, despertaram a atenção da comunidade científica para estes sujeitos de estudo. (Amaro & Jesus,2008)

Burnout foi definido pela primeira vez em trabalhadores de países desenvolvidos, e desde então tem sido estudado quase exclusivamente nestes países. Os profissionais de saúde são propensos ao burnout. (Mateen,2009)

Durante os anos 70, pretendendo chamar a atenção para o facto do fenómeno de *burnout* não dizer respeito a comportamentos “aberrantes” de alguns individuos considerados “desviantes”, mas constituir um fenómeno mais comum, caracterizado por esgotamento emocional e perda de motivação e comprometimento. Aliás é curioso o facto do termo burnout ter emergido de uma conversa entre Maslach e um procurador judicial, a proposito das estrategias utilizadas pelos trabalhadores para lidarem com a activação emocional resultante do seu do seu trabalho citados por Melo em 1999 in Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicologica do Burnout para os profissionais de psicologia.

O termo burnout para ilustrar este fenómeno, surgiu de forma regular nos anos 70, nos Estados Unidos da América (E.U.A.), em pessoas que trabalhavam directamente com pessoas. De origem popular e não académica, o termo resulta de uma ficção “*The burnout Case*” (Greene., 1961; in Maslach, 2001; 2003; Maslach, *et al.*, 2001), onde um arquitecto espiritualmente atormentado e desiludido, desiste do seu trabalho e vai para uma selva africana.

Em qualquer profissão, o *stress* pode ter aspectos positivos que nos desafiam, e permitem evoluir pessoalmente e profissionalmente e aspectos negativos, que nos vão

colocando obstáculos e deteriorando a nossa atitude perante o trabalho, ao longo do tempo. As formas como avaliamos os acontecimentos no trabalho e com eles lidamos têm impacto a nível da nossa saúde física e mental. (Seabra,2008)

Segundo Seabra,(2008) refere ainda que existe outra literatura que descreve fenómenos idênticos, que incluem uma fadiga extrema, perda de idealismo e paixão pela actividade profissional. Convém referir, que o burnout é um problema socialmente identificado por comentadores e trabalhadores sociais, muito antes de se tornar foco dos investigadores. A evocação do termo burnout surge na experiência real, no local de trabalho e da “psicologia popular”, não dos meios eruditos, o que o torna um campo de investigação inicialmente controverso (Maslach *et al.*, 2001; Maslach, 2003,)citados por Seabra (2008)

Inicialmente até chegar ao conceito do burnout, a sua **história** ao longo das três últimas décadas passou por diversas fases, que revelam a sua evolução e que são importantes para o conhecimento do mesmo (Maslach, 2001). A investigação empírica de trabalhos quantitativos sobre o burnout, em diferentes populações e com a utilização de diferentes metodologias.

Segundo Mateen (2009) o conceito de *burnout* teve o seu aparecimento em artigos publicados por Freudenberger e Maslach

Burnout é "uma experiência de exaustão física, emocional e mental, causada pelo envolvimento a longo prazo em situações que são emocionalmente exigentes".(Seabra,2008)

Maslach, (1998; 2000; 2001; 2003) conceptualizou o burnout, como uma Síndrome psicológica em resposta aos *stressores* interpessoais e emocionais crónicos no trabalho. As três dimensões destas respostas são uma exaustão sufocante, um sentimento de cinismo e distanciamento do trabalho e um sentimento de ineficácia e de falta de realização pessoal.

O burnout tem sido definido por diferentes autores. Inicialmente, tratava-se de um conceito pouco consistente, utilizado para definir diferentes coisas, hoje é consensual que se trata de um experiência relacionada com o stress crónico do trabalho e que se trata de um conceito multidimensional, apesar de alguns autores o abordarem como unidimensional (Silvério, 1995; Warley *et al.*,2008).

A síndrome de Burnout para David e Quintão (2012) é uma síndrome psicossocial assumida como uma resposta crónica aos stressores emocionais e interpessoais que ocorrem numa situação de trabalho. Esta síndrome caracteriza-se por sentimentos

de exaustão física e emocional (a energia e os recursos emocionais esgotados devido ao contacto diário com os problemas), despersonalização (desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas perante os destinatários do trabalho) e baixa realização pessoal (tendência para uma evolução negativa no trabalho, afectando as capacidades e o relacionamento com as pessoas usuárias do trabalho e com a organização).

Ao contrário do que acontece com a maioria das perturbações mentais, o *Burnout* é pouco estigmatizante, uma vez que ao reconhecê-lo se enfatizam determinantes contextuais, de natureza socioprofissional, não se atribuindo a causa ao indivíduo. Sendo um processo que surge como consequência do *stress* laboral crónico, onde se combinam variáveis de carácter individual, social e organizacional, é considerado, na actualidade, como um dos problemas laborais de carácter psicossocial mais importante. Trata-se, por isso, de uma síndrome com conotações afectivas negativas que afecta os trabalhadores a diferentes níveis: pessoal, social e laboral e o seu desenvolvimento associa-se tanto a factores internos (valores individuais e traços de personalidade) como a factores externos (estruturas organizacionais).

A situação do *Burnout* é por vezes contraditória, porque os candidatos à exaustão estão entre os elementos mais válidos da nossa sociedade, tanto ao nível profissional como pessoal, e a resolução da exaustão passa pela redução da dependência de terceiros, pelo aumento da auto-estima e pela obtenção de plena autonomia.

Os grupos profissionais referidos como de maior risco são os trabalhadores que mantêm uma estreita relação de ajuda a outras pessoas.

Mas tentemos definir o conceito. Fraudenberger (1974), definiu o burnout numa perspectiva clínica para descrever uma exaustão física e emocional resultante do excesso de trabalho, que implicava tarefas assistenciais.

Maslach e Jackson (1981), afirmaram que o burnout surgia em profissões que requerem trabalho intenso e muito próximo com pessoas com problemas físicos, psíquicos e/ou de cariz social.

Os mesmos autores definem o burnout em termos multidimensionais como um tipo de resposta prolongada aos stressores interpessoais e emocionais crónicos do trabalho. Trata-se de uma experiência individual de *stress*, num contexto complexo de relações sociais que envolve conceptualmente o indivíduo com os outros e que apresenta três diferentes dimensões:

(i) Exaustão Emocional (ou Exaustão) - É a dimensão central a nível qualitativo do burnout e a manifestação óbvia do burnout. Quando os indivíduos relatam a sua

experiência, referem-se normalmente à exaustão e a um aumento emocional com esgotamento dos recursos pessoais. A maioria das fontes de exaustão é causada por factores pessoais e organizacionais que estão em conflito com o trabalho. É uma fase de alarme, com uma intensidade emocional fora do normal e a sensação de estar exausto do / no trabalho, sem recursos para lidar com a situação. Há falta de energia e a sensação de que já nada se pode oferecer ao outro, influenciando a capacidade de relacionamento com os outros e diminuindo a performance do trabalho (Maslach e Goldberg, 1998; Maslach, 1998; 2000; 2001; Maslach, et al., 2001).

Existe um sentimento de vulnerabilidade que reflecte a verdadeira dimensão do *stress* do burnout. Apesar de ser a dimensão, nesta fase, central do burnout não é suficiente, e propõe acções emocionais e cognitivas de distância face ao trabalho, possivelmente como forma de lidar com a sobrecarga.

(ii) Despersonalização (Cinismo) - Trata-se de uma distância entre o indivíduo e o serviço e “recipiente”, com o total ignorar da qualidade humana, que caracteriza a relação com as pessoas. Os outros são considerados objectos impessoais do trabalho. O indivíduo usa a distância cognitiva para desenvolver uma atitude de indiferença e cinismo quando está exausto. Trata-se de uma reacção à exaustão e em forte relação com esta, em diferentes contextos ocupacionais.

(iii) Realização Pessoal (Eficácia Profissional) – É a terceira dimensão do burnout. As exigências crónicas do trabalho que contribuíram para a exaustão e cinismo, interferem com o sentimento de eficácia, surgindo um sentimento de descrença que acentua a indiferença. Trata-se de uma dimensão normalmente inversa das duas anteriores, contudo em certos contextos a ineficácia parece desenvolver-se em paralelo com as outras dimensões. O sentimento de ineficácia acentua a falta de recursos e acentua a exaustão e o cinismo, diminuindo as expectativas pessoais, com auto-avaliação negativa, sentimentos de fracasso e baixa auto-estima.

Para desenvolver e trabalhar na teoria da síndrome de burnout foi realizada múltipla investigação, desenvolvendo-se vários instrumentos psicométricos. Inicialmente o Maslach Burnout Inventory (M.B.I.), de Maslach & Jackson (1981), permitiu o acesso às três dimensões, sendo considerado um instrumento *standard* na área e na estrutura multidimensional. Explorado numa amostra de 1025 indivíduos que trabalhavam em profissões de ajuda a pessoas, é constituído por 22 itens, que através da análise factorial reflectem as três dimensões: exaustão emocional (com 9 itens), despersonalização (com 5 itens) e realização pessoal (com 8 itens). (Seabra,2008)

A mesma autora refere que foram desenvolvidos diferentes instrumentos para avaliar a síndrome de burnout e as suas dimensões, com boas propriedades psicométricas, sendo o mais clássico o Maslach Burnout Inventory (M.B.I.), desenvolvido por Maslach e Jackson, (1981), a partir do qual se desenvolveram instrumentos mais específicos para populações mais específicas, como as profissões relacionadas com a saúde e a educação. Esta fase estendeu-se pelos anos 90 e abriu novas áreas de investigação a nível teórico (o conceito foi alargado a novas profissões como o clero, a polícia e a indústria) e metodológico (novas metodologias estatisticamente mais sofisticadas). Nos anos 90, verificaram-se novos contributos conceptuais, nomeadamente de diferentes variáveis organizacionais.

É inquestionável que os profissionais de saúde trabalham em contextos stressantes e que o stresse ocupacional se tornou uma preocupação tanto para os profissionais de saúde como para os seus empregadores. A pesquisa mostrou evidências de altos níveis de stresse em profissionais de saúde que trabalham em diferentes contextos de cuidados de saúde e os consequentes efeitos negativos, não só na saúde física e psicológica desses profissionais, mas também na qualidade dos cuidados que prestam e na qualidade global das instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Abordagens tradicionais para o estudo do stresse ocupacional nas instituições de saúde têm-se concentrado na identificação de factores de *stress*. Factores intrínsecos do trabalho, as relações entre as demandas de trabalho e de controlo, carga de trabalho, relacionamento com outros profissionais, estruturação organizacional, ambiente de trabalho e realizações de carreira têm sido feitos identificados como as principais fontes de stresse ocupacional

O desenvolvimento de uma abordagem cognitivo-transaccional, que conceitua stresse como resultado da interacção entre o indivíduo e o seu ambiente, abriu novas perspectivas no estudo das intervenções de controlo do stresse e stresse, destacando o papel dos recursos pessoais (crenças individuais, características de personalidade, de enfrentamento recursos de uma estratégias de enfrentamento) nas reacções de stresse individuais. Com relação às características pessoais e as crenças individuais, há alguma evidência de que a dureza, o senso de coerência local, auto-eficácia de controlo, comprometimento com o trabalho, atitudes positivas em relação ao sistema de saúde e a percepção da relevância trabalho são importantes moderadores do estresse ocupacional (...) Santos (2010)

A relação do indivíduo com o trabalho pode ser uma fonte de realização pessoal, de alegria, mesmo quando é acompanhado de algum grau de *stress*, de cansaço físico e

emocional e está normalmente relacionado com a motivação, aspirações e expectativas individuais.

O *stress* profissional surge da interacção do indivíduo com o meio envolvente, devido a respostas adaptativas, ou não, que são mediadas por múltiplos factores, que requerem exigências físicas e psicológicas. Quando o *stress* profissional se torna crónico, pode surgir a síndrome de Burnout.

A síndrome de Burnout é uma Síndrome psicológica que envolve prolongadas respostas aos stressores, no local de trabalho. Envolve *stress* crónico que resulta de uma incongruência entre o indivíduo e o trabalho (Maslach,2003) citado por Seabra (2008).

2.3- Conceito de Satisfação no trabalho

O conceito de satisfação no trabalho não é consensual. Tendo os primeiros trabalhos sobre este tema sido levados a cabo no âmbito da Psicologia, a definição mais corrente, e a considerada como a referência clássica, é a apresentada por Locke como “*a pleasurable or positive emotional state resulting from the appraisal of one’s job or job experiences*” (Locke, 1976). A satisfação que se obtém de qualquer experiência depende das expectativas, das necessidades e dos valores. Tal como Locke as define, as expectativas condicionam as atitudes na medida em que existe uma maior ou menor discrepância entre aquilo que se quer e aquilo que se tem. Já as necessidades se constituem como as condições necessárias à vida e ao bem-estar de um organismo vivo, sendo por isso inatas e existindo independentemente do organismo as desejar conscientemente ou não. Por fim, os valores são, ao contrário das necessidades, algo que é adquirido pelo indivíduo e que pode ser desejado por ele consciente ou inconscientemente, é aquilo que se procura obter e que condiciona as escolhas e as reacções emocionais. Numa abordagem pela via da Psicologia, a satisfação no trabalho resultará da percepção que o indivíduo tem sobre se o trabalho irá ou não concretizar, ou permitirá concretizar, os valores de trabalho, na medida em que estes valores são congruentes com as necessidades (Locke, 1976). (Dias,2009)

Segundo Rodrigues (1995) citado por Borges e Daniel (2009), nas sociedades modernas, é notória a importância da satisfação com o trabalho, uma vez que a satisfação representa um ‘indicador da percepção que os indivíduos têm entre aquilo que são as expectativas perante o trabalho e aquilo que são as recompensas intrínsecas ou extrínsecas que efectivamente retiram dessas situações, passível de revelar os sentimentos de realização pessoal e de participação no sistema através do trabalho’). Neste contexto, o modo como é percebida a integração no sistema de trabalho realiza-se a partir da capacidade de adaptação dos indivíduos ao trabalho e do trabalho aos indivíduos. Um dos aspectos a considerar nesta correlação é, indiscutivelmente, a satisfação no trabalho e suas consequências até mesmo na saúde do trabalhador .

Segundo as mesmas autoras o trabalho é representado, tipicamente, como um elemento crucial na vida, como pura fonte de sobrevivência ou, mais além, como fonte de recompensa profissional e enriquecimento material, mas, a par da sensação de utilidade, coloca muitos outros desafios de natureza simbólica, emocional e psicológica. Segundo Locke (1969), o trabalho é, por isso, uma complexa inter-relação de tarefas, papéis, responsabilidades, incentivos e recompensas. Neste contexto, definir satisfação

profissional é uma tarefa difícil. Assim, se observarmos a satisfação, enquanto estado subjectivo, facilmente entenderemos que este varia consoante as situações, pessoas, circunstâncias internas e externas ao ambiente de trabalho que cada indivíduo possa estar sujeito. Para Lima, Vala e Monteiro (1994) a satisfação no trabalho tem sido conceptualizada de diferentes modos, tanto como uma emoção, como enquanto atitude.

Os diferentes tipos de variáveis, neste campo, apresentam perspectivas diferentes que se podem agrupar, segundo estes autores, em três níveis distintos: situacional, individual e interacção social.

Dias (2009) refere que quer seja uma utilidade, uma necessidade, uma obrigação ou uma fonte de satisfação, o trabalho representa, independentemente da percepção individual, uma dimensão fundamental da vida das sociedades modernas. A sua centralidade deriva não apenas do impacto que tem, quer no comportamento dos trabalhadores quer no funcionamento das organizações nas quais eles estão inseridos, como também, e segundo Clark (1997) reportando-se a um texto de Argyle de 1997, da ideia de que a satisfação no trabalho é um dos três mais importantes preditores do bem-estar, a pardo casamento e da satisfação com a família.

A mesma autora comenta também que o estudo da natureza e causas da satisfação no trabalho viu-se encetado nos anos 30 do século passado, ainda que a importância das atitudes dos trabalhadores tenha sido reconhecida bem antes, com Taylor e Mayo.

Os primeiros estudos sobre o tema centravam-se sobretudo na fadiga dos trabalhadores, tentando encontrar soluções para esse problema, enfatizando o papel das condições físicas de trabalho bem como do salário (escola físico-económica). Mas rapidamente se percebeu que as estratégias encontradas para diminuir a fadiga dos indivíduos no local de trabalho acabavam por deixar eventualmente de surtir efeito. O enfoque passou então a ser colocado nas atitudes dos trabalhadores: a percepção que eles têm relativamente à sua situação laboral influencia a forma como reagem ao trabalho – “*workers have minds*” (Locke, 1976: 1299). A escola das relações humanas, que se desenvolveu a partir dos anos 30 do século passado, defendia que o dinheiro não desempenhava um papel fundamental. Considerava-se então que as relações sociais (em termos de uma boa supervisão, de boas relações com a hierarquia e de grupos de trabalho coesos) se constituíam como o factor decisivo na definição das atitudes, já que os trabalhadores privilegiariam mais esta dimensão em detrimento da financeira, até porque eles seriam demasiado irracionais para fazerem cálculos económicos. Assiste-se então a uma transição entre abordagens, deixando de se encarar os trabalhadores como meros

actores para se olhar para eles como seres reflexivos relativamente à sua própria realidade. Só em 1959, com Herzberg, Mausner e Snyderman, se retoma o debate em torno do trabalho em si mesmo. Defende-se então que, para que os trabalhadores progridam intelectualmente, e é esta a verdadeira fonte de satisfação no trabalho, lhes deve ser dada mais responsabilidade e autonomia.

Apesar das três grandes tendências históricas na abordagem da satisfação no trabalho, que se distinguem por diferentes enfoques (condições físicas, relações sociais e trabalho em si), é possível encontrar teorias específicas acerca do conteúdo, *i.e.*, teorias que tentam identificar quais as necessidades a satisfazer para que se obtenham níveis positivos de satisfação neste contexto. (Dias,2009)

Segundo Spector (2005),citado por Garrido (2009), a satisfação no trabalho é uma variável de atitude que mostra como as pessoas se sentem em relação ao trabalho que têm, seja no todo, seja em relação a alguns de seus aspectos. “É o quanto as pessoas gostam do trabalho delas. A insatisfação no trabalho é o quanto não gostam”.

Conforme Archer (1990) citado por Silva (2001) define “o motivo como sendo uma necessidade actuando sobre o intelecto, o que leva a pessoa a agir”. Ele afirma que “a motivação é uma tomada de direcção para a acção e origina-se de um motivo (necessidade)”. Neste contexto, “a satisfação ocorre com o atendimento ou a eliminação de uma necessidade”. Na sua opinião, “motivador e factor de satisfação são antítese.”

Ainda de acordo com Spector (2005), para o estudo da satisfação no trabalho existem duas abordagens – a abordagem global, que considera a satisfação no trabalho como um sentimento único e global em relação ao trabalho, e a abordagem em facetas, ou aspectos. Nesta abordagem, uma pessoa apresenta diferentes níveis de satisfação em relação às várias facetas.

A relação entre o desempenho e a satisfação no trabalho está clara, porém existem duas explicações opostas para tal. A primeira, segundo Spector (2005), é que a satisfação resulta em desempenho, ou seja, quando as pessoas gostam do seu trabalho, se empenharão mais e como consequência terão um desempenho melhor. A segunda, de acordo com o autor, é que o desempenho resulta em satisfação, isto é, quando as pessoas têm um bom desempenho, elas tendem a se beneficiar e os benefícios poderão aumentar a satisfação.

A relação entre desempenho e satisfação no trabalho é resumida por Robbins (2002) da seguinte forma: “embora não possamos dizer que um funcionário feliz é mais produtivo, podemos afirmar que as organizações felizes são mais produtivas”.

Ainda que a satisfação com o trabalho exprima “um estado emocional agradável ou positivo resultante da avaliação que uma pessoa faz da sua experiência no cargo que desempenha” referem Costa, Santos, Correia, Passos e Caetano (2008) e constitui uma das variáveis que tem merecido maior atenção na investigação organizacional, na medida em que se pressupõe que esta relacionada com o desempenho profissional e com outros comportamentos dos colaboradores de uma organização (Bowling, 2007).

Refere ainda, Soares (2007), que a satisfação no trabalho tem sido conceptualizada como uma emoção, Locke (1976) ou como uma atitude, Schneider (1975). Em qualquer dos casos trata-se de um conceito complexo resultante de ideias simples, que visa dar conta de um estado emocional positivo ou uma atitude positiva face ao trabalho e às experiências no seu contexto (Vala, Monteiro & Lima, 1994). Citando Almeida, 1995 o mesmo autor diz que esta é influenciada por múltiplos factores, todos eles importantes podendo ter componentes afectivas, cognitivas e comportamentais

A satisfação no trabalho é definida por Chasco e Aznarez (2000) como sendo *“uma percepção subjectiva das experiências laborais do sujeito, que incide no seu estado de saúde e no nível de qualidade dos cuidados que presta.”*

As autoras salientam também, que a satisfação favorece o estado de ânimo e as atitudes positivas no trabalho e na vida privada. A insatisfação correlaciona-se de forma directa com alterações psicossomáticas diversas, como o *stress*, problemas de conduta laboral, absentismo e falta de pontualidade. (Costa et al.,2008)

Martinez *et al.*, (2004) refere que a satisfação no trabalho é um fenómeno complexo e de difícil definição, por se tratar de um estado subjectivo, podendo variar de pessoa para pessoa, de circunstância para circunstância e ao longo do tempo para a mesma pessoa. A satisfação está sujeita a influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho e pode afectar a saúde física e mental do trabalhador, interferindo no seu comportamento profissional e social. (Costa et al.,2008)

A saúde e o bem-estar, segundo Spector (2005),citado por Garrido(2009) merecem atenção quando relacionadas a satisfação no trabalho. Muitos psicólogos organizacionais estudam a possibilidade de a insatisfação estar relacionada com a saúde e bem-estar do funcionário. Existem afirmações no sentido de que a satisfação no trabalho poderia ser um factor causador de doenças.

“Alguns estudos correlacionais demonstram que a satisfação no trabalho tem relação com variáveis da saúde”. (Spector, 2005,citado por Garrido,2009)

A mesma fonte, revela ainda que estudos descobriram que funcionários insatisfeitos relataram mais sintomas físicos, como problemas para dormir e dores estomacais, do que seus companheiros satisfeitos”. (Begley; Czajka,1993) citados por Spector (2005). De acordo com Jex&Gudanowski (1992) citados por Spector (2005) descobriu-se também a correlação entre insatisfação e emoções negativas no trabalho, como ansiedade e depressão. Segundo Spector (2005), esses estados emocionais negativos podem ser considerados indicadores da condição do bem-estar no trabalho.

Garrido (2009), afirma que o Índice Descritivo do Trabalho, de acordo com Spector (2005) tem sido a escala de satisfação no trabalho mais popular entre os pesquisadores. Esta escala, tal qual a EST (Escala de Satisfação no Trabalho), avalia 5 facetas ou dimensões da satisfação no trabalho, que são: trabalho, supervisão, salário, colegas de trabalho e oportunidades de promoção.

Borges e Daniel (2009) afirmam que a Escala de Satisfação Geral no Trabalho (ESGT) foi elaborada por Barton e colaboradores (1992) e adaptada por Silva, Azevedo e Dias (1994). A escala apresenta as possíveis respostas, graduadas numa escala tipo Likert, com cinco itens que consideram a satisfação em geral no trabalho, a visão do próprio e dos outros, bem como a tendência para o abandono do trabalho.

Acredita-se que certos comportamentos importantes no trabalho sejam resultado da satisfação ou da insatisfação no trabalho. Definidos como Efeitos Potenciais da Satisfação no Trabalho, três desses comportamentos têm-se mostrado proeminentes na literatura: desempenho no trabalho, rotatividade e ausência do funcionário. (Garrido, 2009)

2.4- Conceito de Bem-Estar Subjectivo

O Bem-Estar Subjectivo é uma dimensão positiva da Saúde. É considerado, simultaneamente, um conceito complexo, que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afectiva, e um campo de estudo que abrange outros grandes conceitos e domínios de estudo como são a Qualidade de Vida, o Afecto Positivo e o Afecto Negativo. É um conceito recente, que tem suscitado, nas últimas décadas, o interesse generalizado de muitas vertentes da Psicologia e que tem vindo a reforçar a sua identidade, à medida que os estudos vão confirmando a sua estrutura e sistema de conceitos associados. (Galinha e Ribeiro, 2005).

Nas últimas décadas, numerosas investigações foram conduzidas em relação avaliação de estados emocionais e de humor. Estados emocionais positivos e negativos são dois factores que consistentemente emergiram como constructos independentes em diferentes estudos (Watson & Clark, 1984; Watson & al, 1998; Watson & Pennebaker, 1989; Mackinnon et al, 1999) citados por Gyollai, Simor, Köteles, Zsolt e Demetrovics (2011)

A investigação sobre o Bem-Estar Subjectivo aponta para o facto de que as pessoas não apenas evitam o mal-estar mas procuram a Felicidade. Deste modo, o estudo científico do Bem-Estar é conhecido por marcar a viragem da orientação da Psicologia para a Saúde Mental, em certa medida, como uma reacção ao enfoque generalizado nos sintomas da doença. O conceito de Bem-Estar permitiu construir medidas que possibilitam uma avaliação mais fina dos indicadores da Saúde Mental, através de variáveis como a Satisfação com a Vida, a Felicidade, o Afecto Positivo e o Afecto Negativo (Lucas, Diener, & Suh, 1996) citados por Galinha e Ribeiro (2005).

McCullough, Heubner, e Laughlin (2000) citados no mesmo artigo falam do modelo tripartido do Bem-Estar constituído em três componentes interrelacionados mas separados, a Satisfação com a Vida Global, o Afecto Positivo e o Afecto Negativo.

A Satisfação com a Vida Global definida como uma avaliação cognitiva positiva da vida pessoal como um todo. O Afecto Positivo refere-se à frequência de emoções positivas num indivíduo (emoções como orgulho, interesse) enquanto o Afecto Negativo se refere à frequência das emoções negativas (como perturbação, hostilidade). Deste modo, as pessoas que demonstram um Bem-Estar positivo experienciam uma preponderância de emoções positivas em relação às emoções negativas e avaliam positivamente a sua vida como um todo.

O mesmo artigo, de Galinha e Ribeiro(2005), cita ainda Sirgy (2002) que define o Bem-Estar Subjectivo como um estado afectivo duradouro (de longo termo) que é composto por três componentes:

- Experiência acumulada de Afecto Positivo em domínios da vida salientes;
- Experiência acumulada de Afecto Negativo em domínios da vida salientes;
- Avaliação da Satisfação com a Vida global ou em domínios da vida importantes.

Diener, Suh, e Oishi (1997), definem os componentes do Bem-Estar Subjectivo, identificando três componentes primários: Satisfação, Afecto Positivo e baixos níveis de Afecto Negativo. O Bem-Estar Subjectivo está, assim, estruturado de modo que estes três componentes formam um factor global ou variáveis interrelacionadas. Cada um dos três componentes pode ser subdividido. A Satisfação com a Vida Global pode ser dividida em satisfação com os vários domínios de vida e estes podem ser divididos em várias facetas.

O Afecto Positivo pode ser dividido em emoções tais como alegria, afeição e orgulho e o Afecto Negativo pode ser dividido em emoções negativas como vergonha, culpa e tristeza.

Finalmente, Diener, Suh, Lucas, e Smith (1999) definem o Bem-Estar como uma área de estudo em vez de um constructo específico. O Bem-Estar é uma variável ampla que exige cuidado na comparação com outras variáveis, mais do que uma variável restrita, é necessário verificar se o constructo é verdadeiramente diferente dos constructos que inclui ou com os quais se relaciona. Devido à natureza global do Bem-Estar é importante proceder-se à validade discriminante das variáveis em investigação (Lucas, Diener, & Suh,1996) citado por Galinha e Ribeiro,(2005)

Num outro artigo, dos mesmos autores editado em 2005, pode ler-se que a Escala de afectos positivos e negativos Positive and Negative Affect Schedule- PANAS surge da necessidade de desenvolver medidas breves, fáceis de administrar e válidas, para avaliar o afecto positivo e negativo (Watson et al., 1988). Com este fim, os autores desenvolveram duas medidas com 10 itens, que incluem a lista de afectos positivos e a lista de afectos negativos que constituem a Panas. (Galinha e Ribeiro,2005)

O bem-estar subjectivo é definido como a avaliação cognitiva e afectiva que a pessoa faz sobre a própria vida. Essa avaliação inclui as reacções emocionais aos eventos, assim como os julgamentos cognitivos de satisfação para com a própria vida. Sendo assim, bem-estar subjectivo é um conceito amplo que inclui experienciar emoções prazerosas, baixos níveis de afecto negativo e altos níveis de satisfação de vida (Diener, Lucas & Oishi, 2005). O afecto, segundo componente do bem-estar subjectivo, é com-

posto pelas respostas afectivas das pessoas, incluindo afectos prazerosos e desprazerosos (Andrews&Withey, 1976; Campbell, Converse &Rodgers, 1976; Diener, 1984, 1994; Diener&cols, 1999). Segundo Watson, Clark e Tellegen (1988), duas dimensões consistentes emergem nos estudos sobre a estrutura afectiva ao longo das culturas: afecto positivo e afecto negativo.

O afecto positivo reflecte o quanto uma pessoa se sente entusiástica, activa e alerta, enquanto o afecto negativo é uma dimensão geral da angústia e insatisfação, o qual inclui uma variedade de estados de humor aversivos, incluindo raiva, culpa, desgosto, medo (Watson, Clark&Tellegen, 1988).

A PANAS surge da necessidade de desenvolver medidas breves, fáceis de administrar e válidas, para avaliar o afecto positivo e negativo (Watson et al., 1988). Com este fim, os autores desenvolveram duas medidas com 10 itens, que incluem a lista de afectos positivos e a lista de afectos negativos que constituem a PANAS (Galinha e Ribeiro,2005)

2.5- Conceito de Personalidade

O estudo da personalidade é tradicionalmente dominado por teorias bastante abrangentes que procuram explicar muitas facetas do comportamento.

O conceito de personalidade, segundo Allport (1973), refere-se à consistência do comportamento das pessoas ao longo do tempo e situações, ao mesmo tempo em que explica sua singularidade. (Sisto et al,2004)

Após anos de pesquisas, Eysenck propôs uma teoria hierárquica da personalidade, a partir da qual construiu vários questionários aplicáveis em pessoas sem histórico de transtornos psiquiátricos, uma vez que os itens tratam de aspectos comportamentais e não constitucionais da personalidade, ou seja, variáveis da personalidade que surgem dos intercâmbios do indivíduo com seu meio. (Sisto,2004)

Nos seus estudos, Eysenck detectou 5 factores fundamentais, que são extroversão, psicoticismo, neuroticismo, mentira e condutas anti-sociais. Destes, Sisto identificou nos seus estudos apenas três factores e posteriormente mais um, que não foi observado nas pesquisas originais. (Sisto,2004)

Segundo o mesmo autor, o factor extroversão foi considerado como a dimensão responsável pela impulsividade, e algumas das características apresentadas para os sujeitos com alta pontuação são ser excitados, gostar de estar sempre acompanhados, optimistas e gostar de mudanças, enquanto aqueles com baixa pontuação apresentam as características inversas. O factor neuroticismo relaciona-se com o funcionamento do sistema nervoso autónomo e portanto reacções fisiológicas, tais como ansiedade, nervosismo ou emotividade, estão associadas a esse factor. Basicamente, o indivíduo com alta pontuação apresenta baixa estabilidade emocional e as baixas pontuações, por sua vez, denunciam indivíduos pouco impulsivos, que recuperam facilmente o autocontrole.

Apesar de representar uma dimensão da personalidade normal, o factor psicoticismo, em pontuações altas, pode indicar sujeitos com tendências anti-sociais e hostis na relação com seus convivas. As pontuações baixas, entretanto, indicam pessoas preocupadas com os outros e afetivamente sensíveis. A interpretação da quarta escala, denominada mentira, é um tanto problemática, mas basicamente versa sobre a opção, intencional ou não, por respostas mais aceitas socialmente sendo que as pontuações baixas demonstram que a pessoa tem certa independência em relação às condutas socialmente aceitas, mostrando-se como realmente é, valendo o contrário para as pontuações altas. Na quinta e última escala de Eysenck, condutas anti-sociais, a interpreta-

ção inicial sugeria a avaliação da propensão à criminalidade (...) Pocinho e Capelo (2009)

Segundo Sisto (2004), citando Eysenck e Eysenck (1987), contudo, certas tendências são percebidas nos processos de modificações e reorganizações da personalidade que diferenciam um sujeito do outro. Nesse sentido, cada um tem que lidar com seus motivos pessoais e as influências ambientais, que nem sempre são favoráveis, promovendo reajustes em seu comportamento. Sua teoria considera a personalidade como uma hierarquia de traços que seriam tendências duradouras, modos de comportar-se em diversidade de situações. Em decorrência, a tendência de uma pessoa a ser impulsiva, agitada, irascível, impetuosa e impaciente poderia ser decorrente da tendência mais básica de ser excitável.

A ansiedade é o sentimento que acompanha um sentido geral de perigo, advertindo as pessoas de que há algo a ser temido no futuro. Refere-se a um sentimento de inquietação que pode traduzir-se em manifestações de ordem fisiológica (agitação, movimentos precipitados, hiperactividade) e de ordem cognitiva (atenção e vigilância redobrada a determinados aspectos do meio, pensamentos de possíveis desgraças, etc.).

Essas manifestações podem estar associadas a acontecimentos ou situações de natureza passageira (ansiedade estado) ou constituir uma maneira estável e permanente de reagir, provavelmente com base na própria constituição individual (ansiedade traço). Além disso, a sua intensidade pode variar de níveis imperceptíveis até níveis extremamente elevados, capazes de perturbar os indivíduos.

Segundo Rosamilha (1971), citado por Oliveira (2002) ao fazer um breve histórico sobre o tema, aborda outros autores: assim, Cannon (1932), ao desenvolver o conceito de homeostase, forneceu um significado biológico para o fenómeno, enquanto que psicanalistas como Horney (1961) desenvolveram suas teorias, colocando-a como o centro das neuroses. Outros, como Kelman (1959), de certa forma admitiram que a ansiedade é um tipo de atributo normal do ser humano, que pode ser observada quando certo nível de tensão ultrapassa um ponto médio. Já numa abordagem orgânica, como a de Goldstein (citado por Portnoy, 1959), reconhece-se que ela pode ser produzida por vários eventos, porém, apresenta uma característica comum: há sempre uma discrepância entre as capacidades individuais e as exigências que o organismo tem de enfrentar, tornando impossível a auto-realização. (Oliveira, 2002)

Em contraponto às teorias de ansiedade, as existenciais mencionam que não existe um estímulo específico que identifique essa sensação. O conceito central da teo-

ria existencial é o de que as pessoas tornam-se conscientes de um profundo vazio em suas vidas, e a ansiedade é uma resposta ao imenso vazio da existência (Kaplan & Sadock, 1993), implicando necessariamente a percepção de impotência. Skinner (1938, citado por Rosamilha,1971) também concebe, como Freud, que o medo e a ansiedade constituem formas de defesa do organismo contra a ameaça do perigo. Mas, a diferença é que o medo se instala sempre que há uma ameaça concreta e a ansiedade é um estado emocional motivado por um estímulo ameaçador que está antecipado no futuro. É a ideia de “antecipação”, ou seja, de “respostas antecipadas” a eventos aprendidos como “traumáticos”, confirmando a significação etimológica de “pré-ocupar-se” com alguma coisa. (Oliveira,2002)

Os estudos em que associam a ansiedade com outras variáveis são múltiplos e diversificados.

O estudo realizado por Eysenck e Eysenck (1987),citado por Oliveira, (2002), tratou do funcionamento de tarefas diferentes. Revendo mais de 20 estudos, o autor encontrou que a ansiedade teria um efeito mais adverso nas tarefas difíceis ou complicadas do que nas simples, pois a sua realização levou mais tempo e conduziu a uma maior incidência de erros (Weiner & Schneider, 1971, citado por Eysenck & Eysenck, 1987). E, em uma análise de Spielberger (1972), foi encontrado que a aprendizagem de tarefas difíceis aumentam o estado de ansiedade,

A literatura indica que a ansiedade pode afectar a qualidade de vida dos estudantes, seja na área cognitiva, social, afectiva ou relacionada com a saúde. (Oliveira, 2002)

Apesar de um pouco dispersa e difusa, a literatura tem mostrado sistematicamente uma certa relação entre traços de personalidade e aceitação social. (Sisto,2004)

No capítulo seguinte, II-Parte-Contribuição Empírica, fazemos um breve estudo do tema, com o qual pretendemos contribuir, de algum modo, para um melhor conhecimento e enriquecimento da temática abordada.

II Parte
Contribuição Empírica

3 – METODOLOGIA

Procuramos, neste capítulo, definir as estratégias utilizadas para o estudo do burnout em fisioterapeutas a trabalhar em hospitais da Região de Saúde do Centro descrever e explicar o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de colheita de dados utilizados e os procedimentos estatístico que se irão realizar.

3.1 – MÉTODOS

Tendo em conta as alterações estruturais do trabalho no último século, o *stress* profissional é hoje considerado um grave problema de Saúde Ocupacional. Os factores organizacionais inerentes à profissão e ao indivíduo são múltiplos, influenciando-se reciprocamente, e podendo originar diferentes consequências na saúde física e mental, nomeadamente o burnout.

Partindo do conceito multidimensional do burnout, pretendemos verificar um modelo empírico de risco desta patologia (...) (Seabra, 2008).

O trabalho do Fisioterapeuta está profundamente enraizado com o comprometimento de melhorar o estado do paciente através de uma positiva e produtiva relação paciente - terapeuta. (Sousa, 1998)

Qualquer perturbação que afecte a relação paciente-técnico, irá prejudicar os cuidados de saúde prestados ao paciente, e a sua reabilitação. Sentimentos de insegurança, sofrimento, vulnerabilidade, medo e ansiedade são normalmente transportados para a relação com o técnico no sentido de procura de alívio o que torna o contacto do técnico mais cansativo e difícil resultando em situações de *stress*. O técnico fisioterapeuta não está preparado para lidar nem com as questões psicológicas dos seus pacientes nem com este tipo de sentimentos. (Sousa, 1998)

Com o tempo, os factores de *stress* ocupacional contribuem para a deterioração do bem-estar pessoal e do desempenho profissional, permitindo o desenvolvimento insidioso do burnout. (Sousa, 1998)

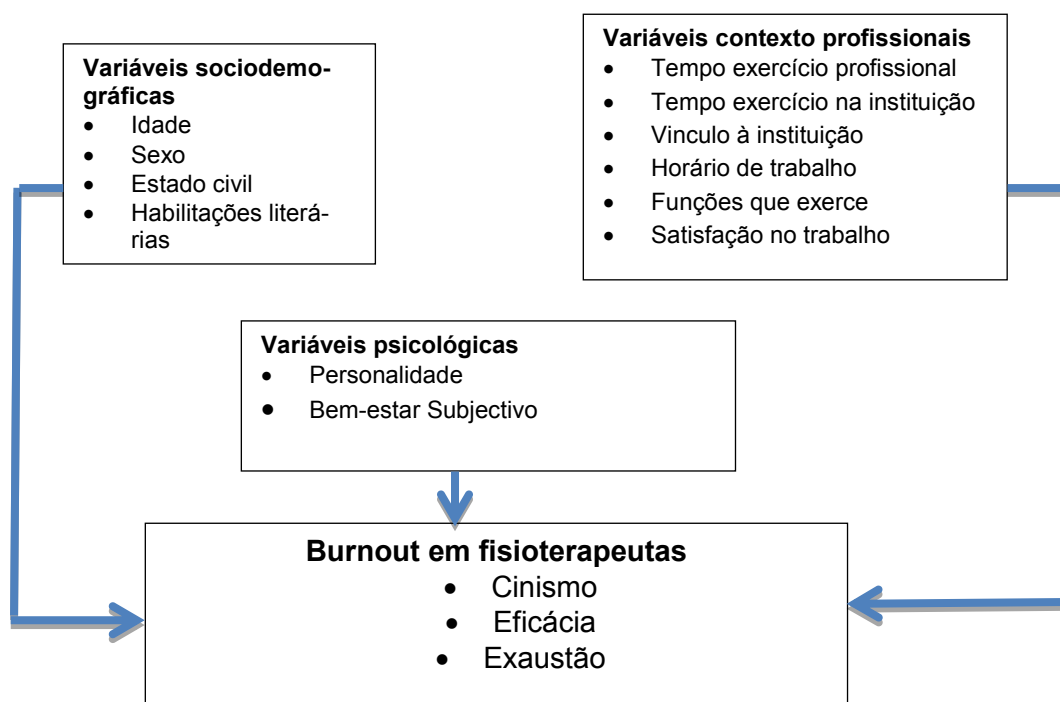
A nossa experiencia pessoal revela-nos que os profissionais da área da saúde sofrem de síndrome de burnout elevado pois lidam diariamente com o sofrimento, doença e/ou morte. É neste contexto que nos questionamos “*Em que medida os Fisioterapeutas a trabalhar nos hospitais da ARS- Centro sofrem de Síndrome de Burnout*”, quais os factores bio-psico-sociais que influenciam este síndrome e o desempenho dos fisioterapeutas no seu local de trabalho.

Nesta perspectiva e para dar resposta à questão de investigação formulada definiiram-se os seguintes objectivos:

- Determinar a prevalência de burnout nos fisioterapeutas a trabalhar nos hospitais da Região de Saúde do Centro
- Determinar a influência das variáveis socio demográficas e profissionais no burnout dos fisioterapeutas a trabalhar nos hospitais da Região de Saúde do Centro
- Avaliar a influência das variáveis psicológicas no **aparecimento de** burnout dos fisioterapeutas a trabalhar nos hospitais da Região de Saúde do Centro

Para melhor se perspectivar o propósito do estudo que se pretende realizar, foi esboçado em forma pictórica o desenho de investigação que se segue e que procura estabelecer a interdependência entre as variáveis.

Figura 1 - Esquema conceptual da investigação



Com efeito, este estudo tal como o de Araújo (2011) procura relacionar o estado de saúde, com variáveis como o *stress* geral e profissional e o *Burnout*, que são neste momento, reconhecidas, a nível mundial (Aznar et al., 2002; Calvete&Villa, 2003; Castro & Blasco, 2003; Elvira & Cabrera, 2004; Martins, 2007; Moreno-Jimenez, et al., 2002; Nahas, 2001; Perez&Oltra, 2000) e nacional (Araújo, 2008; Chambel, 2005; Gomes et al., 2006; Mota-Cardoso et al., 2002; Picado, 2006; Pinto, Silva, & Lima, 2000), uma das principais causas de baixas laborais, de absentismo, de insatisfação profissional e de

transtornos psicológicos, com elevados custos para o clima laboral (...), para a relação pedagógica e para a esfera pessoal e familiar (...).

Em suma, consideramos como variável dependente para este estudo o Burnout em fisioterapeutas que trabalham em hospitais da A. R.S.-Centro e como variáveis independentes as *variáveis sociodemográficas* (Idade, Sexo, Estado civil Habilitações literárias) as variáveis socioprofissionais (Tempo de serviço Situação Laboral Vinculo à Instituição, Horário laboral, Funções que exerce e Satisfação no trabalho) e as variáveis psicológicas (afectos positivos e negativos e Personalidade)

O estudo delineado para esta pesquisa é do tipo observacional, dado que nos limitamos a observar, medir e analisar determinadas variáveis. Insere-se no tipo de investigação não experimental, pois não pretende manipular as variáveis em estudo. É descritivo na medida em que procuramos descrever as características dos indivíduos estudados e correlacional ao pretender avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis, sem que se intervenha activamente para as influenciar. É analítico permitindo relacionar as variáveis com o tema em estudo.

Utilizámos a metodologia quantitativa por se fundamentar no método hipotético dedutivo e pelo qual os dados colhidos fornecem realidades objectivas no que respeita às variáveis em estudo, susceptíveis de serem conhecidas, Sampieri et al (2003). Por outro lado procuramos garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação.

Estamos conscientes, pela diminuta dimensão da nossa amostra, que o nosso estudo apenas pode ser um modesto contributo a considerar com todos os outros para dar a conhecer e compreender melhor a síndrome de burnout em fisioterapeutas.

3.2 – PARTICIPANTES

Recorremos para este estudo a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída pelos (as) fisioterapeutas a trabalhar nos hospitais da A.R.S.- Centro: Hospital Distrital de Águeda, Hospital Visconde de Salreu-Estarreja, Hospital José Luciano de Castro-Anadia, Hospital Dr. Francisco Zagalo-Ovar, Hospital Infante D. Pedro, EPE- Aveiro, Hospital Amato Lusitano- Castelo Branco, Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE- Covilhã, Hospital Pêro da Covilhã, Hospital Arcebispo João Crisóstomo-Cantanhede, Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, Unidade de Saúde Local da Guarda EPE, Centro Hospitalar Leiria- Pombal e Centro Hospitalar Tondela-Viseu

No total prevíamos que a nossa amostra fosse constituída por 139 (cento e trinta e nove) Fisioterapeutas, mas dado que não foi autorizada a aplicação dos instrumentos por duas Instituições de Saúde de Coimbra, a totalidade a inquirir seria de 95 fisioterapeutas. Destes porém apenas responderam 85, ou seja um percentual de 61,15% em relação ao inicialmente previsto.

3.2.1 – Caracterização sociodemográfica

Idade e género

As estatísticas relativas à idade revelam que os fisioterapeutas apresentam uma idade mínima de 25 anos e uma máxima de 60 anos, ao que corresponde uma idade média de 39 anos com um desvio padrão de 8,22 anos.

Para o sexo masculino que representa 16,47% da totalidade da amostra, a idade mínima é de 26 anos, enquanto para o feminino com uma representatividade de 83,53%, é de 25 anos, sendo a máxima de 45 anos para o sexo masculino e de 60 anos para o sexo feminino.

Os homens são em média mais velhos ($M = 39,14$ anos) que as mulheres ($M = 38,48$ anos) mas as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas conforme resultado do teste de UMW ($UMW = 465.500$; $p = 0.709$) (cf. tabela 1). Os valores de assimetria e curtose assinalam curvas e enviesamento normais, mas o teste de aderência á normalidade Shapiro-Wilk indica que a distribuição não é normal, o que pode levar a ocorrência de enviesamentos na relação desta com outras variáveis em estudo.

Dado que a amplitude de variação da idade se situa nos 35 anos, procedeu-se, ao seu agrupamento em classes homogéneas com base nas frequências absolutas. Dos resultados que se apresentam na tabela 2 verifica-se que dos 85 fisioterapeutas que participaram no estudo, 31,8% têm idade igual ou inferior a 33 anos, 32,9% entre os 34 e os 43 anos e 35,3% igual ou superior a 44 anos.

Para o sexo masculino é no grupo etário dos 44 ou mais anos de idade que se encontra a maior representação (42,9%), enquanto no feminino ocorre entre 34 e os 43 anos com 35,2%. Ao invés é no grupo dos fisioterapeutas com idade igual ou inferior a 33 anos que se encontram as percentagens mais baixas (31%) para o sexo feminino é no grupo dos 34 aos 43 anos para o sexo masculino com 21,4%. Entre o sexo e grupos etários os resíduos ajustados não apresentam significância estatística.

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade

Idade Sexo	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	S/W (p)
Feminino	71	25	60	38,48	8.00	20.79	0.287	-1.287	0.032
Masculino	14	26	55	39.14	9.57	24.45	0.428	-1.347	0.123
Total	85	25	60	38.59	8.22	21.30	0.494	-1.696	0.013

Estado Civil

Para a análise desta variável procedemos à sua recodificação constituindo-se dois grupos. O primeiro engloba os participantes solteiros e divorciados/ viúvos e o segundo os casados/união de facto, por considerarmos que estas duas classes possuem características comuns. Dos resultados obtidos apuramos que a maioria dos fisioterapeutas é casado (56.5%), seguindo-se os solteiros/ divorciados/separados com 43,5%. Não existem diferenças significativas em relação ao estado civil. No entanto no sexo masculino ponderam mais solteiros/divorciados (57.1%), enquanto no feminino o percentual recai para os com estado civil de casado com 59,2%.

Habilitações Literárias

Questionados os fisioterapeutas sobre as suas habilitações literárias verificámos que 68,2% tem o grau de bacharelato/licenciatura e 31,8%, o grau de pós-graduados, mestrado ou doutoramento. Verificamos também que não existe diferença significativa em relação ao sexo dado que a distribuição das habilitações literárias é similar em ambos os grupos, pontificando como seria de esperar os que possuem o bacharelato/licenciatura (cf.tabela2)

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do sexo

Sexo Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Masc	Fem

	(14)	(16.5)	(71)	(83,5)	(85)	(100)		
Grupo etário								
≤ 33	5	37.5	22	31	27	31.8	0.3	-0.3
34-43	3	21.4	25	35.2	28	32.9	-1.0	1.0
≥ 44	6	42.9	24	33.8	30	35.3	-0.6	0.6
Estado civil								
Solteiro/divorciado	8	57.1	29	40.8	37	43.5	1.1	-1.1
Casado	6	42.9	42	59.2	48	56.5	-1.1	1.1
Habilit. Literárias								
Bacharel/licenciatura	10	71.4	48	67.6	58	68.2	0.3	-0.3
P.graduação/Mestrado/ Doutoramento	4	28.6	23	32.4	27	31.8	-0.3	0.3

Tempo de Exercício Profissional

Questionados os fisioterapeutas sobre o tempo de serviço profissional, verificou-se que a média de tempo de exercício profissional se encontra nos 15,92 anos com um intervalo de confiança entre os 14,22 e os 17,63, sendo que o tempo mínimo de exercício profissional é de 2 anos e o máximo de 37 anos. Para o sexo feminino a média de tempo de exercício profissional se situa nos 15,69 anos e para o sexo masculino nos 15,5 anos, com tempo mínimo de 2 anos e máximo de 37 anos para o sexo feminino; e mínimo de 4 anos e máximo de 30 para o sexo masculino (cf. tabela 3)

Observou-se também que para o total da amostra 34.1% dos inquiridos exerce a profissão há 12 ou menos anos; 31,8% da amostra entre os 13 e os 19 anos e por fim 34.1% há 20 ou mais anos. (cf. tabela 5)

Tabela 3 – Estatísticas relativas ao tempo profissional

Idade Sexo	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	S/W (p)
Feminino	71	2	37	15.69	8.81	0.56	0.547	-7.51	0.073
Masculino	14	4	30	15.50	8.55	0.55	0.112	-1.15	0.416
Total	85	2	37	15.93	7.90	0.49	0.56	-1.43	0.044

Tempo de Exercício Profissional na Instituição

Quando questionados sobre o tempo de serviço profissional na instituição, verificámos que a média se encontra nos 12,54 anos com um intervalo de confiança entre os 10,94 e os 14,14, sendo que o tempo mínimo de exercício profissional é de 1 anos e o máximo de 36 anos. Para o sexo feminino a média situa-se nos 12,37 anos e para o masculino nos 13,43 anos, com tempo mínimo de 1 anos e máximo de 36 anos para o sexo feminino; e de 4 anos e 21 para o sexo masculino (cf. tabela 4)

Registou-se também que para o total da amostra, 35.3% dos inquiridos exerce a profissão há 8 ou menos anos na instituição; 31.8% da amostra tem um tempo de serviço compreendido entre os 9 e os 15 anos e por fim 32.9% exerce a profissão há 16 ou mais anos. (cf. tabela 5)

Tabela 4 – Estatísticas relativas ao tempo de exercício na instituição

Idade Sexo	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	S/W (p)
Feminino	71	1	36	12.37	7.69	0.62	?1.89	-0.14	0.012
Masculino	14	4	21	13.43	6.00	0.44	-0.29	1.33	0.154
Total	85	1	36	12.54	7,42	1,69	0.49	1.69	0.013

Vínculo á instituição

Encontra-se na tabela 5 referência ao vínculo de trabalho por género onde se constata que a maioria dos inquiridos,56.5% pertence à função pública, e os restantes ,43.5%,tem um vínculo de contrato com a instituição. Entre o género os valores percentuais são semelhantes aos obtidos para o tipo de horário laboral. (cf. tabela 5)

Horário de Trabalho

Fazemos também na tabela 5 referência ao horário de trabalho por género. Constatamos que a maioria dos inquiridos realizam 35 horas de trabalho semanais (65.9%), e os restantes 34.1%realizam 40 horas semanais de trabalho. Entre o género os valores percentuais são semelhantes aos obtidos para o tipo de vínculo á instituição. (cf. tabela 5)

Função Exercida

Quando questionados sobre a função exercida na instituição a maioria dos fisioterapeutas exerce funções de prestação de cuidados ao utente (89,4%) e os restantes 10,6% funções de gestão /coordenação.Analizados os resultados por sexo verificámos que 91,5% do sexo feminino e 78,6% do sexo masculino exercem funções de prestação de cuidados ao utente e 21,4% e 8,5% exercem funções de gestão/coordenação respectivamente. (cf. tabela 5)

Tabela 5 – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género

Sexo Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (14)	% (16,5)	Nº (71)	% (83,5)	Nº (85)	% (100)	Masc	Fem
Tempo de exercício profissional								
≤ 12	4	28,6	25	35,2	29	34,1	-0,5	0,5
13-19	4	28,6	23	32,4	27	31,8	-0,3	0,3
≥ 20	6	42,9	23	32,4	29	34,1	0,8	-0,8
Tempo de exercício profissional na instituição								
≤8	4	28,6	26	36,6	30	35,3	-0,6	0,6
9-15	4	28,6	23	32,4	27	31,8	-0,3	0,3
≥16	6	42,9	22	31	28	32,9	0,9	-0,9
Vinculo à Instituição								
Função pública	8	57,1	40	56,3	48	56,5	0,1	-0,1
Contrato de Trabalho	6	42,9	31	43,7	37	43,5	-0,1	0,1
Horário de Trabalho								
35 horas/semana	9	64,3	47	66,2	56	65,9	0,1	-0,1
40 horas/semana	5	35,7	24	33,8	29	34,1	0,1	-0,1
Função exercida								
Prestação Cuidados	11	78,6	65	91,5	76	89,4	-1,4	1,4
Gestão/Coordenação	3	21,4	6	8,5	9	10,6	1,4	-1,4

Em suma

Quanto à caracterização sociodemográfica, registamos que o sexo feminino é maioritário com uma idade média de 39 anos.

A maioria dos fisioterapeutas é casada e tem o grau de bacharelato/licenciatura. A média de tempo de exercício profissional situa-se nos 16 anos e a maioria dos inquiridos pertence à função pública e exercem funções de prestação de cuidados ao utente. O tempo de trabalho semanal situa-se nas 35 horas.

3.3 – INSTRUMENTOS

Como forma de obtenção de dados e mensuração das variáveis, foi construída uma bateria de testes, composto por um questionário e um conjunto de escalas.

Questionário

O questionário é constituído por um conjunto de 9 questões. As primeiras quatro questões visam obter informações relativas à caracterização sociodemográfica da amostra e englobam a **idade**; o **sexo**, o **estado civil** onde constam as opções de solteiro, casado/união de facto, divorciado/separado e viúvo e as **habilitações literárias**, que pretende saber o grau de ensino que frequentou nomeadamente bacharelato ou licenciatura, e pós-graduação, mestrado e doutoramento.

No que respeita às **variáveis socioprofissionais** que comporta cinco questões procura-se informação relativa ao **tempo de exercício profissional**, ao **tempo de exercício na instituição**, o **vínculo à instituição** e neste particular se tem contrato individual, colectivo ou pertence à função pública., o **Horário laboral** praticado se é de 35 horas ou 40 horas. A última questão colocada procura saber se a **função que exerce** é de prestação de cuidados ou de gestão/coordenação.

Escalas

As escalas utilizadas neste estudo e que se caracterizarão a seguir foram: Escala de Satisfação no Trabalho, Escala de afectos positivos e negativos (Versão portuguesa de PANAS), Personalidade de Eysenk e Maslach Burnout Inventory (MBI):

3.3.1 - Escala sobre a Satisfação Geral no Trabalho

A Escala de Satisfação Geral no Trabalho (ESGT) foi elaborada por Barton & al. (1992) e adaptada por Silva, Azevedo e Dias (1994). A escala é constituída por cinco itens que consideram a satisfação em geral no trabalho, a visão do próprio e dos outros, bem como a tendência para o abandono do trabalho. Está elaborada em escala ordinal tipo Likert em que cada item é cotado de 1-7, em função da sua concordância ou discordância (1-discordo completamente; 2-discordo; 3-discordo ligeiramente; 4-neutro; 5-concordo ligeiramente; 6-concordo; 7-concordo completamente. Os itens 2 e 5, por terem sinal negativo nas saturações factoriais, são invertidos. A interpretação das pontuações é efectuada no sentido da satisfação, isto é, quanto maior a pontuação, maior a satisfação (Borges, 2009).

3.3.2 - Escala de Bem-estar Subjectivo

O estudo do bem-estar subjectivo, processou-se através da escala de afectos positivos e negativos de nome original “Positive and Negative Affect Schedule” (PANAS; Watson, Clark & Tellegen (1988) adaptado para a população portuguesa por Galinha & Ribeiro, (2005). O instrumento constitui-se como uma medida específica da dimensão afectiva do bem estar subjectivo e procura saber em que modo os indivíduos sentem, no presente, emoções positivas e emoções negativas específicas”.

A PANAS é uma das escalas de afecto mais amplamente utilizadas e validadas em vários países, demonstrando elevada estabilidade e consciência interna (Watson e tal., 1988). A versão portuguesa comporta conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções distribuídas por duas subescalas com 10 itens cada designadas de afecto positivo e afecto negativo ordenadas numa escala de cinco pontos, em que zero corresponde a “nada ou muito ligeiramente” e 4 a “extremamente

Relativamente aos afectos positivos, os adjectivos que o traduzem são: *interessado, excitado, agradavelmente surpreendido, caloroso, entusiasmado, orgulhoso, encantado, inspirado, determinado e activo.*

Por sua vez os afectos negativos são traduzidos pelos adjectivos: *perturbado, atormentado, culpado, assustado, repulsa, irritado, remorsos, nervoso, trémulo e amedrontado.* A cotação desta escala, consiste na média aritmética dos dez itens de cada escala. Calcula-se ainda o balanço afectivo subtraindo a escala de afecto negativo à escala de afecto positivo.

Os tempos de resposta utilizados pelos autores podem variar desde “agora, ou seja, neste momento”, “hoje”, “durante a última semana”, “durante as últimas semanas”, “durante o último ano” e “geralmente, ou seja, em média”. Neste estudo optou-se pelo tempo de resposta de esta semana.

No estudo de validação para a população portuguesa, encontrou-se uma consistência interna adequada de $\alpha = 0,86$ para a escala de afecto positivo e de $\alpha = 0,89$ para a escala de afecto negativo. Também, e tal como era esperado, em semelhança à escala original, a correlação entre a escala de afecto positivo e de afecto negativo situou-se perto do zero ($r = -0,10$), determinando a ortogonalidade entre as subescalas de afecto positivo e negativo (Galinha e Ribeiro, 2005)

Estudo psicométrico

Para o nosso estudo, efectuamos o estudo de consistência interna, nomeadamente os estudos de fiabilidade. Os resultados insertos na tabela 6 mostram-nos as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que genericamente nos dá indicações de como o item se combina com o valor global.

Analisando os valores de alfa de Cronbach podemos classifica-los de bons pois os valores mínimos e máximos oscilam entre os 0.747 no item 15 “Inspirado(a)” e 0.791 no item 16 “Nervoso(a)”. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que o item 20 é o que se apresenta mais problemático dado que a correlação encontrada é de ($r=-0,012$) não se revelando por isso homogéneo face a outros itens, e a correlação máxima é obtida no item 10 ($r=0.766$). Os valores médios e respectivos desvios padrão dos diferentes itens, permitem-nos afirmar que se encontram bem centrados.

Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de Cronbach revelaram-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0.896) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0.669 e para a segunda de 0.583 (cf. Quadro 1).

Quadro 1 - Consistência Interna da escala Panas

Nº Item	Itens	Media	Desvio Padrão	Correlação Item/total	R ²	α
1	Interessado(a)	2,7412	0,709	0,486	0,563	0,765
2	Perturbado(a)	1,0824	0,915	0,277	0,543	0,776
3	Excitado(a)	1,4235	1,062	0,528	0,567	0,757
4	Atormentado(a)	0,8353	1,044	0,261	0,653	0,778
5	Agradavelmente surpreendido(a)	1,4353	1,106	0,535	0,548	0,756
6	Culpado(a)	0,1647	0,403	0,275	0,543	0,777
7	Assustado(a)	0,4118	0,728	0,123	0,466	0,783
8	Caloroso(a)	2,1412	0,888	0,489	0,487	0,762
9	Repulsa	0,2941	0,669	0,065	0,435	0,785
10	Entusiasmado(a)	2,1412	1,013	0,577	0,766	0,754
11	Orgulhoso(a)	2,2353	1,065	0,429	0,515	0,765
12	Irritado(a)	1,2118	1,001	0,142	0,518	0,786
13	Encantado(a)	1,5059	1,221	0,509	0,639	0,758
14	Remorsos	0,1412	0,350	0,103	0,510	0,782
15	Inspirado(a)	2,0471	1,045	0,660	0,634	0,747
16	Nervoso(a)	1,0235	0,886	0,032	0,438	0,791
17	Determinado(a)	2,3882	0,964	0,506	0,530	0,760
18	Tremulo(a)	0,3647	0,553	0,232	0,595	0,778
19	Activo(a)	2,8235	0,928	0,373	0,597	0,770
20	Amedrontado(a)	0,3412	0,608	-0,012	0,564	0,788
Coeficiente Split-half				Primeira metade = 0.669		
				Segunda metade = 0.583		
Coeficiente alphaCronbach global				0,896		

Realizamos de seguida a análise factorial através do método dos componentes principais, com rotação varimax, sem definição de factores e com recurso ao critério de Kaiser. Os resultados obtidos permitiram-nos distinguir dois factores bem delimitados com satura-

ções nos itens superiores a 0.40 conforme se expressa no quadro 2, o que confirma os obtidos pelos autores da escala original.

Quadro 2-Estrutura factorial da PANAS para a amostra dos fisioterapeutas

	Afectos positivos	Afectos negativos
1-Interessado	,0730	
3-Excitado	0,703	
5-Agradavelmente Surpreendido	0,714	
8-Caloroso	0,614	
10-Entusiasmado/a	0,858	
11-Orgulhoso/a	0,631	
13-Encantado/a	0,775	
15-Inspirado/a	0,770	
17-Determinado/a	0,712	
19-Activo/a	0,638	
2-Perturbado		0,631
4-Atormentado		0,760
6-Culpado/a		0,424
7-Assustado/a		0,616
9-Repulsa		0,465
12-Irritado/a		0,656
14-Remorsos		0,430
16-Nervoso/a		0,606
18-Trémulo/a		0,621
20-Amedrontado/a		0,493

3.3.3 - Inventário de Personalidade de Eysenk

O Inventário de Personalidade de Eysenk é uma escala ordinal tipo Likert constituída por 12 itens, havendo para cada um deles quatro alternativas de resposta.

Trata-se de uma versão curta do Eysenk Personality Inventory que resultou de extensas análises factoriais e, tal como a sua versão original, mede as duas dimensões da personalidade: extroversão e neuroticismo. À extroversão correspondem os itens a, c, e, g, i e k, e ao neuroticismo os itens b, d, f, h, j (Silva, 1995).

Entre a versão curta e a escala original determinaram-se correlações, tendo-se obtido valores de “r” de 0,82 e 0,79 respectivamente para a extroversão e neuroticismo, o que revela a existência duma correlação positiva significativa nos dois factores. De igual modo determinaram-se correlações entre o neuroticismo e a extroversão da versão curta, cujo valor de “r” de 0,5 (Barton e cols., 1992), citado por Silva (1995).

A cotação desta escala faz-se somando os valores dos itens de cada uma das dimensões. Nesse sentido, são atribuídos os valores de 1 a 4 que correspondem às respostas no sentido de “nunca” para “sempre”. Valores baixos indicam níveis elevados nas

dimensões (Silva e cols., 1995). Também pode utilizar-se uma cotação bimodal (Silva e cols., 1995), bastando para isso converter os valores dos itens de 1 e 2 em 0 (zero), e os valores de 3 e 4 em 1 (um), somando-se de seguida os itens de cada factor.

Terminamos o estudo psicométrico desta escala apresentando os valores correlacionais obtidos em cada item com as subescalas de personalidade. Apuramos que todos os itens relativos ao neuroticismo estabelecem correlações negativas e não significativas com a extroversão o que nos permite afirmar que a maiores índices de extroversão estão associados menores índices de neuroticismo e vice-versa. Quanto à escala de extroversão apenas não se denotam correlações negativas nos itens da subescala de neuroticismo em relação aos itens “Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?” e “É perturbado por sentimentos de culpa?”

Acresce referir que entre o neuroticismo e a extroversão se encontra uma correlação negativa e não significativa baixa ($r=-0.187$) deduzindo-se deste resultado que quanto mais extrovertido o participante no estudo, menor o índice de neuroticismo.

3.3.4 - Maslach Burnout Inventory – M.B.I.

Ao longo da pesquisa dos instrumentos para realizar o Protocolo de Investigação, o Maslach Burnout Inventory – M.B.I. (1981; 1986), era o instrumento preferencial para avaliar a síndrome de burnout enquanto conceito multidimensional, nas suas diferentes dimensões: (1) exaustão emocional; (2) despersonalização e (3) realização pessoal. (Seabra,2008)

O instrumento de medida Maslach Burnout Inventory (MBI),cujo processo de adaptação cultural e linguístico foi da responsabilidade do Instituto do Stress e Saúde Ocupacional em 1999,é um instrumento de auto-administração construído por Maslach e Jackson em 1981.Constituído na versão original por 22 itens avaliados por uma escala de frequência tipo Lickert, cotados de 0 a 6, é composta por 3 subescalas que avaliam possíveis manifestações de Burnout: a **Exaustão Emocional** (9 itens), a **Despersonalização** (5 itens) e a **Realização Pessoal** (8 itens). Estes três aspectos correspondem a dimensões distintas, mas relacionadas de Burnout, sendo que a realização pessoal está inversamente correlacionada com a síndrome.

A análise dos resultados permite caracterizar o burnout em baixo, médio e elevado.

Nível Baixo de Burnout- reflecte scores baixos nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização e scores elevados na realização pessoal.

Nível Médio de Burnout-é traduzido em valores médios das três escalas

Nível Elevado de Burnout- reflecte scores elevados nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização e scores baixos na realização pessoal.

Antes de se chegar à versão actual esteve disponível um questionário com 47 itens, em formato de escala dupla, que avaliava a intensidade e a frequência. Este questionário foi administrado a 605 profissionais de saúde e serviços e após análise factorial verificou-se a existência de 4 factores responsáveis por 75,0% da variância total. Estas conclusões permitiram reduzir o inventário para 25 itens.

A versão definitiva deste instrumento de medida estabilizou-se em 22 questões, podendo em opção agregar mais 3 itens correspondentes a um quarto factor- o envolvimento. (Carvalho,2001).

A versão por nós utilizada foi adaptada por (Seabra,2008) tendo sido retirada da versão original de Schaufeliet al., (1996). É constituída por 16 itens, do tipo Likert, que avalia tal como a versão original três dimensões do burnout; a Exaustão, que equivale à subescala da exaustão emocional do M.B.I. e inclui os itens 1, 2, 3, 4 e 5 que se referem à fadiga física e emocional, não fazendo referência directa às pessoas como fonte directa desses sentimentos. O Cinismo que substitui a dimensão da despersonalização e reflecte indiferença ou uma atitude distante face ao trabalho. Os itens 6, 7, 10, 11, 12 e 16 referem -se ao trabalho e não às relações interpessoais no trabalho. Por último, a Eficácia profissional, semelhante à realização pessoal tal como é medida no M.B.I., focaliza-se na realização ocupacional abordando aspectos sociais e não sociais da ocupação, inclui a satisfação com a realização passada e presente, explicitando as expectativas individuais de continuar efectivamente a trabalhar; trata-se de uma dimensão inversa às duas anteriores sendo constituída pelos itens 8, 9, 13, 14 e 15.

Estudo psicométrico

Fomos verificar se na nossa amostra, as dimensões da síndrome de burnout se comportavam da mesma forma que os modelos teóricos descrevem. Verificou-se para o efeito as estatísticas e a consistência interna da escala cujos resultados se apresentam no quadro 3

Os resultados indicam-nos que os itens se encontram bem centrados dado que os desvios padrão oscilam entre os 0.89 no item 11 “Eu sinto-me alegre quando consigo atingir algo no meu trabalho” e os 2.08 no item 13 “Eu só quero fazer o meu trabalho e não ser incomodado”.

Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que os itens 6, 7, 10, 11 e 16 são os mais problemáticos já que não se revelam homogêneo em relação aos itens restantes. A correlação máxima é obtida no item 8 “Eu estou a ficar menos interessado no meu trabalho desde que comecei a trabalhar” com um valor correlacional de ($r=0.589$) e uma variabilidade de 73.2%. Quanto aos coeficientes alfa, podemos de classifica-los entre o razoável e o bom dado que o menor valores é de ($\alpha=0,667$) no item 8 e o maior ($\alpha=0,746$) no item 12.

Quanto ao índice de fiabilidade calculado pelo método das metades observamos que valores de alfa de Cronbach para a primeira metade ($\alpha=0,721$) são mais elevados, do que o alfa para a globalidade da escala ($\alpha=0.717$) enquanto para a segunda metade o valor de alfa é insignificante ($\alpha=0.287$) (cf. Quadro 3).

Quadro 3- Consistência interna da escala de Burnout

Nº Item	Itens	Media	DP	R Item/total	R ²	α
1	No meu trabalho sinto-me exausto emocionalmente	2,75	1,43	0,539	0,573	0,680
2	Sinto-me usado ao fim de um dia de trabalho	1,91	1,82	0,548	0,512	0,673
3	Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho de ir trabalhar	2,40	1,62	0,559	0,572	0,675
4	Trabalhar todo o dia com pessoas causa-me stress	2,05	1,69	0,587	0,526	0,670
5	O meu trabalho deixa-me exausto	2,69	1,51	0,537	0,441	0,679
6	Eu consigo resolver, eficazmente, os problemas que aparecem no meu trabalho	4,48	1,53	0,029	0,512	0,732
7	Eu sinto que estou a contribuir eficazmente para os objectivos da minha instituição	5,02	1,47	-0,044	0,541	0,738
8	Eu estou a ficar menos interessado no meu trabalho desde que comecei a trabalhar	2,16	1,90	0,589	0,732	0,667
9	Eu estou a ficar com menos entusiasmo sobre o meu trabalho	2,11	1,76	0,573	0,761	0,671
10	Na minha opinião, eu sou bom naquilo que faço	4,89	1,12	-0,138	0,373	0,738
11	Eu sinto-me alegre quando consigo atingir algo no meu trabalho	5,43	0,89	-0,085	0,464	0,730
12	No meu trabalho, eu tenho conseguido realizar muitas coisas que valem a pena	4,83	1,38	-0,016	0,422	0,746
13	Eu só quero fazer o meu trabalho e não ser incomodado	3,40	2,08	0,421	0,331	0,690
14	Eu estou a ficar muito céptico se o meu trabalho contribui para alguma coisa	1,57	1,67	0,446	0,663	0,688
15	Eu duvido do significado do meu trabalho	0,96	1,34	0,347	0,567	0,701
16	No meu trabalho, eu sinto-me confiante de que sou eficaz em ter as coisas feitas	4,75	1,20	-0,102	0,393	0,737
Coeficiente Split-half				Primeira metade = 0.721		
				Segunda metade = 0.287		
Coeficiente alphaCronbach global				0,717		

Procedemos ainda ao estudo de consistência interna com cada subescala no intuito de determinar o comportamento dos itens que a compõem. Para a exaustão emocional, os resultados sugerem uma boa consistência com valores de alfa a oscilar entre os 0.794 e 0.824 (cf. quadro 9), e o coeficiente de split-half a seguir essa tendência já que na primeira os valores são de ($\alpha=0.804$) e na segunda metade de ($\alpha=0.622$), para um coeficiente global de ($\alpha=0.842$). O item 1 ($r=0.714$) é o que apresenta melhores resultados globais nesta

subescala e o que traduz a maior variabilidade em relação aos restantes com 52.4%. Já o que traduz menor correlação ($r= 0.598$) é o item 4 e o de menor variabilidade (37.7%) o item 5.

Olhando para a subescala Cinismo os coeficientes de bipartição e o coeficiente global podem classificar-se de razoáveis. O maior valor correlacional situa-se no item 7 ($r=0.549$) sendo este o que apresenta maior variabilidade (49.2%) em relação aos restantes itens. O que apresenta menor correlação e menor variabilidade é o item 10 ($r= 0.222$) explicando 19.5% da sua variabilidade em relação aos restantes itens.

Finalmente para a subescala eficácia profissional, pelos coeficientes alfa é observável a existência de boa consistência interna sendo que o menor valor corresponde ao item 8 com um ($\alpha=0.728$) e o maior ao item 13 ($\alpha=0.809$). De um modo geral os valores correlacionais podem classificar-se de bons, com percentagens de variância explicada a oscilarem entre os 27.0% no item 13 e os 69.6% no item 8.

Quadro 4 – Estatísticas e valores de alfa de Cronbach por subescala

Nº Item	Itens	Media	DP	R Item/total	R ²	α
Exaustão emocional						
1	No meu trabalho sinto-me exausto emocionalmente	2,75	1,43	0,714	0,524	0,795
2	Sinto-me usado ao fim de um dia de trabalho	1,91	1,82	0,635	0,438	0,815
3	Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho de ir trabalhar	2,40	1,62	0,704	0,505	0,794
4	Trabalhar todo o dia com pessoas causa-me stress	2,05	1,69	0,598	0,385	0,824
5	O meu trabalho deixa-me exausto	2,69	1,51	0,603	0,377	0,821
Cinismo						
6	Eu consigo resolver, eficazmente, os problemas que aparecem no meu trabalho	4,48	1,53	0,528	0,438	0,645
7	Eu sinto que estou a contribuir eficazmente para os objetivos da minha instituição	5,02	1,47	0,549	0,492	0,637
10	Na minha opinião, eu sou bom naquilo que faço	4,89	1,12	0,222	0,195	0,731
11	Eu sinto-me alegre quando consigo atingir algo no meu trabalho	5,43	0,89	0,537	0,415	0,662
12	No meu trabalho, eu tenho conseguido realizar muitas coisas que valem a pena	4,83	1,38	0,378	0,334	0,695
16	No meu trabalho, eu sinto-me confiante de que sou eficaz em ter as coisas feitas	4,75	1,20	0,513	0,280	0,653
Eficácia profissional						
8	Eu estou a ficar menos interessado no meu trabalho desde que comecei a trabalhar	2,16	1,90	0,701	0,696	0,728
9	Eu estou a ficar com menos entusiasmo sobre o meu trabalho	2,11	1,76	0,677	0,675	0,738
13	Eu só quero fazer o meu trabalho e não ser incomodado	3,40	2,08	0,482	0,270	0,809
14	Eu estou a ficar muito céptico se o meu trabalho contribui para alguma coisa	1,57	1,67	0,619	0,570	0,757
15	Eu duvido do significado do meu trabalho	0,96	1,34	0,509	0,456	0,791

No quadro 5 são apresentados em síntese os valores de alfa de Cronbach por subescala e o número de itens que compõe as compõem. Como já foi referenciado os valores de alfa para cada subescala e valor global são bons. Quanto aos coeficientes de bipartição notamos que seguem a mesma tendência excepto para a segunda metade do valor global da escala cujo resultado é inadmissível.

Quadro 5 – Comparação dos valores de alfa do estudo actual com a escala original por sub-escala

Sub escalas	Nº itens	Alfa de Cronbach			
		(Split-half)		Total estudo actual	Total Estudo original
		Parte 1	Parte2		
Exaustão emocional	5	0.804	0.622	0.842	0.90
Cinismo	6	0.588	0.641	0.712	0.79
Eficácia profissional	5	0.775	0.774	0.804	0.71
Valor global	16	0.721	0.287	0.717	Não aplicavel

Na tabela 6 apresentamos a matriz de correlação de Pearson entre as sub-escalas. De acordo com os resultados obtidos, verificamos que as correlações são positivas e significativas entre a eficácia versus exaustão e negativamente correlacionadas entre eficácia e exaustão e cinismo e eficácia. Perante estes resultados afere-se que a uma maior eficácia corresponde uma maior exaustão e a maior cinismo corresponde menor exaustão e eficácia.

Tabela 6- Correlações de Pearson para as 3 dimensões de Burnout

	Exaustão	Cinismo
Cinismo	-0.275*	
Eficácia	0.612**	-0.378**

** Correlações significativas para um $p < 0,01$

* Correlações significativas para um $p < 0,05$

Procuramos saber se a estrutura factorial da escala se mantinha igual aos estudos já realizados. Para o efeito, efectuámos a extracção dos factores pelo método dos componentes principais e rotação Varimax com raízes latentes superiores a 1 e com recorrência ao critério de Kaiser. À semelhança da versão portuguesa adaptada obtivemos 3 factores que explicam 55.68% da variância total (cf. quadro 6), enquanto na versão portuguesa de Nunes, (2003), encontramos uma variância explicada de 55,21%.

No nosso estudo o primeiro factor explica 21.6%, o segundo 17.84% e o terceiro 16.23%. verifica-se ainda que os pesos factoriais “loadings” são superiores a 0.40, valor indicado como referência (Maroco, 2010).

Quadro 6 – Estrutura e “loadings” factoriais do M.B.I. na amostra fisioterapeutas

	1-Exaustão	2-Eficacia	3-Cinismo
Exaustão emocional			
1-No meu trabalho sinto-me exausto emocionalmente	0,771		
2- Sinto-me usado ao fim de um dia de trabalho	0,763		
3-Sinto-me cansado quando me levanto de manha e tenho de ir trabalhar	0,760		
5- O meu trabalho deixa-me exausto	0,714		
4- Trabalhar com pessoas todo o dia causa-me stress	0,600		
Eficácia profissional			
15- Eu duvido do significado do meu trabalho		0,724	
9 -Eu estou a ficar com menos entusiasmo sobre o meu trabalho		0,675	
14- Eu estou a ficar muito céptico se o meu trabalho contribui para alguma coisa		0,605	
8 -Eu estou a ficar menos interessado no meu trabalho desde que comecei a trabalhar		0,582	
13- Eu só quero fazer o meu trabalho e não ser incomodado		0,576	
Cinismo			
6- Eu consigo resolver, eficazmente, os problemas que aparecem no meu trabalho			0,775
7- Eu sinto que estou a contribuir eficazmente para os objectivos da minha instituição			0,734
16- No meu trabalho, eu sinto-me confiante de que sou eficaz em ter as coisas feitas			0,662
11 Eu sinto-me alegre quando consigo atingir algo no meu trabalho			0,623
12-No meu trabalho, eu tenho conseguido realizar muitas coisas que valem a pena			0,465
10- Na minha opinião, eu sou bom naquilo que faço			0,426

3.4-PROCEDIMENTOS

Estando cientes de que qualquer processo de investigação implica de facto, um seguimento de normas de conduta por parte do investigador, realizamos algumas diligências prévias de modo a salvaguardar os direitos e a liberdade dos participantes e os princípios éticos fundamentais tal foi conduzido, através das directrizes do questionário, as quais englobam: tema e propósito da investigação, pedido de colaboração para o preenchimento e referência à necessidade de resposta a todas as questões, para que este não fosse eliminado, garantia de anonimato e confidencialidade das respostas, disponibilização dos resultados, agradecimento da colaboração e disponibilidade dispensadas.

O primeiro passo consistiu no pedido de autorização para aplicação da bateria de testes de recolha de dados aos Conselhos de Administração dos Hospitais da A. R.S.-Centro, expondo os objectivos do estudo e sua finalidade. (anexo1)

Após despacho favorável das respectivas instituições e comissões de ética, iniciamos o nosso percurso onde em primeira instancia foram abordados os Fisioterapeutas- coordenadores, no sentido de procederem á entrega e respectiva recolha dos questionários, procedendo nós posteriormente á sua recolha para análise e realização do trabalho. (anexo 2)

3.5-ANALISE DE DADOS

Para a análise dos dados, fizemos uso da estatística descritiva e da estatística analítica ou inferencial. A estatística descritiva permitiu-nos determinar as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central como médias e medidas dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de forma como a assimetria e curtose. Para as variáveis em estudo utilizamos a análise univariada e bivariada.

Na análise bivariada usamos a percentagem residual (resíduos ajustados), que nos dá as diferenças percentuais de variável a variável, muitas vezes em detrimento do teste de qui quadrado, dado que em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das sub-amostras não permitia o uso do referido teste. O uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado tal como refere Pestana & Gajeiro (2005), na medida em que “ (...) os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis”. Os referidos autores consideram os seguintes valores de referência:

- ≥ 1.96 diferença estatística significativa;
- <1.96 diferença estatística não significativa.

Para se interpretar os resíduos ajustados necessita-se de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

O coeficiente de variação permitiu-nos comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados do seguinte modo:

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

O coeficiente de correlação de Pearson, também realizado no nosso estudo – é uma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por convenção, os valores de r devem ser interpretados do seguinte modo. (Pestana e Gageiro, 2005):

- $r < 0.2$ – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

Com a estatística inferencial usamos testes paramétricos e não paramétricos nomeadamente:

- Testes t de Student ou teste de U Mann Whitney para amostras independentes - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais;

- Análise de variância a um factor (ANOVA) ou Teste de Kruskal Wallis - para comparação de médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes, isto é, analisa o efeito de um factor na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do factor são ou não iguais entre si. Neste teste recorre-se habitualmente aos testes post-hoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si.

- Teste de qui quadrado (X^2) - para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis.

- Regressões múltiplas - é um modelo estatístico usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.

Na análise estatística utilizar-se-ão os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados efectuar-se-á com o recurso de tabelas e gráficos, onde se apresentarão os dados mais relevantes.

Todo o tratamento estatístico será processado através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.0 (2013) para Windows.

No capítulo seguinte iremos apresentar os resultados obtidos.

4 – RESULTADOS

De forma a facilitar a interpretação e compreensão dos dados colhidos iremos proceder à sua apresentação e análise, com o objectivo de responder às questões de investigação”. Em primeiro lugar, faremos a análise descritiva, procurando desse modo caracterizar as variáveis que fazem parte do estudo enquanto na segunda se procederá à análise inferencial com a qual se examinará a relação entre as variáveis independentes e variável dependente.

4.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

4.1.1-Satisfação no trabalho

Na tabela 7 estão representadas as estatísticas referentes à escala da satisfação, no trabalho. Como podemos observar os valores mínimos e máximos oscilam entre 12 e 35 com uma média de 24,98 e desvio padrão de 5.04. Para o sexo feminino o valor mínimo é de 12 e o máximo de 35 com uma média de 25,03 ($\pm 5.30dp$) e no sexo masculino a média é de 24.78 ($\pm 3.51 dp$) mas as diferenças não são estatisticamente significativas. O coeficiente de variação revela uma dispersão fraca para o sexo masculino e moderada para o feminino e globalidade da amostra. Já as medidas de achatamento e enviesamento são indiciadoras de curvas normais o que estão em concordância com o teste de aderência á normalidade de Shapiro Willks.

Tabela 7 – Estatísticas relativas à satisfação geral no trabalho dos Fisioterapeutas

st Sexo	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	S/W (p)
Feminino	71	12	35	25,03	5,30	21,2	0,729	0,481	0.091
Masculino	14	19	31	24,78	3,51	14,1	-0,098	0,186	0.770
Total	85	12	35	24,98	5,04	20,2	0,291	0,568	0,77

De acordo com os resultados obtidos procuramos categorizar a satisfação com o trabalho pelo que se constituíram dois grupos tendo por base a mediana cujo ponto de corte estabelecido foi de 20. Assim, todos os participantes com uma pontuação inferior ou igual a 20 foram classificados como insatisfeitos e superior aquele valor.

Os resultados inseridos na tabela 14 revelam que 62.4% se encontram satisfeitos com o trabalho sendo que destes 84.9% são mulheres e 15.5% são homens. Dos 37.6% que se encontram insatisfeitos cerca de 8 em cada 10 são mulheres. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($\chi^2= 0.194$; $p= 0.660$).

No que respeita á idade o maior grau de satisfação (39.6%) é encontrado nos fisioterapeutas mais velhos. Os de idade inferior ou igual a 33 anos e os de 34 a 43 anos apresentam valores percentuais iguais (30.2%). Os resíduos ajustados e o teste de qui quadrado não revelam significância estatística. ($\chi^2= 1.181$; $p= 0.554$).

Para o estado civil, entre os insatisfeitos o maior valor percentual (59.4%) recai nos que coabitam com companheiro, o mesmo ocorrendo para o grupo dos satisfeitos, registando-se neste caso uma percentagem ligeiramente inferior (54.7%), não traduzindo por consequência significância estatística ($\chi^2= 0.176$; $p= 0.675$).

Reportando-nos ao tempo de serviço e ao vínculo à instituição, denotamos que tal como ocorreu para a idade, os mais satisfeitos são os que trabalham há mais anos (37.7%) e com vínculo à instituição como funcionário público (60.4%). Os com menos anos de tempo de serviço (37.5%) são os mais insatisfeitos. Curiosamente dos insatisfeitos, metade pertencem à função pública e outra metade tem contrato com a instituição. Para as duas variáveis em estudo também não se encontraram significâncias estatísticas ($\chi^2= 0.822$; $p= 0.663$) e ($\chi^2= 0.874$; $p= 0.350$) para o tempo de serviço e vinculo à instituição, respectivamente.

Tabela 8 - Caracterização da satisfação/insatisfação geral do trabalho dos Fisioterapeutas

Variáveis	Insatisfeito		Satisfeito		Total		Residuais	
	Nº (32)	% (37.6)	Nº (53)	% (62.4)	Nº (85)	% (100.0)	Insatis- feito	Satis- feito
Sexo								
Feminino	26	81.3	45	84.9	71	83.5	0.4	-0.4
Masculino	6	18.8	8	15.5	14	16.5	-0,4	0,4
Idade								
<= 33 anos	11	37.5	16	30.2	27	31.8	0.4	-0.4
34 – 43 anos	12	37.5	16	30.2	28	32.9	0.7	-0.7
>= 44 anos	9	28.1	21	39.6	30	35.3	-1.1	1.1
Estado civil								
Sem companheiro	13	40.6	24	45.3	37	43.5	-0.4	0.4
Com companheiro	19	59.4	29	54.7	48	56.5	0.4	-0.4
Tempo serviço								
<= 12 anos	12	37.5	17	32.1	29	34.1	0.5	-0.5
13 – 19 anos	11	34.4	16	30.2	27	31.8	0.4	-0.4
>= 20 anos	9	28.1	20	37.7	29	34.1	-0.9	0.9
Vinculo à instituição								
Função pública	16	50.0	32	60.4	48	56.5	-0.9	0.9
Contrato	16	50.0	21	39.6	37	43.5	0.9	-0.9

Em síntese:

Os resultados obtidos revelam que a maioria dos inquiridos se encontra satisfeito com o trabalho sendo que destes maioritariamente são mulheres. Verificamos que os fisioterapeutas mais velhos, os que trabalham há mais tempo na instituição, com vínculo à instituição como funcionário público e os que têm mais anos de serviço são os mais satisfeitos mas são os que coabitam com companheiro que se encontra mais insatisfeitos.

4.1.2-Bem estar subjectivo

As estatísticas para o bem-estar subjectivo revelam um índice mínimo para o afecto positivo de 4 e um máximo de 34 com uma média de 20.81 (\pm 7.21). Os afectos negativos apresentam valores mínimos e máximos respectivamente de 0 e 17 e média de 5.87 (\pm 4.34), enquanto para o balanço afectivo que resulta da diferença entre os afectos positivos e negativos os valores mínimos e máximos são respectivamente de -10.0 e 34 sendo que a média é de 15.01 (\pm 8.97) com um coeficiente de variação de 59.7%. Os valores de curtose e assimetria indiciam curvas normocúrticas e não enviezadas para as três subescalas enquanto o teste de aderência à normalidade de Shaphiro-Wilks indica-nos que a distribuição não é normal para os afectos negativos. (cf. tabela 9)

Tabela 9 – Estatísticas relativas ao bem-estar subjectivo

Afectos	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	S/W (p)
Afectos positivos	4	34	20,88	7,216	34,6	-1,356	-1,088	0,100
Afectos negativos	0	17	5,87	4,34	74,0	2,91	-0,410	0,000
Diferença de afectos	-10,0	34	15,01	8,97	59,7	-1,525	0,824	0,178

Procuramos saber se o sexo influenciava o bem-estar subjectivo tendo realizado para o efeito o teste de UMW. Dos resultados obtidos notamos que os homens revelam índices mais elevados nos afectos positivos (OM= 43.04) e na diferença de afectos (OM=49.14) enquanto nas mulheres ponderam os afectos negativos (OM=44.94). Todavia nos dois grupos as diferenças encontradas não são suficientemente elevadas para produzir significância estatística conforme resultado apresentado na tabela 10.

Tabela 10 - Teste de U Mann-Whitney entre género e bem-estar subjectivo

Género	Feminino	Masculino	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Bem-estar subjectivo				
Afectos positivos	42.99	43.04	496.500	0.995
Afectos negativos	44.94	33.18	359.500	0.102
Diferença de afectos	41.79	49.14	411.000	0.308

Na tabela 11 estudámos a relação entre a idade e o bem-estar subjectivo. A análise de variância utilizada, revela que os fisioterapeutas com idade entre os 34 e 43 anos são os que demonstram ter mais afectos positivos e concomitantemente mais negativos, averbando ainda maior índice na diferença de afectos. Os de idade ≤ 33 anos registam índices mais elevados nos afectos positivos e diferença de afectos que os congéneres mais velhos. Os valores de f não são explicativos, o que demonstra a relação de independência entre as variáveis, e pela percentagem de variância explicada, nota-se para o bem-estar subjectivo na sua globalidade uma variabilidade fraca sendo a mais elevada 6,04% nos afectos positivos.

Tabela 11 – Análise de variância a um factor entre idade e bem estar subjectivo

Idade	≤ 33 anos		34 – 43 anos		≥ 44 anos		F	p	%ve
	media	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
Bem estar subjectivo									
Afectos positivos	20.07	7.76	23.35	5.80	19.30	7.51	2.636	0.078	6.04
Afectos negativos	4.92	4.06	7.14	4.37	5.53	4.40	1.979	0.145	4.60
Diferença de afectos	15.14	3.39	16.21	8.54	13.76	9.11	0.537	0.586	1.29

Na continuação do estudo do bem-estar subjectivo, foi também do nosso interesse saber qual a sua relação com o estado civil. Apuramos que os fisioterapeutas casados ou a coabitarem em união de factos têm índices mais elevados condizentes com melhores afectos positivos e negativos, o que se traduz também num maior índice de diferença de afectos que os colegas solteiros, divorciados viúvos ou separados. Assumindo igualdade de variâncias, o teste t para diferença de médias não é explicativo, o que significa que o estado civil não influencia o bem-estar subjectivo.

Tabela 12 – Teste t para diferença de médias entre estado civil e bem estar subjectivo

Estado civil	Sem companheiro		Com companheiro		Levene (p)	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Bem estar subjectivo							
Afectos positivos	20.37	7.80	21.27	6.78	0.412	-0.563	0.575
Afectos negativos	5.59	4.20	6.08	4.47	0.642	-0.513	0.610
Diferença de afectos	14.78	9.25	15.18	8.84	0.661	-0.204	0.838

Analizamos também os resultados entre o bem-estar subjectivo e o tempo de serviço. Infere-se que os afectos positivos ponderam nos que têm entre 13 e 19 anos de serviço. De igual modo os afectos negativos e o balanço de afectos também são observados com maior peso neste grupo. Os resultados obtidos não se diferenciam; o que comprova a relação de independência para as subescalas em estudo.

Tabela 13 – Análise de variância a um factor entre tempo de serviço e bem estar subjectivo

Tempo de serviço	<= 12 anos		13 – 19 anos		>= 20 anos		F	p	%ve
	Media	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
Bem estar subjectivo									
Afectos positivos	24.48	7.59	23.22	4.70	19.10	8.32	2.424	0.095	5.58
Afectos negativos	5.37	3.84	6.66	4.16	5.62	4.96	0.683	0.508	1.63
Diferença de afectos	15.10	8.67	16.55	7.00	13.48	10.77	0.818	0.445	1.95

Para comprovar a relação entre o bem-estar subjectivo e o vínculo à instituição procedemos também à realização do teste t de Student, tendo os resultados que se apresentam na tabela 14 evidenciado que os fisioterapeutas em regime de função pública ou de contrato possuem índices iguais de afectos positivos. Já os fisioterapeutas em regime de função pública têm índices mais elevados de afectos negativos mas o balanço afectivo recai para os contratados. Assumindo igualdade de variâncias, conforme resultados do teste de Levene, o valor de t não é estatisticamente significativo, inferindo-se assim, que o regime de vínculo à instituição não interfere com o bem-estar subjectivo.

Tabela 14 – Teste t para diferença de médias vínculo à instituição e bem estar subjectivo

Vínculo à instituição	Função pública		Contrato		Levene (p)	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Bem estar subjectivo							
Afectos positivos	20.89	7.30	20.86	7.20	0.716	0.019	0.984
Afectos negativos	6.39	4.58	5.18	3.94	0.364	1.278	0.206
Diferença de afectos	14.50	9.28	15.67	8.64	0.719	-0.597	0.552

Finalmente, procuramos saber a relação existente entre a satisfação no trabalho e bem-estar subjectivo. Apuramos que os mais satisfeitos, são os que revelam mais factos

positivos e melhor balanço afectivo, e por oposição os insatisfeitos são os que indiciam mais afectos negativos. O teste de Levene indica que as variâncias são homogêneas e o valor de t comprova a relação e dependência para os afectos negativos e a diferença de afectos.

Tabela 15 – Teste t para diferença de médias entre satisfação no trabalho e bem estar subjectivo

Satisfação Bem estar subjectivo	Insatisfeito		Satisfeito		Levene (p)	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Afectos positivos	19.56	7.31	21.67	7.10	0.937	-1.316	0.192
Afectos negativos	7.06	3.85	5.15	4.49	0.273	2.003	0.048
Diferença de afectos	12.50	8.82	16.52	8.79	0.763	-2.043	0.044

Como síntese aos resultados obtidos verificamos que:

Relativamente ao Bem-Estar Subjectivo os homens revelam índices mais elevados de afectos positivos e no balanço afectivo enquanto nas mulheres ponderam os afectos negativos.

Por outro lado os fisioterapeutas com idade compreendida entre os 34 e 43 anos são os que demonstram ter maior balanço afectivo, enquanto os mais novos, registam índices mais elevados nos afectos positivos e balanço afectivo.

Apurámos que o estado civil, o tempo de serviço e o vínculo à instituição não influencia o bem-estar subjectivo, o mesmo não ocorrendo para os afectos negativos e balanço afectivo em relação à satisfação no trabalho.

4.1.3 - Personalidade de Eysenk

As estatísticas relativas à personalidade revelam um índice mínimo para a extroversão de 7 e um máximo de 21 sendo a média de 14.78 ($\pm 2,74$). O neuroticismo apresenta valores mínimos e máximos respectivamente de 6 e 17 com uma média de 11,65 ($\pm 2,32$). Os valores de curtose e assimetria indiciam curvas normais para as duas subescalas sendo que o teste de aderência à normalidade de Shaphiro-Wilks comprova que a distribuição é normal. (cf. tabela 16)

Tabela 16 - Estatísticas para a Personalidade

Personalidade de Eysenk	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	S/W (p)
Extroversão	7	31	14.78	2.74	18.53	-0.452	0.065	0.209
Neuroticismo	6	17	11.65	2.32	19.91	-0.793	0.639	0.102

Procuramos saber se o sexo influenciava os traços de personalidade tendo realizado o teste de UMW. Pelos resultados apresentados na tabela 17 apuramos que as mulheres são mais extrovertidas (OM= 43.78), e simultaneamente mais neuróticas (OM=45,21), enquanto os homens reproduzem traços de maior introversão e de maior estabilidade emocional. Todavia não encontramos significância estatística o que permite afirmar que o género não tem influência sobre os tipos de personalidade dos inquiridos.

Tabela 17 - Teste de U Mann Whitney entre genero e personalidade

Género Personalidade	Feminino	Masculino	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Extroversão	43,78	39,04	441,500	0,507
Neuroticismo	45,21	31,79	340,00	0,061

Indagamos também a influência da idade no tipo de personalidade. Realizada uma análise de variância a um factor, os resultados permitem-nos afirmar que os fisioterapeutas com idade entre os 34 e 43 anos são os mais extrovertidos e os de idade superior a 43 anos os mais introvertidos. Quanto ao neuroticismo notamos que os mais jovens são os que se revelam mais neuróticos quando comparados com os mais velhos. Não encontramos porém significâncias estatísticas quer para a extroversão/introversão, quer para o neuroticismo/estabilidade emocional, pelo que não realizamos os testes post hoc. A variabilidade encontrada é baixa pois para a extroversão/introversão situa-se nos 4,28% e para o neuroticismo/estabilidade emocional nos 1,69%. (cf.tabela 18)

Tabela 18 – Análise de variância a um factor entre idade e personalidade

Idade Personalidade	<= 33 anos		34 – 43 anos		>= 44 anos		F	p	%ve
	Media	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
Extroversão	14,96	1,83	15,32	2,62	13,96	2,91	1,835	0,166	4.28
Neuroticismo	12,07	2,12	11,53	2,53	11,36	2,28	0,708	0,496	1.69

A tabela 19 estabelece a relação entre o estado civil e o tipo de personalidade dos inquiridos. Constatamos que os fisioterapeutas casados ou a coabitarem em união de factos são mais extrovertidos do que os colegas solteiros, divorciados viúvos ou separados e de igual modo, também notamos que estes são mais estáveis que os colegas que habitam sem companheiro. Assumindo igualdade de variâncias, o teste t para diferença de médias não é explicativo, o que significa que o estado civil não influencia o tipo de personalidade.

Tabela 19 – Teste t para diferença de médias entre estado civil e tipo de personalidade

Estado civil Personalidade	Sem companheiro		Com companheiro		Levenne (p)	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Extroversão	14,67	2,91	14,77	2,78	0,702	-0,153	0,879
Neuroticismo	11,91	2,44	11,43	2,21	0,426	0,951	0,344

Analísamos os resultados entre tipo de personalidade e o tempo de serviço, infere-se que a extroversão pondera nos que têm entre 13 e 19 anos de serviço o mesmo ocorrendo com o neuroticismo. Os resultados obtidos não se diferenciam em função dos grupos o que comprova a relação de independência para as subescalas em estudo, razão pela qual não se efectuou o teste post hoc. (cf. tabela 20)

Tabela 20 – Análise de variância a um factor entre tempo de serviço e tipo de personalidade

Tempo de serviço Personalidade	<= 12 anos		13 – 19 anos		>= 20 anos		F	p	% ve
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
Extroversão	15,03	2,79	15,33	2,61	13,86	2,92	2,214	0,116	5.12
Neuroticismo	11,82	2,37	11,92	2,18	11,20	2,38	0,806	0,450	1.92

Para comprovar a relação entre o tipo de personalidade e o vinculo à instituição procedemos à realização do teste t de Student , tendo os resultados que se apresentam na tabela 21 evidenciado que os fisioterapeutas em regime de contrato são mais extrovertidos e simultaneamente mais neuróticos. Com igualdade de variâncias assumido pelo teste Levenne, não encontramos significâncias estatísticas entre os grupos quer para a extroversão, quer para o neuroticismo.

Tabela 21 – Teste t para diferença de médias vinculo à instituição e personalidade

Vinculo à instituição Personalidade	Função pública		Contrato		Levenne (p)	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Extroversão	14,37	2,76	15,18	2,87	0,513	-1,323	0,190
Neuroticismo	11,52	2,26	11,81	2,39	0,913	-0,571	0,570

Finalmente, procuramos saber a relação existente entre a satisfação no trabalho e tipo de personalidade. Verificamos que os mais satisfeitos, são os que se revelam mais extrovertidos, e por oposição os insatisfeitos são os que indiciam mais neuroticismo. O teste de Levene indica que as variâncias são homogêneas e o valor de t não comprova a relação e dependência entre as variáveis em estudo. (cf. tabela 22)

Tabela 22 – Teste t para diferença de médias entre satisfação no trabalho e personalidade

satisfação Personalidade	Insatisfeito		Satisfeito		Levene (p)	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Extroversão	14,03	2,89	15,15	2,72	0,930	-1,793	0,077
Neuroticismo	12,06	2,35	11,39	2,27	0,686	1,292	0,200

Em síntese os resultados evidenciam que:

As mulheres são mais extrovertidas que os homens e estes reproduzem traços de maior introversão e de maior estabilidade emocional.

Em relação á idade verificamos que os fisioterapeutas entre os 34 e 43 anos são mais extrovertidos e os de idade superior a 43 anos os mais introvertido, enquanto os mais novos revelam-se mais neuróticos e conseqüentemente com maior instabilidade emocional.

Os fisioterapeutas casados ou a coabitarem em união de factos são mais extrovertidos e estáveis do que os colegas solteiros, divorciados viúvos ou separados Também verificamos maior extroversão para os que se encontram em regime de contrato e mais satisfeitos com o trabalho.

4.1.4 – Síndrome de burnout

A síndrome de Burnout é determinada tendo por base três subescalas Exaustão, Cinismo e Eficácia. As estatísticas indicam-nos para a exaustão um índice mínimo de 0 e um máximo de 25 com uma média de 11,82 (\pm 6,38), e um coeficiente de variação elevado de 54%. Quanto ao Cinismo encontramos valores mínimos e máximos respectivamente de 14 e 36 com uma média de 29,42 (\pm 4,94) e coeficiente de variação moderado de 16,7%, enquanto para a eficácia os valores mínimos e máximos oscilam entre 0 e 29 sendo que a média se cifra nos 10,22 (\pm 6,62) com um coeficiente de variação elevado (64,7%). Os valores de curtose e assimetria indiciam curvas normocúrticas e enviezadas à direita para o

cinismo e à esquerda para a eficácia. O teste de aderência à normalidade de Shaphiro-Wilks indica-nos que a distribuição não é normal para as três subescalas. (cf. tabela 23)

Tabela 23 - Estatísticas relativas à síndrome de Burnout

Burnout	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	S/W (p)
Exaustão	0,00	25,00	11,82	6,388	54,0	0,628	1,984	0,009
Cinismo	14,00	36,00	29,42	4,94	16,7	-3,67	1,64	0,000
Eficácia	0,00	29,00	10,22	6,62	64,7	2,35	0,46	0,006

A tabela 24 apresenta os resultados da exaustão, categorizada de acordo com os pontos de corte preconizados por Izquierdo (2011) e a sua relação entre as variáveis socio-demográficas e profissionais. A maior percentagem dos participantes da amostra (44.7%) exhibe exaustão moderada e cerca de quatro em cada dez exaustão elevada.

No que respeito ao sexo, as mulheres sofrem de maior exaustão que os homens mas as diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2=0.384$; $p=0.825$). Também encontramos mais exaustão entre os casados mas, de igual modo, sem significância estatística ($\chi^2=0.028$; $p=0.986$).

Quanto à idade é nos mais velhos que encontramos o maior percentual com exaustão elevada (38.7%) e nos de idade inferior ou igual a 33 anos exaustão moderada (39.5%). Entre os grupos também não se verificaram significâncias estatísticas ($\chi^2=4.797$; $p=0.309$)

No referente ao tempo de serviço na profissão entre os classificados com baixa exaustão a menor percentagem (12.5%) observa-se nos que possuem tempo de serviço até 12 anos, mas em contrapartida é este grupo que apresenta maiores percentuais de exaustão moderada (42.1%) e alta (35.5%), em concomitância com os inquiridos com mais tempo de serviço. O teste de qui quadrado revela significância estatística ($\chi^2=11.624$; $p=0.020$), que se localizam entre os participantes com moderada exaustão e com tempo de serviço compreendido entre os 13 e 19 anos, e exaustão alta e mais de 20 anos de tempo de serviço.

Finalmente em relação ao vínculo à instituição, a baixa (81.3%) e a elevada exaustão (41.9%) é encontra nos funcionários públicos, enquanto a moderada se situa nos participantes em regime de contrato. Pelo valor de qui quadrado denotam-se significâncias estatísticas ($\chi^2=6.157$; $p=0.046$) entre os que referem baixa exaustão e funcionários públicos e os de moderada exaustão e funcionários em regime de contrato. (cf. tabela 24)

Tabela 24 - Caracterização e relação da exaustão com as variáveis demográficas e profissionais

Variáveis	Baixo		Moderada		Alta		Total		Residuais		
	Nº (16)	% (18.8)	Nº (38)	% (44.7)	Nº (31)	% (36.4)	Nº (85)	% (100.0)	Baixo	Mod.	Alto
Sexo											
Feminino	14	87.5	32	84.2	25	80.6	71	83.5	0.5	0.2	-0.5
Masculino	2	14.3	6	42.9	6	42.9	14	16.5	-0.5	-0.2	0.5
Estado civil											
Solteiro/divorciado	5	31.3	18	47.4	14	45.2	37	43.5	-1.1	0.6	0.2
Casado	11	68.8	20	52.6	17	54.8	48	56.5	1.1	-0.6	-0.2
Idade											
<=33 anos	2	12.5	15	39.5	10	32.3	27	31.8	-1.8	1.4	0.1
34 a 43 anos	6	37.5	13	34.2	9	29.0	28	32.9	0.4	0.2	-0.6
>=44 anos	8	50.0	10	26.3	12	38.7	30	35.3	1.4	-1.6	0.5
Tempo serviço											
<= 12 anos	2	12.5	16	42.1	11	35.5	29	34.1	-1.0	1.3	-0.4
13 – 19 anos	7	43.8	11	28.9	9	29.0	27	31.8	-0.7	2.2	-1.6
>= 20 anos	7	43.8	11	28.9	11	35.5	29	34.1	1.6	-3.4	2.1
Vínculo à Instituição											
Função Pública	13	81.3	17	44.7	18	58.1	48	56.5	2.2	-2.0	0.2
Contrato	3	18.8	21	55.3	13	41.9	37	43.5	-2.2	2.0	-0.2

A categorização do cinismo é apresentada na tabela 25 e revela-nos que nenhum dos participantes em estudo foi classificado como tendo baixo ou moderado cinismo. Dos resultados obtidos ressalta que as mulheres, os casados, os de maior idade, com mais tempo de serviço e pertencentes à função pública, têm maiores níveis de cinismo.

Tabela 25-Caracterização do cinismo em função das variáveis demográficas e profissionais

Variáveis	alto	
	Nº (85)	% (100.0)
Sexo		
Feminino	71	83.5
Masculino	14	16.5
Estado civil		
Solteiro/divorciado	37	43.5
Casado	48	56.5
Idade		
<=33 anos	27	31.8
34 a 43 anos	28	32.9
>=44 anos	30	35.3
Tempo serviço		
<= 12 anos	29	34.1
13 – 19 anos	27	31.8
>= 20 anos	29	34.1
Vínculo à Instituição		
Função Pública	48	56.5
Contrato	37	43.5

Finalmente, caracterizámos a eficácia e determinamos a prevalência para as variáveis sociodemográficas e profissionais. De uma forma global apuramos que cerca de quatro em cada dez dos participantes no estudo foram classificados com moderada eficácia, e destes, 80.6% são mulheres, 55.6% casados, 41.7% têm idade inferior ou igual a 33 anos, 44,4% com um tempo de serviço situado entre os 13 e 19 anos e na sua maioria pertencem-

tes à função pública. Quanto aos 30.6% classificados com alta eficácia, 88.5% são mulheres, casados (56.5%), com idade acima dos 44 anos (46.2%), com tempo de serviço igual ou superior a 20 anos ou inferior a 12 anos com igual percentagem (34.1%) e com vínculo à função pública (56.5%). Os testes de qui quadrado apenas apresentam significância estatística para o tempo de serviço ($\chi^2 = 11.970$; $p = 0.018$), situados entre os de eficácia moderada e tempo de serviço com 13 a 19 anos de serviço e de eficácia alta com mais de 20 anos de serviço. (cf. tabela 26).

Tabela 26 - Caracterização da eficácia em função das variáveis demográficas e profissionais

Variáveis	Baixo		Moderada		alto		Total		Residuais		
	N (23)	% (27.0)	N (36)	% (42.4)	N (26)	% (30.6)	N (85)	% (100.0)	Baixo	Mod.	Alto
Sexo											
Feminino	19	82.6	29	80.6	23	88.5	71	83.5	-0.1	-0.6	0.8
Masculino	4	17.4	7	19.4	3	11.5	14	16.5	0.1	0.6	-0.8
Estado civil											
Solteiro/divorciado	10	43.5	16	44.4	11	42.3	37	43.5	0.0	0.1	-0.2
Casado	13	56.5	20	56.5	15	57.7	48	56.5	0.0	-0.1	0.2
Idade											
<=33 anos	5	21.7	15	41.7	7	26.9	27	31.8	-1.2	1.7	-0.6
34 a 43 anos	8	34.8	13	36.1	7	26.9	28	32.9	0.2	0.5	-0.8
>=44 anos	10	43.5	8	22.2	12	46.2	30	35.3	1.0	-2.2	1.4
Tempo serviço											
<= 12 anos	6	26.1	15	41.7	8	30.8	29	34.1	-1.0	1.3	-0.4
13 – 19 anos	6	26.1	16	44.4	5	19.2	27	31.8	-0.7	2.2	-1.6
>= 20 anos	11	47.8	5	13.9	13	50.0	29	34.1	1,6	-3.4	2.1
Vínculo à Instituição											
Função Pública	16	69.6	15	41.7	17	65.4	48	56.5	1.5	-2.4	1.1
Contrato	7	30.4	21	58.3	9	34.6	37	43.5	-1.5	2.4	-1.1

Conforme refere Isquierdo (2000) para determinar a prevalência da síndrome de Burnout é necessário conjugar as classificações das diferentes subescalas o que nos permitirá obter uma nova classificação que reflecte os seguintes níveis:

Nível Baixo de Burnout- quando apresenta scores baixos nas subescalas de exaustão emocional e cinismo e scores elevados na eficácia profissional

Nível Médio de Burnout- que é traduzido em valores médios das três escalas

Nível Elevado de Burnout- quando apresenta scores elevados nas subescalas de exaustão emocional e cinismo e scores baixos na eficácia profissional.

Exibidas estas considerações julgadas pertinentes para a compreensão da caracterização da síndrome de Burnout, expomos na tabela 31 os resultados obtidos. Um dos primeiros aspectos a realçar é a de não obtermos nenhum dos participantes do estudo classificado com nível baixo de burnout. Por outro lado, obtivemos cerca de 8 em cada 10 dos inquiridos classificados com burnout moderado, sendo que destes, 84.8% são mulheres, na sua maioria casados (57.6%), com idade inferior ou igual a 33 anos (34.8%), com tempo de serviço inferior ou igual a 12 anos (36.4%) e com vínculo à função pública. (53.0%). No con-

cernente aos 22,4% classificados com nível elevado de Burnout, os resultados apontam para resultados similares em relação ao sexo, estado civil e vínculo profissional, diferindo para a idade onde se denota maior valor percentual nos que possuem mais de 43 anos (42.1%) e com maior tempo de serviço (47.4%). Todavia entre os grupos e para as diferentes variáveis em estudo não foram encontradas significâncias estatísticas. (cf.tabela 27)

Tabela 27 - Caracterização do burnout em função das variáveis demográficas e Profissionais

Variáveis	Moderada		Alto		Total		Residuais	
	Nº (66)	% (77.6)	Nº (19)	% (22.4)	Nº (85)	% (100.0)	Mod.	Alto
Sexo								
Feminino	56	84.8	15	78.9	71	83.5	0.6	-0.6
Masculino	10	15.2	4	21.1	14	16.5	-0.6	0.6
Estado civil								
Solteiro/divorciado	28	42.4	9	47.4	37	43.5	-0.4	0.4
Casado	38	57.6	10	52.6	48	56.5	-0.4	0.4
Idade								
<=33 anos	23	34.8	4	21.1	27	31.8	1.1	-1.1
34 a 43 anos	21	31.8	7	36.8	28	32.9	-0.4	0.4
>=44 anos	22	33.3	8	42.1	30	35.3	-0.7	0.7
Tempo serviço								
<= 12 anos	24	36.4	5	26.3	29	34.1	0.8	-0.8
13 – 19 anos	22	33.3	3	26.3	27	31.8	0.6	-0.6
>= 20 anos	20	30.3	9	47.4	29	34.1	-1.4	1.4
Vinculo à Instituição								
Função Pública	35	53.0	13	68.4	48	56.5	-1.2	1.2
Contrato	31	47.0	6	31.6	37	43.5	1.2	1.2

Os resultados expressos dão resposta à primeira questão de investigação que procura determinar a prevalência de burnout nos fisioterapeutas que é determinada tendo por base a Exaustão, Cinismo e Eficácia.

Em relação à exaustão, a maior percentagem dos participantes da amostra (44.7%) exhibe exaustão moderada e cerca de quatro em cada dez exaustão alta. Os mais elevados níveis de exaustão são verificados nas mulheres que coabitam com cônjuge ou em união de facto, nos mais velhos, com mais tempo de serviço e com vinculo à instituição como funcionário público

Quanto ao cinismo nenhum dos participantes em estudo foi classificado como tendo baixo ou moderado cinismo. Dos resultados obtidos ressalta que as mulheres, os que coabitam com cônjuge ou em união de facto, os de maior idade, com mais tempo de serviço e pertencentes à função pública, têm maiores níveis de cinismo.

No que se refere à eficácia apuramos que cerca de quatro em cada dez dos participantes no estudo foram classificados com moderada eficácia, e destes, 80.6% são mulhe-

res, 55.6% casados, 41.7% com idade inferior ou igual a 33 anos, 44,4% com tempo de serviço situado entre os 13 e 19 anos e na sua maioria pertencentes à função pública.

Quanto aos 30.6% inquiridos classificados com alta eficácia, 88.5% são mulheres, casados (56.5%), com idade acima dos 44 anos (46.2%), com tempo de serviço igual ou superior a 20 anos ou inferior a 12 anos com igual percentagem (34.1%) e com vínculo à função pública (56.5%).

Finalmente para o burnout não obtivemos nenhum dos participantes do estudo classificado com nível baixo de burnout. Cerca de 8 em cada 10 dos inquiridos revelaram possuir burnout moderado, e destes 84.8% são mulheres, na sua maioria casados (57.6%), com idade inferior ou igual a 33 anos (34.8%), com tempo de serviço inferior ou igual a 12 anos (36.4%) e com vínculo à função pública. (53.0%). Dos classificados com nível elevado de Burnout, os resultados apontam para percentuais similares em relação ao sexo e estado civil mas diferindo para a idade onde se denota maior valor percentual nos que possuem mais de 43 anos (42.1%) vínculo profissional (68.4%) e com maior tempo de serviço (47.4%).

4.2- ANÁLISE INFERENCIAL

Uma vez apresentada a estatística descritiva no capítulo anterior iremos proceder à análise inferencial. Procuraremos assim, avaliar as relações existentes entre algumas das variáveis independentes, com a variável dependente Síndrome de Burnout por forma a dar resposta à segunda e terceira questão de investigação que formulamos e que estão insertas no capítulo da metodologia.

Assim, a segunda questão tem em vista determinar a influência das variáveis socio demográficas e profissionais no burnout dos fisioterapeutas a trabalhar nos hospitais da Região de Saúde do Centro.

Relação entre sexo e Síndrome de Burnout

Recorremos ao teste de UMW, cujos resultados se apresentam na tabela 34 para estudar a relação entre o sexo e a síndrome do Burnout. Pelas ordenações médias afere-se, que os homens apresentam índices mais elevados de exaustão, mas menores de cinis-

mo e eficácia que as mulheres, não sendo porém significativas as diferenças, o que traduz uma relação de independência entre as variáveis em estudo. (cf. tabela 28)

Tabela 28- Teste de U Mann Whitney entre sexo e Síndrome de Burnout

Burnout	Género	Feminino	Masculino	UMW	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Exaustão		42.21	47.00	441.000	0.506
Cinismo		43.56	40.18	457.500	0.638
Eficácia		43.13	42.32	487.500	0.910

Relação entre idade e Síndrome de Burnout

Na tabela 29 apresentam-se os resultados do estudo da relação entre a idade e a síndrome de Burnout. A análise de variância utilizada, revela que os fisioterapeutas com idade entre os 34 e 43 anos são os que demonstram ter mais sentimentos de cinismo e simultaneamente maior eficácia. Os de idade ≤ 33 anos são os que registam índices mais baixos de eficácia e a maior exaustão é encontrada nos fisioterapeutas mais jovens. O valor de f não são explicativos, o que demonstra a relação de independência entre as variáveis.

Tabela 29 – Análise de variância a um factor entre idade e Síndrome de Burnout

Idade Burnout	≤ 33 anos		34 – 43 anos		≥ 44 anos		F	p
	Media	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Exaustão	13,037	5,932	11,214	6,756	11,300	6,388	0,710	0,495
Cinismo	28,925	5,327	30,321	4,320	29,033	5,182	0,686	0,506
Eficácia	9,703	5,524	10,857	6,328	10,100	7,853	0,213	0,809

Foi nosso interesse saber qual a relação que o estado civil estabelece com a síndrome de Burnout. Apuramos que os fisioterapeutas casados ou a coabitarem em união de factos têm índices muito similares aos colegas sem companheiro. Assumindo igualdade de variâncias, o teste t para diferença de médias não é explicativo, o que significa que o estado civil não influencia a síndrome de Burnout. (cf. tabela 30)

Tabela 30 – Teste t para diferença de médias entre estado civil e Síndrome de Burnout

Estado civil	Sem companheiro		Com companheiro		Levene (p)	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Exaustão	12,567	7,147	11,250	5,748	0,152	0,942	0,349
Cinismo	29,270	5,704	29,514	4,331	0,175	-0,249	0,804
Eficácia	10,621	6,957	9,916	6,407	0,646	0,484	0,629

Relação entre tempo de exercício profissional e Síndrome de Burnout

Analizamos também os resultados entre a síndrome de Burnout e o tempo de exercício profissional. Infere-se que o cinismo pondera nos que têm entre 13 e 19 anos de serviço. A exaustão é mais elevada nos indivíduos que têm 12 ou menos anos de serviço. Em relação à eficácia é no grupo com 20 ou mais anos de serviço que se encontram os valores mais altos. Os resultados obtidos não se diferenciam em função dos grupos o que comprova a relação de independência para as subescalas em estudo (cf.tabela 31)

Tabela 31 – Análise de variância a um factor entre tempo de exercício profissional e Síndrome de Burnout

Tempo de serviço	<= 12 anos		13 – 19 anos		>= 20 anos		F	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Exaustão	13,103	5,709	10,703	6,871	11,586	6,560	1,017	0,366
Cinismo	28,896	5,440	30,222	3,935	29,206	5,334	0,539	0,539
Eficácia	10,000	5,787	10,259	5,295	10,413	8,479	0,028	0,028

Relação entre vínculo à instituição e Síndrome de Burnout

Para comprovar a relação entre a síndrome de Burnout e o vínculo à instituição procedemos também à realização do teste t de Student, tendo os resultados que se apresentam na tabela 38 evidenciado que os fisioterapeutas em regime de função pública ou de contrato possuem índices similares de exaustão, cinismo e eficácia pelo que o valor de t não é estatisticamente significativo, o que nos leva a afirmar que o regime de vínculo à instituição não interfere com a Síndrome de Burnout. (cf.tabela 32)

Tabela 32 – Teste t para diferença de médias vínculo à instituição e Síndrome de Burnout

Vínculo à instituição	Função pública		Contrato		Levene (p)	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Exaustão	11,333	6,795	12,459	5,848	0,070	-0,804	0,424
Cinismo	29,520	4,748	29,297	5,253	0,660	0,205	0,838
Eficácia	10,500	7,383	9,864	5,558	0,021	0,436	0,652

Relação entre satisfação no trabalho e Síndrome de Burnout

Da relação entre a satisfação no trabalho com a síndrome de Burnout, apurámos que os mais satisfeitos são os que revelam mais cinismo, e por oposição os insatisfeitos são os que indiciam maior exaustão mas também eficácia. O teste de Levene indica que as variâncias são homogêneas e o valor de t comprova a relação de dependência para o cinismo. (cf. tabela 33)

Tabela 33 – Teste t para diferença de médias entre satisfação no trabalho e Burnout

Burnout	Satisfação		Insatisfeito		Satisfeito		Levene (p)	t	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
Exaustão	12,531	5,593	11,396	6,839	0,086	0,792	0,431		
Cinismo	27,156	5,826	30,792	3,769	0,007	-3,497	0,003		
Eficácia	11,000	7,184	9,754	6,281	0,707	0,839	0,404		

Em conclusão:

O sexo masculino apresenta índices mais elevados de exaustão e menores de cinismo e eficácia que o feminino,

Os fisioterapeutas com idade entre os 34 e 43 anos são os que demonstram ter mais sentimentos de cinismo e concomitantemente mais eficácia mas o estado civil não influencia a síndrome de Burnout

O cinismo pondera nos fisioterapeutas que possuem entre 13 e 19 anos de serviço e a exaustão é mais elevada nos indivíduos que têm 12 ou menos anos de serviço. Em relação à eficácia é no grupo com 20 ou mais anos de serviço que se encontram os valores mais altos. Já o regime de vínculo à instituição não interfere com a Síndrome de Burnout.

Relação entre variáveis sociodemográficas, socioprofissionais e psicológicas e síndrome de Burnout

A terceira questão de investigação pretende avaliar a influência das variáveis sociodemográficas (sexo e idade), variáveis socioprofissionais (satisfação no trabalho) e psicológicas (personalidade e bem estar subjectivo) na síndrome de burnout dos fisioterapeutas a trabalhar nos hospitais da Região de Saúde do Centro nas suas diferentes dimensões (exaustão, cinismo e eficácia).

Para o efeito, efectuamos análises de regressões múltiplas, pois este é o método mais utilizado para realizar análises multivariadas, particularmente quando se pretende

estudar mais que uma variável independente de natureza quantitativa em simultâneo e uma variável dependente também quantitativa.

O método de estimação usada foi o de stepwise (passo a passo) que originam tantos modelos quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente.

Relação entre variáveis independentes e exaustão emocional

No que concerne à subescala de exaustão emocional da Síndrome de Burnout, pela tabela 34, notamos que as correlações entre esta subescala e as variáveis independentes oscilam entre o fraco ($r=-0.067$) com o sexo e o razoável ($r=-0.481$) com o balanço afectivo, com correlações positivas apenas o sexo e o neuroticismo.

Tabela 34 – Correlação de Pearson entre Exaustão e variáveis independentes.

Variáveis	r	p
Idade	-0.073	0.253
Sexo	0.067	0.270
Afectos Positivos	-0.335	0.001
Afectos Negativos	0.439	0.000
Diferença de afectos	-0.481	0.000
Satisfação no trabalho	-0.151	0.083
Extroversão	-0.211	0.026
Neuroticismo	0.393	0.000

A primeira e única variável a tornar-se preditora da exaustão é a diferença de afectos pois, como se pode verificar pelas correlações introduzidas na tabela anterior, é a que revela um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica 23,2% da variação com a exaustão sendo a variância explicada ajustada de 22,3%. O erro padrão de regressão é de 5.633, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da exaustão. O teste F é estatisticamente significativo ($f= 25.050$; $p= 0.000$) e o valor de t, dado também apresentar significância estatística, permite afirmar que a variável independente que entrou no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a exaustão..

Pelo coeficiente padronizado beta notamos que o balanço afectivo estabelece com a exaustão uma relação inversa inferindo-se daí que quanto mais afectos negativos maior a exaustão emocional. Utilizamos o VIF (variance inflation factor) para diagnosticar a multicolinearidade que é 1.000 valor inferior a 5, concluindo-se daí que as variáveis presentes no modelo não são colineares.

O modelo final ajustado para a exaustão é-nos dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Exaustão} = 16.969 + (-0.343 \text{ balanço afectivo})$$

Quadro 7 – Regressão múltipla entre Exaustão e as variáveis independentes

Variável dependente = Exaustão					
R = 0.481					
R ² = 0.232					
R ² Ajustado = 0.223					
Erro padrão da estimativa = 5.633					
Incremento de R ² = 0.232					
F = 25.050					
P = 0.000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Beta	t	p	colinearidade VIF
Constante	16.969		14.189	0.000	
Balanço afectivo	-0.343	-0.481	-5.005	0.000	1.000
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	794.819	1	794.819	25.050	0.000
Residual	2633.534	83	31.729		
Total	3428.353	84			

Relação entre as variáveis independentes e o cinismo

A tabela 35 correlaciona as variáveis independentes com o cinismo. Os valores apresentados exprimem que apenas os afectos positivos, o balanço afectivo, a satisfação no trabalho e a extroversão apresentam correlações positivas e os valores correlacionais oscilam entre o ínfimo para o sexo ($r = 0.006$) e o fraco para o neuroticismo ($r = -0.369$).

Não se denotam significâncias estatísticas na idade e sexo .

Tabela 35 – Correlação de Pearson entre Cinismo e variáveis independentes

Variáveis	r	p
Idade	-0.024	0.414
Sexo	-0.006	0.478
Afectos Positivos	0.321	0.001
Afectos Negativos	-0.222	0.021
Balanço afectivo	0.365	0.000
Satisfação no trabalho	0.321	0.001
Extroversão	0.360	0.000
Neuroticismo	-0.369	0.000

O neuroticismo neste modelo de regressão que é composto por três passos, é a primeira variável a entrar, explicando por si só 13.6% de variabilidade com o cinismo e registando um erro padrão de regressão de 4.62.

O segundo passo contempla a extroversão e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 22.1% da variação, tendo o erro padrão de estimativa diminuído ligeiramente para 4.418. Finalmente a terceira e última variável a entrar no modelo de regressão foi a satisfação no trabalho. Estas três variáveis passaram a explicar 27.3% da variação com o cinismo e o erro padrão de estimação passou a ser de 4.29. Os resultados que se resumem no quadro 43 evidenciam que a correlação que as variáveis predictoras estabelecem com o cinismo é moderada ($r=0.523$). O valor da “variance inflation factor” (VIF) permite concluir que as variáveis presentes no modelo não são colineares, uma vez que oscilam entre 1.049 no neuroticismo e 1.088 na extroversão.

Quanto aos testes F ao apresentarem-se com significância estatística permite-nos afirmar sobre a existência de relação entre as variáveis em estudo. Por outro lado, os valores de t sendo significativos indicam que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre o cinismo.

Analisando os coeficientes padronizados beta verificamos que o neuroticismo é o que apresenta maior valor preditivo variando em sentido inverso, seguidos pela extroversão e satisfação no trabalho que variam em sentido directo, pelo que podemos inferir que quanto mais neuróticos e menos extrovertidos e mais insatisfeitos no trabalho maior o cinismo evidenciado.

Terminamos por apresentar o modelo final ajustado para o cinismo que é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Cinismo} = 21.835 + (-0.618 \text{ neuroticismo}) + 0.435 \text{ extroversão} + 0.397 \text{ satisfação no trabalho}$$

Quadro 8 – Regressão múltipla entre variáveis independentes e Cinismo

Variável dependente = Cinismo					
R = 0.523					
R ² = 0.273					
R ² Ajustado = 0.246					
Erro padrão da estimativa = 4.29431					
Incremento de R ² = 0.052					
F = 5.831					
P = 0.018					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	colinearidade VIF
Constante	21.835		40419	0.000	
Neuroticismo	-0.618	-0.292	- 3.014	0.003	1.049
Extroversão	0.435	0.249	2.518	0.014	1.088
Satisfação no Trabalho	0.397	0.235	2.415	0.018	1.055
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	561.023	3	187.008	10.141	0.000
Residual	1493.730	81	18.441		
Total	2054.753	84			

Relação entre variáveis independentes e variável dependente eficácia profissional

Quanto à eficácia profissional, a tabela 36, demonstra que as correlações que as variáveis independentes estabelecem entre si, oscilam entre ($r = 0.030$) no sexo e ($r = -0.494$) na diferença de afectos. Entre as variáveis idade, afectos negativos e neuroticismo existe uma relação directa e inversa com as restantes o que nos leva a afirmar que, quanto maiores os índices nas variáveis com relação inversa, e menores na directa, menor é a eficácia profissional. Somente não encontramos significância estatística para a idade ($p = 0.286$), sexo ($p = 0.394$), e na extroversão ($p = 0.063$),

Tabela 36 – Correlação de Pearson entre Eficácia e variáveis independentes

Variáveis	r	p
Idade	0.062	0.286
Sexo	-0.030	0.394
Afectos Positivos	-0.392	0.000
Afectos Negativos	0.369	0.000
Balanço afectivo	-0.494	0.000
Satisfação no trabalho	-0.058	0.300
Extroversão	-0.167	0.063
Neuroticismo	0.266	0.007

Apenas o balanço afectivo é preditor da eficácia profissional. Esta variável explica 24,4% da variabilidade sendo a variância explicada ajustada de 23,5%. O erro padrão de regressão é de 5.792, o teste F ($f = 26,750$; $p = 0.000$) e o valor de t, dado apresentarem sig-

nificância estatística, permite afirmar que a variável independente que entrou no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a eficácia profissional.

Pelo coeficiente padronizado beta notamos que o balanço afectivo estabelece com a eficácia profissional uma relação inversa inferindo-se que quanto maior o balanço afectivo menor a eficácia profissional. O valor de VIF indica que não existe colinearidade entre as variáveis.

O modelo final ajustado para a exaustão é-nos dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Eficácia profissional} = 15.692 + (-0.364 \text{ balanço afectivo})$$

Quadro 9 – Regressão múltipla entre Eficácia e as variáveis independentes

Variável dependente = Eficácia profissional					
R = 0.494					
R ² = 0.244					
R ² Ajustado = 0.235					
Erro padrão da estimativa = 5.79274					
Incremento de R ² = 0.244					
F = 26.750					
P = 0.000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	colinearidade VIF
Constante	15.692		12.759	0.000	
Balanço afectivo	-0.364	-0.494	- 5.172	0.000	1.000
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	897.621	1	897.621	26.750	0.000
Residual	2785.132	83	33.556		
Total	3682.753	84			

Em Conclusão:

Entre as variáveis idade, afectos negativos e neuroticismo existe uma relação directa e inversa com as restantes o que nos leva a afirmar que, quanto maiores os índices nas variáveis com relação inversa, e menores na directa menor é a eficácia profissional.

A diferença de afectos estabelece com a eficácia uma relação inversa pelo que podemos inferir que quanto mais afectos negativos maior eficácia

Resumindo a primeira e única variável a tornar-se preditora da exaustão é a diferença de afectos pois, notamos que a diferença de afectos estabelece com a exaustão uma relação inversa pelo que podemos inferir que quanto mais afectos negativos maior exaustão.

Relativamente ao cinismo os valores apresentados exprimem que apenas os afectos positivos, a diferença de afectos, a satisfação no trabalho e a extroversão apresentam correlações.

O neuroticismo neste modelo de regressão que é composto por três passos, é a primeira variável

O segundo modelo de regressão contempla a extroversão

Finalmente a terceira e última variável a entrar no modelo de regressão é a satisfação no trabalho

Verificamos que o neuroticismo é a variável que apresenta maior valor preditivo variando em sentido inverso, seguidos pela extroversão e satisfação no trabalho que variam em sentido directo, pelo que podemos inferir que quanto mais neuróticos, menos extrovertidos e mais insatisfeitos no trabalho maior o cinismo dos fisioterapeutas.

Limitações do Estudo

Uma investigação implica sempre algumas limitações relacionadas com a sua realização e desenvolvimento. Passados alguns anos da conceptualização inicial do estudo, hoje o mesmo teria necessariamente algumas alterações a nível da sua construção, implementação e estratégia, o que não lhe retira, toda a sua humildade e honestidade, nomeadamente na sua realização e contributo a nível científico.

As limitações estão relacionadas com a validade externa ou interna do estudo e devem ser ponderadas e analisadas, de forma a evitar e/ou minimizar os erros que podem assim colocar toda a investigação em causa.

No caso concreto do nosso estudo, existem várias limitações, que devem ser enumeradas.

O primeiro aspecto a reflectir diz respeito à validade externa dos resultados apurados, ou seja, por várias razões, as conclusões a que chegamos não podem ser generalizadas à população de fisioterapeutas portuguesas, visto a dimensão da amostra apesar de ser bastante reduzida ($n=85$) não é em si representativa dos fisioterapeutas a trabalhar em hospitais da A.R.S., e ainda menos dos fisioterapeutas portuguesas, não se podendo extrapolar os resultados obtidos no nosso estudo. Em algumas características a amostra é idêntica à da população dos fisioterapeutas, como por exemplo distribuição da variável género, a variável idade, funções exercidas e vínculo à instituição.

Por último, uma grande limitação sentida pela investigadora foi a realização do estudo empírico em simultâneo com a sua actividade profissional. O tempo dividido entre a investigação e a actividade profissional de fisioterapeuta e de mãe e dona de casa todas fascinantes e com exigências diferentes, foram necessariamente uma sobrecarga física, psicológica e emocional.

Assim, as conclusões a que chegamos, devem ser enquadradas tendo em conta estas limitações, acreditando que o estudo é crucial na compreensão de alguns aspectos relacionados com o *stress* profissional e a saúde em geral dos Fisioterapeutas, pretendendo contribuir para a prevenção do *stress* contribuindo deste modo para a **Educação para a Saúde** destes profissionais.

5 - Discussão dos Resultados e Conclusão

Após a apresentação dos dados teremos necessariamente de reflectir, realizando a sua análise e discussão.

Actualmente, existe uma maior preocupação com a saúde dos indivíduos que exercem as suas funções em organizações de saúde. A instituição hospitalar é um destes contextos de risco à saúde ocupacional.

O trabalho desenvolvido em hospitais requer que todos os profissionais tenham suficiente experiência clínica e maturidade que permita enfrentar e tomar decisões difíceis, geralmente com implicações éticas e morais (Albaladejo & al, 2004).

Os fisioterapeutas, assim como os demais profissionais de saúde, estão expostos a cargas mentais durante a execução das suas actividades profissionais, pois lidam com a doença e o sofrimento diariamente (Romani, 2001).

Para Messias (1999), a "carga emocional" refere-se não apenas à sua limitação diante do quadro clínico do paciente, mas, sobretudo, em razão das dificuldades na condução do trabalho como a insatisfação com salário e a falta de autonomia.

Em geral, o tratamento de fisioterapia é diário e prolongado, proporcionando um contacto muito próximo com o paciente e sua família. Essa interacção favorece a assimilação do sofrimento emocional transmitido pelo paciente (Messias, 1999). A responsabilidade para com o paciente e/ou família consomem emocionalmente o profissional e quando integradas a problemas pessoais, falta de apoio da equipe, dificuldades organizacionais e aumentos constantes de exigências psicológicas tornam esses indivíduos susceptíveis de Burnout.

Estudos como os de Messias (1994) relatam que o fisioterapeuta está exposto a cargas emocionais e a cargas físicas.

Vários estudos têm demonstrado que o Burnout incide principalmente sobre os profissionais de ajuda, que prestam assistência ou são responsáveis pelo desenvolvimento ou cuidado de outros (Benevides-Pereira, 2002), como é o caso dos fisioterapeutas a exercer em hospitais da A. R.S.-Centro

Alguns autores, como Lautert *et al.* (1999), enfatizam, ainda, que o ambiente hospitalar, independente da actividade executada, pode ser gerador de Burnout. O extenso horário de trabalho, a baixa remuneração, as responsabilidades excessivas que diminuem a qualidade do atendimento, além do facto de lidarem constantemente com doença, sofrimen-

to e morte, expõem os profissionais de saúde a riscos ocupacionais como *stress* e *Burnout*.

Para Maslach e Jackson (1981), o hospital possui uma estrutura complexa voltada para o paciente, pouco valorizando as condições laborais dos profissionais de saúde, que permanecem expostos a um período prolongado em situações que exigem alto envolvimento emocional.

De acordo com os resultados de múltiplos estudos na área da segurança e saúde no trabalho, citados por Seabra(2008) na sua dissertação de candidatura ao grau de Doutora em Ciências de Saúde Mental, o *stress* profissional está fortemente associado ao absentismo ao trabalho, ao aumento dos acidentes, à diminuição da produtividade e à reduzida satisfação no trabalho, promovendo um estilo de vida que aumenta a vulnerabilidade à doença física e mental, com elevados custos económicos.

Múltiplos são os factores e fontes de *stress* profissional a que os indivíduos estão continuamente expostos. Factores relacionados com a organização e a cultura organizacional, aspectos específicos da actividade profissional, e factores relacionados com aspectos pessoais e interpessoais. Quando o *stress* profissional se torna crónico, pode contribuir entre outras consequências, para a instalação e ou desenvolvimento da síndrome de *burnout* e da depressão. (Seabra,2008)

O presente estudo abordou a Síndrome de *Burnout* em fisioterapeutas hospitalares, investigando a prevalência e a relação das dimensões da síndrome com variáveis sociodemográficas e ocupacionais, com o intuito de identificar possíveis factores que facilitam ou desencadeiam o *Burnout* nesses profissionais.

Em relação à síndrome de *burnout*, podemos afirmar que ele se verificou enquanto conceito multidimensional, tal como é conceptualizado por Maslach e avaliado pelo M.B.I. para a nossa amostra.

A eficácia profissional surge como uma dimensão inversa às dimensões de exaustão e cinismo, todas de forma significativa. Podemos então analisar os resultados obtidos para o modelo compreensivo e empírico para Fisioterapeutas.

Podemos afirmar que o balanço afectivo sentido pelos Fisioterapeutas, se encontra positivamente relacionado com as dimensões negativas do *Burnout* (exaustão e o cinismo), e que se encontra negativamente relacionado com a dimensão da eficácia profissional.

Estes resultados indicam-nos que o modelo conceptualizado e as variáveis seleccionadas, para compreender o *burnout*, se interligam tornando-o mais consistente.

Mas como se articulam e que tipo de relação existe entre as variáveis?

Tal como foi verificado nos resultados, o balanço afectivo tem uma relação causal, preditora do burnout e das suas diferentes dimensões, apresentando-se de acordo com o modelo teórico de Maslach e do modelo multifactorial, pois apresenta-se negativamente preditora da dimensão eficácia profissional (dimensão positiva), ao contrário de todas as outras.

Segundo Cook (2003) a actividade profissional dos técnicos de saúde é uma profissão que aumenta a vulnerabilidade à perturbação mental, com elevados níveis de exaustão, de cinismo e o sentimento de baixa eficácia profissional.

Estes resultados vão também ao encontro do modelo de McLeon (1980; in SeWard, 1997) sobre o *stress* profissional, no contexto da saúde ocupacional, onde o stress profissional só produz sintomatologia quando se sobrepõem o contexto ambiental (satisfação no trabalho), à personalidade individual (personalidade de Eysenk) e a situação, que diz respeito à própria actividade.

Demerouti et al (2001); Bakker & Heuren, E. (2006) referem-se à dimensão eficácia profissional como uma componente não genuína do burnout devido a se encontrar fracamente relacionada com a exaustão e o cinismo e apresentar diferentes preditores.

Podemos então referir que baixos valores de balanço afectivo predizem e fortalecem a síndrome de burnout e as dimensões de exaustão e o cinismo.

No nosso estudo, fomos ainda verificar o efeito moderador de algumas características sócio - demográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias), profissionais (tempo de exercício profissional, tempo de exercício na instituição, vínculo à instituição, horário de trabalho, funções que exerce e satisfação no trabalho) e psicológicas (personalidade e bem-estar subjectivo) na Síndrome de Burnout e nas suas dimensões.

Em relação à idade, verificamos, que os fisioterapeutas mais velhos (46-55 anos) apresentam exaustão mais elevada e nos de idade inferior ou igual a 33 anos exaustão moderada.

Devemos referir ainda que a variável habilitações se encontra associada ao burnout e suas dimensões, mas que pode ser confundido com outras variáveis como o tipo de ocupação e a categoria profissional, uma vez que mais habilitações estão associadas a empregos com maior responsabilidade e mais *stress*, logo a maiores níveis de burnout.

No caso da variável estado civil, também não foi encontrado efeito moderador face ao burnout. Maslach, et al., (2001); Maslach, (2003), afirmam que os solteiros apresentam maiores níveis de burnout, que os casados, nomeadamente nos estudos onde se foi verifi-

car a relação entre as exigências profissionais e familiares, o que não era nosso objectivo (Levenson, 2001; Youngcourt & Huffman, 2005; Burke & Mikkelsen, 2006), e mesmo em alguns deles, não se encontraram diferenças significativas (Vermeulen, 2000; Peeters, et al., 2005).

Como verificamos, a nível dos efeitos moderadores das variáveis sócio - demográficas no burnout, no nosso estudo a idade e o tempo na profissão são variáveis que nos permitem afirmar que ao longo de toda a carreira, os profissionais devem estar atentos, avaliando, formando, prevenindo e intervindo a nível dos factores de stress profissional, da vulnerabilidade ao stress (estratégias de coping, personalidade, suporte social e familiar, entre outras) de forma a promover o equilíbrio emocional e prevenir a síndrome de burnout.

Quando iniciamos o Programa de Mestrado em Educação para a Saúde, temos que ter consciência do desafio e do trabalho inerente a uma investigação deste âmbito, pois um trabalho destes carece de novas exigências, descobertas, conhecimentos, e aprendizagens. Neste documento que compilámos, pretendemos enquanto trabalho científico vir humildemente contribuir para educar os Fisioterapeutas para a sua saúde, não só física, mas também psicológica, visto o Burnout poder conduzir a estes tipos de doença

Durante este longo caminho, existiam temas base que se pretendiam aprofundar e que rapidamente se conceptualizaram naquilo que é hoje este trabalho.

Partindo dos conceitos *stress* profissional e síndrome de burnout, foi construído um modelo conceptual que empiricamente pretendia avaliar determinada amostra. Este modelo seria conceptualizado no contexto da saúde ocupacional, de forma a melhor compreender as variáveis.

Partindo do conceito de *stress* profissional no contexto da saúde ocupacional realizamos um levantamento do mundo profissional dos Fisioterapeutas face ao *stress*, para compreender melhor o seu impacto na sua saúde mental. Construído o modelo conceptual, tentamos verificar se a Satisfação no trabalho, a Personalidade, e o Bem-Estar Subjectivo podiam ser preditores da Síndrome de Burnout.

O burnout conceptualizado neste trabalho, como um conceito multidimensional permitiu-nos verificar que existe uma relação causal preditora entre a diferença de afectos e as três dimensões do burnout (exaustão, cinismo e reduzida eficácia profissional). A relação obtida tem em conta os constructos de Maslach, onde a dimensão eficácia profissional é inversa a todas as outras.

As variáveis moderadoras significativas do estudo encontram-se intimamente relacionadas com o equilíbrio emocional. A idade e os anos na profissão moderam dimensões

do burnout, revelando desgaste por parte do Fisioterapeuta a nível do seu equilíbrio, o que implica prevenir e intervir ao longo de toda a carreira.

Foi objectivo na realização deste trabalho determinar a influência das variáveis sociodemográficas, profissionais e psicológicas na Síndrome de burnout dos fisioterapeutas a trabalhar nos hospitais da Região de Saúde Centro.

Nesta perspectiva, o primeiro objectivo em análise foi: **Identificar os índices de burnout nos fisioterapeutas a trabalhar nos hospitais da Região de Saúde do Centro**

Conforme refere Isquierdo (2000) para determinação do síndrome de Burnout é necessário conjugar as classificações das diferentes subescalas. Assim. Considera-se

Nível Baixo de Burnout- quando reflecte scores baixos nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização e scores elevados na realização pessoal

Nível Médio de Burnout- que é traduzido em valores médios das três escalas

Nível Elevado de Burnout- quando apresenta scores elevados nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização e scores baixos na realização pessoal.

Um dos aspectos a realçar é a de não obtermos nenhum dos participantes do estudo classificado com nível baixo de burnout. Cerca de oito em cada dez dos inquiridos foram classificados com síndrome moderada de Burnout .

Entre as variáveis idade, afectos negativos e neuroticismo existe uma relação directa e inversa com as restantes o que nos leva a afirmar que, quanto maiores os índices nas variáveis com relação inversa, e menores na directa menor é a eficácia profissional.

A diferença de afectos estabelece com a eficácia uma relação inversa pelo que podemos inferir que quanto mais afectos negativos maior eficácia

Resumindo a primeira e única variável a tornar-se preditora da exaustão é a diferença de afectos pois, notamos que a diferença de afectos estabelece com a exaustão uma relação inversa pelo que podemos inferir que quanto mais afectos negativos maior exaustão.

Relativamente ao cinismo os valores apresentados exprimem que apenas os afectos positivos, a diferença de afectos, a satisfação no trabalho e a extroversão apresentam correlações.

O neuroticismo neste modelo de regressão que é composto por três passos, e é a primeira variável

O segundo modelo de regressão contempla a extroversão

Finalmente a terceira e última variável a entrar no modelo de regressão é a satisfação no trabalho

Verificamos que o neuroticismo é a variável que apresenta maior valor preditivo variando em sentido inverso, seguidos pela extroversão e satisfação no trabalho que variam em sentido directo, pelo que podemos inferir que quanto mais neuróticos, menos extrovertidos e mais insatisfeitos no trabalho maior o cinismo dos fisioterapeutas

Relativamente á segunda questão de investigação: **Determinar a influência das variáveis socio demográficas e profissionais no burnout dos fisioterapeutas a trabalhar nos hospitais da Região de Saúde do Centro**, obtivemos os resultados, a seguir descritos:

O sexo feminino é maioritário com uma idade média de 39 anos.

A maioria dos fisioterapeutas é casada e tem o grau de bacharelato/licenciatura. A média de tempo de exercício profissional situa-se nos 16 anos e a maioria dos inquiridos pertence à função pública e exercem funções de prestação de cuidados ao utente. O tempo de trabalho semanal situa-se nas 35 horas

Da amostra da população por nós analisada, os que sofrem de Síndrome moderada de Burnout na grande maioria são do sexo feminino, como seria de esperar na população dos prestadores de cuidados de saúde, na sua maioria casados, com idade inferior ou igual a 33 anos com um tempo de serviço igual ou inferior a 12 anos e com vinculo á função pública.

Os que se classificaram como sofrendo de síndrome elevado de Burnout demonstram resultados similares em relação ao sexo, estado civil e vínculo profissional, diferindo para a idade onde se denota maior valor percentual nos que possuem mais de 43 anos e com maior tempo de serviço. No entanto, entre os grupos e para as diferentes variáveis em estudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas

Para a melhor compreensão do estado de Burnout dos fisioterapeutas a trabalhar em hospitais da A.R.S.-Centro houve necessidade de avaliar outros parâmetros como a Satisfação no Trabalho.

Os resultados obtidos relativamente a este parâmetro revelam que a maioria dos inquiridos se encontra satisfeito com o trabalho sendo que destes maioritariamente são mulheres. Verificamos que os fisioterapeutas mais velhos, os que trabalham há mais tempo na instituição, com vínculo à instituição como funcionário público e os que têm mais anos de serviço são os mais satisfeitos mas curiosamente são os que coabitam com companheiro que se encontra mais insatisfeitos

Para o terceiro e último objectivo do estudo a que nos propusemos: **Avaliar a influência das variáveis psicológicas no burnout dos fisioterapeutas a trabalhar nos hospitais da Região de Saúde do Centro**, verificámos os resultados descritos a seguir

Relativamente ao Bem-Estar Subjectivo os homens revelam índices mais elevados de afectos positivos e na balanço afectivo enquanto nas mulheres ponderam os afectos negativos

Por outro lado os fisioterapeutas com idade compreendida entre os 34 e 43 anos são os que demonstram ter maior balanço afectivo, enquanto os mais novos, registam índices mais elevados nos afectos positivos e balanço afectivo.

Apurámos que o estado civil, o tempo de serviço e o vínculo à instituição não influencia o bem-estar subjectivo

Relativamente à personalidade verificou-se que as mulheres são mais extrovertidas que os homens e estes reproduzem traços de maior introversão e de maior estabilidade emocional.

Em relação á idade verificamos que os fisioterapeutas com idade entre os 34 e 43 anos são mais extrovertidos e os de idade superior a 43 anos os mais introvertidos, enquanto os mais novos revelam-se mais neuróticos e consequentemente com maior instabilidade emocional.

Os fisioterapeutas casados ou a coabitarem em união de factos são mais extrovertidos e estáveis do que os colegas solteiros, divorciados viúvos ou separados. Também verificamos maior extroversão para os que se encontram em regime de contrato e mais satisfeitos com o trabalho

Podemos afirmar, em tom de conclusão, que relativamente às variáveis psicológicas, a única que é preditora de Burnout é a diferença de afectos. Os factores preditores da subescala Cinismo da Escala de Burnout são o neuroticismo, extroversão e Satisfação no trabalho.

Trata-se de um estudo que se deve considerado preliminar a muitos outros, que se deveriam desenvolver e implementar, nomeadamente verificar se os resultados são consistentes ao longo do tempo, através de estudos longitudinais. Assim, poderemos compreender melhor para educar, prevenir e intervir na saúde mental desta população.

Outro tipo de estudo, seria adicionar a este modelo, outras variáveis organizacionais, como a vulnerabilidade ao *stress* e as exigências profissionais, ou variáveis para compreender as estratégias para lidar com o *stress*, como as estratégias de *coping* e o suporte social.

Não poderemos esquecer o contexto da saúde organizacional, que regularmente e a nível institucional devem acompanhar os Fisioterapeutas, os profissionais de saúde, e os hospitais onde estes se inserem.

Os nossos objectivos foram parcialmente atingidos, com todas as limitações inerentes a um estudo deste tipo mas esperamos desta forma modesta e científica contribuir para **a Educação para a Saúde dos Fisioterapeutas.**

Bibliografia

- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 505-516
- Amaro, H. J. F., & Jesus, S. N. (2008). Vulnerabilidade ao stress em profissionais de emergência médica pré-hospitalar. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, 16(1), 62-70. Acedido em <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/viewFile/914/973>
- Araújo, A.M. (2011). La relación entre el estado de salud y los niveles de estrés, de burnout, de autoeficácia y de práctica de ejercicio físico en profesores portugueses de enseñanza básica (2/3º ciclos) y media. *Revista Digital*, 16(160). Acedido em <http://www.efdeportes.com/efd160/burnout-em-professores-portugueses.htm>
- Assumpção, L. (2002). Relação entre atividade física, saúde e qualidade de vida. *Revista Digital*, 8(52). Acedido em <http://www.efdeportes.com/efd52/saude.htm>
- Borges, S. L., & Daniel, F. (2009). Satisfação profissional dos docentes: Uma abordagem sobre instrumentos de medida. *Interacções*, 16, 101-130. Acedido em <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/6/7>
- Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. (1996). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Canadá, 17-21 Novembro de 1986. Acedido em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Carvalho, A. (2001). *Burnout nos fisioterapeutas: Uma realidade?* (Trabalho de licenciatura não publicado). Escola Superior de Saúde de Coimbra.
- Costa, F. A., Santos, S. C. A., Passos, A., & Caetano, A. (2008). Um olhar sobre a satisfação com o trabalho: Estudo de caso. In VI Congresso Português de Sociologia (pp. 1-8). Acedido em <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/398.pdf>
- David, I. C., & Quintão, S. (2012) *Burnout em professores: A sua relação com a personalidade, estratégias de coping e satisfação com a vida*. *Ata Med Port*, 25(3), 145-155. Acedido em <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/24>
- Decreto-Lei nº 320/99. (2008, agosto 11). Define os princípios gerais em matéria do exercício das profissões de diagnóstico e terapêutica [Portugal]. *Diário da República*, 1(186), pp. 5248-5251. Acedido em

<http://www.dges.mctes.pt/NR/ronlyres/84F15CC8-5CE1-4D50-93CF-C56752370C8F/1142/DL32099.pdf>

Decreto-Lei. nº 261/93. (1993, julho24). Regula o exercício das actividades profissionais de saúde [Portugal]. *Diário da República*, 1(172), pp. 3996-3997. Acedido em <http://dre.pt/pdf1s/1993/07/172A00/39963997.pdf>

Decreto-Lei. nº 564/99. (1999, dezembro 21). Estabelece o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica [Portugal]. *Diário da República*, 1(295), pp. 9083-9100. Acedido em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DL%20564.99%20-%20Estabelece%20o%20estatuto%20legal%20da%20carreira%20de%20TDT.PDF>

Dias, A. L. T. (2009). *Satisfação no trabalho em Portugal: Uma análise longitudinal com recurso a latent growth curve models* (Dissertação de mestrado, Instituto Universitário de Lisboa). Acedido em <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/1981>

Vital, E., Baltazar, C., Gavinho, C. & Mendes, I. (2006). O processo de profissionalização dos fisioterapeutas portugueses. *Arquivos de Fisioterapia*, 1(2), 2-13. Acedido em http://www.agfiscos.com/~pg22996/media/blogs/AgF/AF/AF1_2_I-57.

Ferreira, F. A. G. (1990a). *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ferreira, F. A. G. (1990b). *Moderna saúde pública* (6ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ferreira, P. L. (1998). A medição do estado de saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Acedido em <https://eq.sib.uc.pt/bitstream/10316/9969/1/RD199802.pdf>

Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L.,... Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev. Saúde Pública*, 33(2), 198-205. Acedido em www.fsp.usp.br/~rsp.

Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação: da conceção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.

Galinha, I., & Pais Ribeiro, J. L. (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 23(2), 219-227.

- Galinha, I., & Pais Ribeiro, J. L. (2005b). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214. Acedido em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v6n2/v6n2a08.pdf>
- Garrido, T. C. J. (2009). *Satisfação no trabalho: Um estudo no superior tribunal de justiça* (Monografia de especialização, Universidade de Brasília). Acedido em http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/1542/1/2009_TerezaCristinaJuremaGarrido.pdf
- Giacomoni, C. H., & Hutz, C. S. (2006). Escala de afeto positivo e negativo para crianças: Estudos de construção e validação. *Psicol. Esc. Educ.*, 10(2), 235-245. doi.org/10.1590/S1413-85572006000200007. **(NÃO ESTÁ NO TEXTO)**
- Gomes, A.R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n3/a04v25n3.pdf>
- Gonçalves, J. D. A. (2008). *Percepção de saúde e qualidade de vida dos enfermeiros* (Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve). Acedido em <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/694/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20Percep%C3%A7%C3%A3o%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20QV%20dos%20Enfermeiros.pdf>
- Gyollai, A. Simor, P., Köteles, F., & [Demetrovics, Z.](#) (2011). Psychometric properties of the Hungarian version of the original and the short form of the positive and negative affect schedule (PANAS). *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 13(2), 73-79.
- Izquierdo, E.S., Navarro, M.C.S., & Esteban, B.L. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bien estar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 215-228.
- Lautert, L., Chavez, E. H. B., & Moura, G. M. S. S. (1999). O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. *Rev Panam Salud Publica*, 6(6), 415-425. Acedido em <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v6n6/0968.pdf>
- Maslach, C., Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), 99-113. Acedido em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/pdf>
- Maslach, C. (2001). Job Burnout. *Annual Review o Psychology*. *Find articles.com*. acedido a Julho de 2013, em: http://www.findarticles.com/cf_o/m0961/2001_annual/73232715/print.jhtml.

- Maslach, C.; Schaufeli, W. B.; Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review Psychology*. 52: 397-422.
- Maslach, C. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*. Vol.13, Nº.5, pp.189-192. A.P.A. October 2003.
- Mateen, F., & Dorji, C. (2009). Health-care worker Burnout and the mental health imperative. *The Lancet*, 374(9690), 595-597. doi:10.1016/S0140-6736(09)61483-5
- Mendes, R. M. N. (2008). Historia dos conceitos de saúde e doença. *Nursing*, 18(231), 8-18.
- Messias, I. A. (1999). *O ambiente de trabalho e sintomas de um grupo de fisioterapeutas da cidade de São Paulo* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de São Paulo.
- Oliveira, S. M. S. S., Sisto, F. F. (2002) Estudo para uma escala de ansiedade escolar para crianças. *Psicologia Escolar e Educacional*, 6(1).
- Pocinho, M., Capelo, M. R. (2009). Vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e autoeficácia em professores portugueses. *Educ. Pesqui.*, 35(2), 351-367. doi.org/10.1590/S1517-97022009000200009.
- Rebello, P. J. L. (2008). *Estudo exploratório sobre as atitudes dos profissionais de saúde face à eficácia da fisioterapia e dos fisioterapeutas e sua relação com a auto-eficácia percebida pelos fisioterapeutas* (Dissertação de mestrado, Universidade Aberta). Acedido em <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/723>,
- Robbins, S. P. (2002). *Comportamento organizacional* (9ª ed.). São Paulo: Pearson Education Companion.
- Romani, J. C. P. (2001). *Distúrbios músculo esqueléticos em fisioterapeutas: Incidência, causas e alterações na rotina de trabalho* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis).
- Santos, M. C. (2010). Occupational stress and coping resources in physiotherapists: A survey of physiotherapists in three general hospitals. *Physiotherapy*, 303-310.
- Seabra, A. P. P. C. (2008). *Síndrome de Burnout e a depressão no contexto da saúde ocupacional* (Dissertação de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto). Acedido em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19388/2/Tesefinal.pdf>
- Silva, C.F.; Azevedo, M.H.P.; DIAS, M.C.R. (1995) – Cronobiologia e avaliação

psicológica: Estudo do trabalhador por turnos. *Análise psicológica:*

- Silvério, J. (1995). *Burnout no Desporto: Estudo comparative em Atletas do Triatlo, Natação, Ciclismo e Atletismo*. Tese de Mestrado em Psicologia do Desporto. Universidade do Minho. Braga.
- Sisto, F. F. (2004). *Escala de traços de personalidade para crianças*. São Paulo: Vetor.
- Sisto, F. F., Oliveira, S. M. S.S. & Oliveira, K. L., Bartholomeu, D., Oliveira, J. C. S., & Costa, O. R. S. (2004). Escala de traços de personalidade para crianças e aceitação social entre pares. *Interação em Psicologia*, 8(1), 15-24
- Soares, J. M. A. R. (2007). *Satisfação geral no trabalho dos Enfermeiros: Clima organizacional e características pessoais* (Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro). Acedido em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/3356/1/2008001179.pdf>
- Sousa, M. (2003). *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2* (Dissertação de mestrado, Universidade do Minho, Braga). Acedido em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/668>

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de colheita de dados.



Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde

Helena Isabel Proença Pais
Fisioterapeuta

Caro/a colega:

Estou a frequentar o Curso de Mestrado em Educação para a Saúde na Escola Superior de Saúde de Viseu e a sua colaboração é essencial para a realização da minha investigação sobre Síndrome de “Burnout” em Fisioterapeutas a trabalhar em Hospitais da A.R.S. do Centro.

Pedia-lhe que respondesse a todas as perguntas do questionário com a maior sinceridade possível e de forma espontânea.

Após o preenchimento, coloque o questionário no envelope e entregue-o ao seu/sua coordenadora.

Para garantir a confidencialidade dos dados não escreva a sua identificação em qualquer parte do questionário. Os dados são estritamente confidenciais e sigilosos e destinam-se unicamente para a realização deste trabalho.

Se tiver interesse em conhecer os resultados terei muito gosto em facultar-lhos.

Os meus agradecimentos pela colaboração e atenção dispensadas

A colega

Helena Isabel Proença Pais

(e-mail para correspondência: hip.pais.hp@gmail.com)

Caracterização socio-demografica

1-Idade: Anos

2-Sexo Feminino

Masculino

3- Estado Civil

- Solteiro
- Casado ou vivendo maritalmente
- Viúvo
- Divorciado/separado
- Outro. Qual? _____

4-Tempo de exercício profissional anos

Se tiver menos de 1 ano refira o número de meses. _____ meses

5-Tempo de exercício profissional na Instituição anos

Se tiver menos de 1 ano refira o número de meses. _____ meses

6- Vinculo á Instituição

- Função pública
- Contrato Individual de trabalho
- Contrato colectivo de trabalho

7-Horário de trabalho

- 35 horas
- 40 horas

8- Habilitações literárias

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-Graduação
- Mestrado
- Doutoramento

9-Função que exerce

- Prestação de cuidados ao utente
- Gestão/coordenação

SATISFAÇÃO GERAL NO TRABALHO

(Silva,C. e colaboradores)

As questões que se seguem dizem respeito à satisfação geral com o trabalho. Por favor, em cada questão coloque uma cruz no quadrado apropriado utilizando a classificação abaixo indicada

1-Discordo completamente;2- Discordo;3-Discordo ligeiramente;4- Neutro;5-Concordo ligeiramente;6- Concordo; 7-Concordo completamente

	1	2	3	4	5	6	7
a. No geral, estou muito satisfeito(a)							
b. Penso frequentemente em abandonar este trabalho							
c. No geral sinto-me satisfeito(a) com o trabalho que faço							
d. A maior parte das pessoas, neste trabalho, sentem-se muito satisfeitas com o trabalho que desempenham							
e. As pessoas, neste trabalho, pensam frequentemente em abandoná-lo							

Escala de Bem-estar Subjectivo (Versão portuguesa de PANAS)

(Watson,Clark e Tellegen,1998,Pais Ribeiro,J.L.e Galinha,I.C.)

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque com uma cruz (X) a resposta adequada. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções, durante a **última semana**.

	Nada ou muito ligeiramente	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1-Interessado(a)	0	1	2	3	4
2-Perturbado(a)	0	1	2	3	4
3-Excitado(a)	0	1	2	3	4
4-Atormentado(a)	0	1	2	3	4
5-Agradavelmente surpreendido(a)	0	1	2	3	4
6- Culpado(a)	0	1	2	3	4
7-Assustado(a)	0	1	2	3	4
8-Caloroso(a)	0	1	2	3	4
9-Repulsa	0	1	2	3	4
10-Entusiasmado/a)	0	1	2	3	4
11-Orgulhoso(a)	0	1	2	3	4
12-Irritado(a)	0	1	2	3	4
13-Encantado(a)	0	1	2	3	4
14-Remorsos	0	1	2	3	4
15-Inspirado(a)	0	1	2	3	4
16-Nervoso(a)	0	1	2	3	4
17-Determinado(a)	0	1	2	3	4
18-Tremulo(a)	0	1	2	3	4
19-Activo(a)	0	1	2	3	4

Personalidade de Eysenk

(Silva,C. e colaboradores)

A seguir estão algumas perguntas que dizem respeito ao modo como reage, sente e actua. Para cada uma das questões procure indicar qual das respostas representa a sua maneira habitual de agir ou sentir, colocando um círculo no algarismo que melhor descreve o seu caso. Não há respostas certas ou erradas: O que interessa é a sua reacção imediata a cada uma das perguntas. Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas.

A classificação é a seguinte:

- 1- Não se aplica nunca a mim
- 2- Aplica-se a mim poucas vezes
- 3- Aplica-se a mim muitas vezes
- 4- Aplica-se a mim quase sempre

	Quase nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
a. Gosta de muita excitação e alarido á sua volta?	1	2	3	4
b. O seu humor tem altos e baixos?	1	2	3	4
c. É uma pessoa cheia de vida?	1	2	3	4
d. Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	1	2	3	4
e. Gosta de se misturar com as pessoas?	1	2	3	4
f. Quando se aborrece precisa de alguém amigo para conversar?	1	2	3	4
g. Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	1	2	3	4
h. É perturbado por sentimentos de culpa?	1	2	3	4
i. Sai e diverte-se muito numa festa animada?	1	2	3	4
j. Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa	1	2	3	4
k. Gosta de pregar partidas?	1	2	3	4
l. Sofre de insónias?	1	2	3	4

MBI

(C.Maslach;M.Leiter;Scaufeli,W. e al.1996,Nunes,R.2003)

Os enunciados abordam sentimentos relacionados com o trabalho. Por favor, leia, cuidadosamente, cada enunciado e verifique se alguma vez, se sentiu deste modo, relativamente ao seu trabalho. Se nunca teve essa sensação, marque 0 (zero). Se já teve essa sensação, indique quantas vezes a sentiu, escrevendo o número de 1 a 6 que melhor descreve a frequência dessa sensação.

0 Nunca	1 Algumas vezes por ano ou menos	2 Uma vez por mês ou menos	3 Algumas vezes por mês	4 Uma vez por semana	5 Algumas vezes por semana	6 Todos os dias
------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	--------------------

1.No meu trabalho sinto-me exausto emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
2. Sinto-me usado ao fim de um dia de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
3 Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e tenho de ir trabalhar	0	1	2	3	4	5	6
4-Trabalhar com pessoas todo o dia causa-me stress	0	1	2	3	4	5	6
5- O meu trabalho deixa-me exausto	0	1	2	3	4	5	6
6- Eu consigo resolver, eficazmente, os problemas que aparecem no meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
7- Eu sinto que estou a contribuir eficazmente para os objectivos da minha instituição	0	1	2	3	4	5	6
8-Eu estou a ficar menos interessado no meu trabalho desde que comecei a trabalhar	0	1	2	3	4	5	6
9- Eu estou a ficar com menos entusiasmo sobre o meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
10- Na minha opinião, eu sou bom naquilo que faço	0	1	2	3	4	5	6
11-Eu sinto-me alegre quando consigo atingir algo no meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
12-No meu trabalho, eu tenho conseguido realizar muitas coisas que valem a pena	0	1	2	3	4	5	6
13- Eu só quero fazer o meu trabalho e não ser incomodado	0	1	2	3	4	5	6
14- Eu estou a ficar muito céptico se o meu trabalho contribui para alguma coisa	0	1	2	3	4	5	6
15- Eu duvido do significado do meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6
16- No meu trabalho, eu sinto-me confiante de que sou eficaz em ter as coisas feitas	0	1	2	3	4	5	6

ANEXO II

Pedidos de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados.



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo(a). Senhor(a)
Presidente do Conselho de Administração
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE
Av. Rainha D. Amélia
6301-857 GUARDA

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº 539	Data: 31/05/2012
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

Nô âmbito da unidade curricular de Dissertação, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e o estudante do 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Educação para a Saúde, Helena Isabel da Cunha Proença de Almeida Pais a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Burnout em Fisioterapeutas a trabalhar em Hospitais da ARS Centro".

Pretende-se com este estudo avaliar os níveis de Burnout nos Fisioterapeutas a exercerem funções nas diferentes Instituições da ARS Centro.

Neste contexto somos a solicitar a V. Exª que se digne autorizar a realização da colheita de dados aos Fisioterapeutas da Unidade de Saúde a que V. Exª preside (Hospital Sousa Martins – Guarda e Hospital Nossa Senhora da Assunção - Seia), durante o período de Junho a Agosto do ano de 2012.

Em anexo, enviamos dois exemplares do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Lídia Cabral é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos do estudante.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV,

Professor Doutor Carlos Pereira

LC/AL



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Centro Medicina de Reabilitação da Região
Centro Rovisco Pais
Quinta da Fonte Quente - Rovisco Pais
3060-908 TOCHA

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº 537	Data: 31/05/2012
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Dissertação, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e o estudante do 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Educação para a Saúde, Helena Isabel da Cunha Proença de Almeida Pais a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Burnout em Fisioterapeutas a trabalhar em Hospitais da ARS Centro".

Pretende-se com este estudo avaliar os níveis de Burnout nos Fisioterapeutas a exercerem funções nas diferentes Instituições da ARS Centro.

Neste contexto somos a solicitar a V. Exª que se digne autorizar a realização da colheita de dados aos Fisioterapeutas da Unidade de Saúde a que V. Exª preside (Centro Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais), durante o período de Junho a Agosto do ano de 2012.

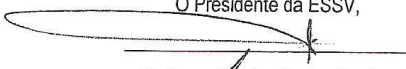
Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Exª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Lídia Cabral é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos do estudante.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV,


Professor Doutor Carlos Pereira

LC/AL



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Centro Medicina de Reabilitação da Região
Centro Rovisco Pais
Quinta da Fonte Quente - Rovisco Pais
3060-908 TOCHA

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº 537	Data: 31/05/2012
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Dissertação, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e o estudante do 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Educação para a Saúde, Helena Isabel da Cunha Proença de Almeida Pais a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Burnout em Fisioterapeutas a trabalhar em Hospitais da ARS Centro".

Pretende-se com este estudo avaliar os níveis de Burnout nos Fisioterapeutas a exercerem funções nas diferentes Instituições da ARS Centro.

Neste contexto somos a solicitar a V. Exª que se digne autorizar a realização da colheita de dados aos Fisioterapeutas da Unidade de Saúde a que V. Exª preside (Centro Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais), durante o período de Junho a Agosto do ano de 2012.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Exª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Lídia Cabral é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos do estudante.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV,


Professor Doutor Carlos Pereira

LC/AL



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar
Av. Dr. Nunes da Silva
3880-113 OVAR

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA			
Ofício nº	535	Data:	31/05/2012
Processo:	70		

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Dissertação, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e o estudante do 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Educação para a Saúde, Helena Isabel da Cunha Proença de Almeida Pais a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Burnout em Fisioterapeutas a trabalhar em Hospitais da ARS Centro".

Pretende-se com este estudo avaliar os níveis de Burnout nos Fisioterapeutas a exercerem funções nas diferentes Instituições da ARS Centro.

Neste contexto somos a solicitar a V. Exª que se digne autorizar a realização da colheita de dados aos Fisioterapeutas da Unidade de Saúde a que V. Exª preside (Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar), durante o período de Junho a Agosto do ano de 2012.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Exª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Lídia Cabral é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos do estudante.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV,

Professor Doutor Carlos Pereira

LC/AL

resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de 1 assunto



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar
Av. Dr. Nunes da Silva
3880-113 OVAR

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA			
Ofício nº	535	Data:	31/05/2012
Processo:	70		

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Dissertação, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e o estudante do 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Educação para a Saúde, Helena Isabel da Cunha Proença de Almeida Pais a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Burnout em Fisioterapeutas a trabalhar em Hospitais da ARS Centro".

Pretende-se com este estudo avaliar os níveis de Burnout nos Fisioterapeutas a exercerem funções nas diferentes Instituições da ARS Centro.

Neste contexto somos a solicitar a V. Exª que se digne autorizar a realização da colheita de dados aos Fisioterapeutas da Unidade de Saúde a que V. Exª preside (Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar), durante o período de Junho a Agosto do ano de 2012.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Exª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Lídia Cabral é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos do estudante.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV,

Professor Doutor Carlos Pereira

LC/AL

resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de 1 assunto



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE
Gala
3094-001 FIGUEIRA DA FOZ

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº: 534	Data: 31/05/2012
Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Dissertação, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e o estudante do 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Educação para a Saúde, Helena Isabel da Cunha Proença de Almeida Pais a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Burnout em Fisioterapeutas a trabalhar em Hospitais da ARS Centro".

Pretende-se com este estudo avaliar os níveis de Burnout nos Fisioterapeutas a exercerem funções nas diferentes Instituições da ARS Centro.

Neste contexto somos a solicitar a V. Exª que se digne autorizar a realização da colheita de dados aos Fisioterapeutas da Unidade de Saúde a que V. Exª preside (Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE), durante o período de Junho a Agosto do ano de 2012.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Exª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Lídia Cabral é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos do estudante.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV,

Professor Doutor Carlos Pereira

LC/AL



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Hospital Arcebispo João Crisóstomo -
Cantanhede
R. Padre Américo, Apartado 61
3061-909 CANTANHEDE

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº 533	Data: 31/05/2012
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Dissertação, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e o estudante do 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Educação para a Saúde, Helena Isabel da Cunha Proença de Almeida Pais a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Burnout em Fisioterapeutas a trabalhar em Hospitais da ARS Centro".

Pretende-se com este estudo avaliar os níveis de Burnout nos Fisioterapeutas a exercerem funções nas diferentes Instituições da ARS Centro.

Neste contexto somos a solicitar a V. Exª que se digne autorizar a realização da colheita de dados aos Fisioterapeutas da Unidade de Saúde a que V. Exª preside (Hospital Arcebispo João Crisóstomo-Cantanhede), durante o período de Junho a Agosto do ano de 2012.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Exª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Lídia Cabral é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos do estudante.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV,

Professor Doutor Carlos Pereira

LCAL



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar e Universitário de
Coimbra, EPE
Av. Bissaya Barreto – Praceta Prof. Mota Pinto
3000-075 COIMBRA

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº 532	Data: 31/05/2012
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Dissertação, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e o estudante do 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Educação para a Saúde, Helena Isabel da Cunha Proença de Almeida Pais a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Burnout em Fisioterapeutas a trabalhar em Hospitais da ARS Centro".

Pretende-se com este estudo avaliar os níveis de Burnout nos Fisioterapeutas a exercerem funções nas diferentes Instituições da ARS Centro.

Neste contexto somos a solicitar a V. Exª que se digne autorizar a realização da colheita de dados aos Fisioterapeutas da Unidade de Saúde a que V. Exª preside (Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital Geral, Hospital Pediátrico de Coimbra e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra – Unidade Sobral Cid), durante o período de Junho a Agosto do ano de 2012.

Em anexo, enviamos quatro exemplares do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Exª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Lídia Cabral é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos do estudante.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV,

Professor Doutor Carlos Pereira

LC/AL



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar e Universitário de
Coimbra, EPE
Av. Bissaya Barreto – Praceta Prof. Mota Pinto
3000-075 COIMBRA

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº 532	Data: 31/05/2012
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Dissertação, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e o estudante do 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Educação para a Saúde, Helena Isabel da Cunha Proença de Almeida Pais a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Burnout em Fisioterapeutas a trabalhar em Hospitais da ARS Centro".

Pretende-se com este estudo avaliar os níveis de Burnout nos Fisioterapeutas a exercerem funções nas diferentes Instituições da ARS Centro.

Neste contexto somos a solicitar a V. Exª que se digne autorizar a realização da colheita de dados aos Fisioterapeutas da Unidade de Saúde a que V. Exª preside (Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital Geral, Hospital Pediátrico de Coimbra e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra – Unidade Sobral Cid), durante o período de Junho a Agosto do ano de 2012.

Em anexo, enviamos quatro exemplares do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Exª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Lídia Cabral é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos do estudante.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV,

Professor Doutor Carlos Pereira

LC/AL



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE
Av. Do Rei D. Duarte
3504-509 VISEU

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício n.º:	Data:	Ofício n.º 531	Data: 31/05/2012
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Dissertação, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e o estudante do 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Educação para a Saúde, Helena Isabel da Cunha Proença de Almeida Pais a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Burnout em Fisioterapeutas a trabalhar em Hospitais da ARS Centro".

Pretende-se com este estudo avaliar os níveis de Burnout nos Fisioterapeutas a exercerem funções nas diferentes Instituições da ARS Centro.

Neste contexto somos a solicitar a V. Exª que se digne autorizar a realização da colheita de dados aos Fisioterapeutas da Unidade de Saúde a que V. Exª preside (Hospital São Teotónio, EPE – Viseu e Hospital Cândido de Figueiredo - Tondela), durante o período de Junho a Agosto do ano de 2012.

Em anexo, enviamos dois exemplares do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Exª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Lídia Cabral é a responsável pela orientação da investigação; estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos do estudante.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV,

Professor Doutor Carlos Pereira

Resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de 1 assunto

LC/AL



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 426 343

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE
Av. Do Rei D. Duarte
3504-509 VISEU

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício n.º:	Data:	Ofício n.º 531	Data: 31/05/2012
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Dissertação, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e o estudante do 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Educação para a Saúde, Helena Isabel da Cunha Proença de Almeida Pais a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Burnout em Fisioterapeutas a trabalhar em Hospitais da ARS Centro".

Pretende-se com este estudo avaliar os níveis de Burnout nos Fisioterapeutas a exercerem funções nas diferentes Instituições da ARS Centro.

Neste contexto somos a solicitar a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados aos Fisioterapeutas da Unidade de Saúde a que V. Ex.ª preside (Hospital São Teotónio, EPE – Viseu e Hospital Cândido de Figueiredo - Tondela), durante o período de Junho a Agosto do ano de 2012.

Em anexo, enviamos dois exemplares do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Lídia Cabral é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos do estudante.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV,

Professor Doutor Carlos Pereira

resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de assunto

LC/AL



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE
Quinta do Alvito
6200-251 COVILHÃ

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA			
Ofício nº	529	Data:	31/05/2012
Processo:	70		

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Dissertação, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e o estudante do 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Educação para a Saúde, Helena Isabel da Cunha Proença de Almeida Pais a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Burnout em Fisioterapeutas a trabalhar em Hospitais da ARS Centro".

Pretende-se com este estudo avaliar os níveis de Burnout nos Fisioterapeutas a exercerem funções nas diferentes Instituições da ARS Centro.

Neste contexto somos a solicitar a V. Exª que se digne autorizar a realização da colheita de dados aos Fisioterapeutas da Unidade de Saúde a que V. Exª preside (Hospital do Fundão e Hospital Pêro da Covilhã), durante o período de Junho a Agosto do ano de 2012.

Em anexo, enviamos dois exemplares do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Lídia Cabral é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos do estudante.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV,

Professor Doutor Carlos Pereira

LC/AL

resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de u sumio



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE
Av. Artur Ravara
3814-501 AVEIRO

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA			
Ofício nº	528	Data:	31/05/2012
Processo:	70		

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Dissertação, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e o estudante do 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Educação para a Saúde, Helena Isabel da Cunha Proença de Almeida Pais a desenvolverem um estudo subordinado ao tema "Burnout em Fisioterapeutas a trabalhar em Hospitais da ARS Centro".

Pretende-se com este estudo avaliar os níveis de Burnout nos Fisioterapeutas a exercerem funções nas diferentes Instituições da ARS Centro.

Neste contexto somos a solicitar a V. Exª que se digne autorizar a realização da colheita de dados aos Fisioterapeutas da Unidade de Saúde a que V. Exª preside (Hospital Infante D. Pedro – Aveiro, Hospital Visconde de Salreu – Estarreja e Hospital Distrital de Águeda), durante o período de Junho a Agosto do ano de 2012.

Em anexo, enviamos três exemplares do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Exª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Lídia Cabral é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos do estudante.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

Professor Doutor Carlos Pereira

LC/AL