



Síndrome de *burnout* e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal

**Sofia Dias
Cristina Queirós
Mary Sandra Carlotto**

Resumo: A síndrome de *burnout* é um fenómeno psicossocial que resulta de uma tensão emocional crónica, vivenciada pelos profissionais cujo trabalho envolve o relacionamento intenso e frequente com pessoas que necessitam de algum tipo de cuidado. O objectivo deste estudo foi comparar a prevalência e os factores associados à síndrome de *burnout* de uma amostra de 224 profissionais da saúde, 112 brasileiros e 112 portugueses. Foram utilizados, como instrumentos de pesquisa, o Maslach Burnout Inventory (MBI), o Questionário de Satisfação no trabalho (S20/23) e um questionário para averiguar outras variáveis, considerando as especificidades do contexto laboral dos países envolvidos. Os resultados obtidos evidenciaram prevalências semelhantes e não foram identificadas diferenças significativas quanto às dimensões do *burnout*. Os resultados identificaram diferenças entre os países nas associações entre as três dimensões da síndrome com as variáveis sociodemográficas, laborais e psicossociais.

Palavras-chave: *burnout*, profissionais de saúde, satisfação com o trabalho.

Burnout syndrome and associated factors among health professionals: A comparative study between Brazil and Portugal

Abstract: Burnout is a psychosocial phenomenon which results from chronic emotional tension, experienced by professionals whose work includes the intense relationship and frequent contact with people who need some care. The aim of this study was to compare the prevalence and factors associated with burnout syndrome in a sample of 224 health professionals, 112 Brazilian and 112 Portuguese. A questionnaire was built with the Maslach Burnout Inventory (MBI), the Satisfaction at Work (S20/23) and a questionnaire to survey the remaining variables considering the specifics of the work context of the countries involved. The results showed a similar prevalence and no differences were identified by the dimensions of burnout. Results identified differences between countries in the associations between the three dimensions of the syndrome and sociodemographic, psychosocial and employment.

Keywords: burnout, health, job satisfaction.

Introdução

O trabalho desenvolvido em instituições hospitalares expõe os trabalhadores a diversos agentes de stress ocupacionais, como o ambiente insalubre, o regime de trabalho por turnos, os salários baixos, com um enfoque particular no contacto muito próximo estabelecido com os pacientes, que pode mobilizar emoções e conflitos, tornando os seus trabalhadores particularmente susceptíveis ao sofrimento psíquico, conduzindo a um adoecimento relacionado ao trabalho (Rios, 2008). O profissional tem que lidar com pacientes em estado grave; partilhar com estes e com os seus familiares sentimentos

de angústia, de dor e de medo (Aranda-Beltrán *et al.*, 2004; Pando, Bermúdez, Aranda & Pérez, 2000). Necessita ainda de lidar com a frustração dos inevitáveis fracassos e com o sentimento de impotência quando a realidade se impõe, num constante recomeçar de novo (Rios, 2008).

A tendência actual da sociedade moderna para a individualização e para a desintegração do tecido social conduz a um aumento da pressão nos serviços sociais e, conseqüentemente, pode ocorrer uma maior pressão por parte dos Utentes para que os profissionais resolvam situações complexas (Cherniss, 1980). No contexto hospitalar, os pacientes estão com dificuldades de cuidarem de si, estão inseguros e tensos. Assim, a interação estabelecida entre o profissional e utente é, não raras as vezes, carregada de fortes emoções. A regularidade deste tipo de experiências pode levar o profissional a desenvolver uma exaustão emocional, a adoptar atitudes de distanciamento e a sentir-se menos competente no seu trabalho. Estes sentimentos constituem as três dimensões que caracterizam a síndrome de *burnout* (SB): Exaustão Emocional, Despersonalização e Baixa Realização Profissional (Carlotto, 2009). A Exaustão Emocional caracteriza-se por uma falta ou carência de energia e um sentimento de esgotamento emocional. A Despersonalização ocorre quando o profissional passa a tratar os utentes, os colegas e a organização de uma forma distante e impessoal. A Baixa Realização Profissional está relacionada com a tendência do trabalhador se avaliar de uma forma negativa, sentindo-se insatisfeito com seu desenvolvimento profissional (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

O *burnout* pode ser encarado como o resultado do stress crónico, típico do quotidiano do trabalho, principalmente quando neste existem pressões excessivas, conflitos, baixas recompensas emocionais e pouco reconhecimento (Harrison, 1999). A SB, nos profissionais que actuam na área hospitalar, é uma realidade preocupante, uma vez que nesta forma de adoecimento profissional, verifica-se um comprometimento da qualidade da assistência que é prestada ao utente e à rede social envolvida (Rosa & Carlotto, 2006). Devido ao seu potencial de alto risco, em termos de conseqüências para a saúde do trabalhador, é uma das categorias mais investigadas, segundo o estudo de uma meta-análise, com base em 473 estudos publicados entre 1978 e 1996, realizado por Schaufeli e Enzmann (1998).

No Brasil, alguns estudos apontam para um perfil de risco constituído por mulheres (Moreira, Magnago, Sakae & Magajewski, 2009), por jovens (Cornelius & Carlotto, 2007; Rosa & Carlotto, 2006), que percebem a sua profissão como stressante, associada a outras fontes de stress, como a carga horária, o horário de trabalho, o tipo de utente atendido, as condições de trabalho e a dificuldade em conciliar trabalho e família (Silva & Carlotto, 2008), assim como os que trabalham em Unidades de Cuidados Intensivos e de Urgência (Moreira, Magnago, Sakae & Magajewski, 2009). Achkar (2006), num estudo realizado com médicos e enfermeiros, identificou uma relação inversa entre o *burnout* e a qualidade de vida no trabalho, assim como diferenças nos níveis entre os dois grupos profissionais, tendo os médicos apresentado maiores valores. Outros estudos, no entanto, apontam os enfermeiros e os técnicos de enfermagem como os mais susceptíveis de desenvolver o *burnout* (Moreira, Magnago, Sakae & Magajewski, 2009; Rodríguez-García *et al.*, 2009). Estes profissionais, geralmente estão expostos a uma

maior sobrecarga de trabalho (Rodríguez-García *et al.*, 2009), evidenciando um maior cansaço emocional, uma falta de realização pessoal e um sentimento de incapacidade e de ausência de controle face às decisões dos médicos (Gunnarsdóttir, Clarke, Rafferty & Nutbeam, 2009; Jiménez & Puente, 1999).

Em termos de prevalência, um outro estudo de âmbito nacional realizado por Queirós (2005) em Portugal, revelou que um em cada quatro enfermeiros apresentava burnout no trabalho. Um outro estudo mais recente de Silva e Gomes (2009), relativo ao stress ocupacional em profissionais de saúde (enfermeiros e médicos), revelou que é o grupo das mulheres quem apresenta uma maior exaustão emocional (com os homens a evidenciar maior despersonalização); os enfermeiros mais novos, com menor experiência profissional; os solteiros; a classe profissional dos enfermeiros; os profissionais com uma situação profissional mais instável e os que realizam o seu trabalho por turnos rotativos. Nos trabalhadores de um hospital no sul do Brasil foi observado que 35,7% apresentaram burnout (Moreira, Magnago, Sakae & Magajewski, 2009). Sandoval, González, Sanhueza, Borjas e Odgers (2005) encontraram 22,72% de burnout em profissionais de um hospital chileno. Num outro estudo realizado num hospital canadense foi identificado que 34,1% dos profissionais apresentavam sintomas da síndrome (Bennett, Plint & Clifford, 2005) e um outro realizado numa instituição espanhola encontrou 13,9% de profissionais acometidos por burnout.

Este fenómeno, que atinge trabalhadores de diferentes países, parece apresentar um carácter epidémico mundial, extrapolando as fronteiras nacionais (Gil-Monte, 2008). Alguns estudos transculturais têm sido realizados confirmando a influência de factores culturais com implicações nos seus resultados. Como exemplos de alguns estudos desenvolvidos destacam-se as investigações com enfermeiros americanos e filipinos (Turnipseed & Turnipseed, 1997), enfermeiros canadenses e jordanianos (Armstrong-Stassen *et al.*, 1994) e com trabalhadores israelenses e árabes (Pines, 2003).

A SB não é um problema produzido exclusivamente nos contextos de trabalho e das sociedades consideradas de primeiro mundo, apesar de serem nesses contextos que se encontrem a maior concentração dos estudos. Pelo contrário, esta síndrome é uma patologia geográfica e culturalmente mais ampla, que emerge em diversos países e culturas, podendo-se, dessa forma, considerá-la como uma ocorrência transcultural (Gil-Monte, 2008).

O contexto social e cultural participa, modula e influencia as acções das pessoas (Latané, 1994) e tende a produzir percepções diferentes do mundo exterior (Ramos, 2001). Segundo Gil-Monte (2008), a cultura tem-se tornado uma variável cada vez mais relevante para a compreensão do comportamento humano nos contextos de trabalho, sendo os estudos transculturais um importante auxílio para as pessoas se integrarem em culturas diferentes da sua. Embora existam variações no conceito de cultura, parece haver um certo consenso de que é o conjunto de valores, crenças, normas e padrões de comportamento de um grupo nacional (Leung *et al.*, 2005).

Algumas investigações sugerem que o contexto cultural de um país afecta o comportamento dos indivíduos dentro das organizações, influenciando a sua satisfação profissional e o seu papel empreendedor (Silva *et al.* 2008). Este facto justifica o interesse pelos estudos transculturais, que têm como base a comparação entre culturas e a

identificação de características específicas nacionais. Portugal e o Brasil foram escolhidos pelo passado comum e por uma orientação para valores comparáveis à luz de Hofstede (1980), um dos pioneiros na discussão sobre a influência das culturas nacionais sobre as culturas das organizações.

O Brasil, por ter sido colonizado por europeus, foi fortemente marcado pelas características do comportamento do colonizador (Pires & Macedo, 2006), onde a cultura brasileira resulta de três origens distintas: a indígena, a portuguesa e a africana. Assim, segundo Motta (1997), para se tentar compreender a formação da cultura Brasileira, as suas raízes, torna-se necessário perceber a contribuição da colonização portuguesa. Para Caldas (1997), a formação da nação brasileira (nos tempos da colonização) foi realizada no sentido de espelhar o Estado português, reflectindo a sua estrutura, valores e crenças, tendo sido “quase” imposta. Pode-se, por isso, afirmar que a cultura brasileira deriva da cultura portuguesa: por um lado, devido à sua influência da colonização; por outro, pelas atitudes observadas (paternalismo, personalismo, centralização, forte regulamentação e burocracia, influência da Igreja em esferas estratégicas da sociedade, busca por lucro rápido e fácil, plasticidade cultural (Wood & Caldas, 1999), que podem ser encaradas como um “desdobramento” das características do sistema de valores português. Em suma, não restam dúvidas do papel importante assumido por Portugal, em particular, na formação cultural brasileira. Holanda (1995, p.40) refere mesmo que “de lá nos veio a forma actual da nossa cultura, o resto foi matéria que se sujeitou bem ou mal a essa forma.” Actualmente, verifica-se que o Brasil é um país nitidamente plural, senão mesmo o mais heterógeno, assemelhando-se a um caleidoscópio social, étnico e cultural (Alcadipani & Crubellate, 2003).

Hofstede (1980, 1991), nas suas investigações sobre esta temática, caracteriza as culturas nacionais em torno de cinco dimensões: distância do poder (relacionado com o nível de igualdade ou de desigualdade que existe entre as pessoas na distribuição ao poder e no nível de aceitação por parte dos indivíduos menos favorecidos em relação a essa distribuição desigual. Uma elevada distância do poder indica desigualdades na distribuição da riqueza, do poder e dos privilégios dentro de uma sociedade, são encarados com uma maior naturalidade e tolerância; no sentido inverso, indicam sociedades mais igualitárias e menos conformadas com desigualdades nessa distribuição), individualismo versus colectivismo (relacionada com o nível de importância que a sociedade atribui ao esforço e à realização individual ou, em contrapartida, à realização colectiva dos indivíduos e ao relacionamento entre eles. Um elevado índice de individualismo indica que a individualidade e os direitos individuais das pessoas predominam dentro da sociedade, enquanto que em sociedades mais colectivistas, os indivíduos são estimulados a agirem em conformidade com os interesses e crenças do grupo, onde os interesses colectivos se sobrepõem aos individuais), masculinidade *versus* feminilidade (relacionada com a valorização por parte da sociedade do papel masculino ou feminino dos seus indivíduos. Nas sociedades em que o papel masculino é mais valorizado, verifica-se a preponderância de valores do tipo autorrealização, da competitividade, da realização material e financeira, na busca por controle e poder. Em contrapartida, nas sociedades nas quais ocorre o predomínio de valores femininos, constata-se uma maior preocupação com a qualidade de vida, com a solidariedade e com a protecção dos mais fracos. Nas sociedades com

predominância das características de masculinidade, o trabalho é visto como um fim, um propósito de vida. Já nas sociedades com predominância das características femininas, este é encarado como um meio para se chegar ao objectivo maior que é uma melhor qualidade de vida), aversão à incerteza (relacionada com o facto de uma sociedade aceitar e estar preparada para tolerar situações de incerteza e ambiguidade, para lidar com situações não previstas, ainda não experimentadas e, portanto, não regulamentadas. Os índices altos de aversão à incerteza indicam que sociedade apresenta uma baixa tolerância e não está preparada para situações de imprevisibilidade e ambiguidade. É comum nessas sociedades, ambicionarem a redução da incerteza e da ambiguidade, surgindo regulamentos e controle mais apertado, baseadas em leis e normas. Índices elevados de aversão à incerteza estão igualmente associados à baixa propensão dos indivíduos para assumirem riscos nos negócios e de poder empreendedor. Para as sociedades com baixos índices de aversão à incerteza, o significado é o oposto, ou seja, o risco é valor nos negócios. Nos países em que predominam os baixos índices de aversão à incerteza, a sociedade é normalmente mais receptiva às mudanças, bem como maior é a propensão dos indivíduos a assumirem papéis que exijam exposição ao risco. Por outro lado, este autor também constatou que quanto maior o grau de aversão à incerteza de um país, maior será o grau de intervenção governamental esperado na sua economia, sendo comum associar uma elevada aversão à incerteza ao catolicismo romano) e, por fim, a orientação para longo prazo ou para curto prazo (relacionada com as expectativas do tempo de retorno, em termos de recompensa e com os resultados de uma tarefa ou acção implementada que, de forma geral, os indivíduos de uma sociedade possuem). Ainda em relação a esta dimensão, Silva et al. (2008) referem que são as sociedades com predominância de orientação no longo-prazo quem têm demonstrado uma maior capacidade empreendedora, comparativamente às sociedades com orientação no curto prazo. Segundo Hofstede (1980), de acordo com o seu modelo de dimensões culturais, verificou-se que os resultados obtidos são semelhantes nos dois países. Assim, Brasil e Portugal caracterizam-se por apresentarem níveis elevados para as dimensões distância do poder (sendo ligeiramente superior no Brasil) e aversão à incerteza (sendo bastante superior em Portugal), e ainda a predominância das características de colectivismo (sendo ligeiramente superior no Brasil) e feminilidade (Silva et al, 2008). De salguardar que a última dimensão (a orientação para longo prazo ou para curto prazo) foi identificada somente no segundo trabalho de Hofstede (1991), não tendo sido mensurada para a totalidade dos países incluídos no seu primeiro trabalho, de que Portugal fez parte. Nesse trabalho, o Brasil apresentou para esta dimensão, orientação no longo prazo.

As investigações sobre a síndrome do *burnout* têm uma longa tradição na América do Norte e na Europa. No entanto, as investigações transculturais nesta área, nomeadamente entre o Brasil e em Portugal, ainda são incipientes. Tendo em conta o que foi referido anteriormente, este estudo transcultural procurou verificar a prevalência da SB e as diferenças na associação entre as dimensões de *burnout* e variáveis sociodemográficas, laborais e psicossociais nos profissionais de saúde brasileiros e portugueses.

Participantes

Participaram deste estudo 224 profissionais de saúde que exercem funções em instituições hospitalares de diferentes categorias profissionais (médicos, enfermeiros,

administrativos, nutricionistas, psicólogos, assistentes operacionais e higienistas), 112 de brasileiros (Porto Alegre) e 112 portugueses (Porto). Os grupos apresentam características bastante semelhantes em relação ao sexo, tipo de contrato e tempo na instituição. As demais características apresentam maior diversificação, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e laboral dos profissionais de saúde (N=224)

Características	Brasil (n=112)	Portugal (n=112)
Sexo	79% feminino	79% feminino
Idade	18 a 60 anos M = 32,7 anos ($\pm 9,35$)	21 a 54 anos M = 34,5 anos ($\pm 7,88$)
Estado civil	38% casados	63% casados
Filhos	48% com filhos	58% com filhos
Formação	45 % formação superior	75 % formação superior
Atividade profissional	Medicina 4% Enfermagem 45% Administrativos 24% *Outros 28%	Medicina 4% Enfermagem 45% Administrativos 7% *Outros 45%
Tipo de contrato	80% com vínculo	73% com vínculo
Tempo de trabalho	1 a 30 anos 4,33 \pm 6,38	1 a 36 anos 10,47 \pm 7,17
Tempo na instituição	1 a 23 anos M = 2,3 anos ($\pm 4,3$)	1 a 24 anos M = 8,30 ($\pm 4,9$)

Nota: * Nutricionistas; Psicólogos; Assistentes operacionais; Higienistas

Instrumentos

Os dados foram recolhidos através dos seguintes instrumentos autoaplicáveis: 1. Questionário para levantamento de variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, filhos) e laborais (atividade profissional, carga horária semanal, número de pacientes que atende diariamente, tempo de experiência profissional, tempo de experiência profissional na instituição, tipo de contrato de trabalho, trabalhar numa outra instituição, pensar em mudar de profissão e de instituição). 2. MBI – Maslach Burnout Inventory/HSS – Human Services Survey (Maslach & Jackson, 1986) para avaliar a SB, que tem tradução e adaptação para o português realizada por Lautert (1995). O MBI avalia como o trabalhador experiencia o seu trabalho de acordo com as três dimensões estabelecidas no estudo realizado pelas autoras: Exaustão Emocional (9 itens), Realização Profissional (8 itens) e Despersonalização (5 itens). O questionário totaliza 22 itens que indicam a frequência das respostas com uma escala de pontuação que varia de 1 a 7. No entanto, foi utilizada, neste estudo, a avaliação por frequência com escala de pontuação de 1 a 5 (Tamayo, 1997). A consistência interna das três dimensões do inventário é satisfatória, pois apresenta um alfa de Cronbach que vai de 0,71 até 0,90 (Maslach & Jackson, 1986). Para avaliar a Satisfação no Trabalho foi utilizado o Questionário de Satisfação no Trabalho

S20/23 (Q.S.L., de Meliá & Peiró, 1989), adaptação de Poucinho e Garcia (2008). Este instrumento possui 23 itens distribuídos em cinco fatores: I. Satisfação com a supervisão (6 itens), II. Satisfação com o ambiente físico de Trabalho (5 itens), III. Satisfação com os Benefícios e políticas da Organização (5 itens), IV. Satisfação Intrínseca do Trabalho (4 itens) e V. Satisfação com a Participação (3 itens). A consistência interna (alfa de Cronbach) do questionário é de 0,94.

Procedimentos

Para a recolha dos dados da amostra, foi realizado inicialmente um contacto com a direcção das instituições e posteriormente com os responsáveis dos serviços. Nesse momento, foram apresentados os objectivos do estudo no sentido de obter as autorizações e apoios para a aplicação dos instrumentos. Foi realizado um estudo piloto com 20 profissionais da área da saúde que possuíam características similares aos indivíduos da população a ser estudada para verificar possíveis ambiguidades de algumas questões, respostas não previstas, não variabilidade de algumas perguntas e tempo estimado de aplicação, seguindo orientação de Barbetta (2001). Na amostra brasileira, os questionários foram entregues pessoalmente aos profissionais, sendo a recolha realizada ao final da aplicação. Na amostra portuguesa, os questionários foram distribuídos pela chefias dos serviços e depois de preenchidos, colocados num envelope selado, que foi entregue à investigadora. A pesquisa possui todas as aprovações dos Conselhos de Administrações e Comissão de Ética das instituições envolvidas e das instituições de afiliação das autoras.

O banco de dados foi digitado e analisado com recurso a software estatístico (SPSS 15). Posteriormente, realizou-se uma verificação crítica, através da análise de distribuição de frequências com a finalidade de detectar a presença de *outliers* ou erros de digitação. Para estabelecer critérios de risco, utilizou-se o ponto de corte sugerido por (Shirom, 1989), baseado na escala tipo Likert, na qual os sujeitos atribuem os valores para os itens da escala. No caso da escala utilizada, definiu-se o ponto 4 que corresponde a resposta “com frequência”. Esta, segundo o autor, é uma alternativa válida para identificar os níveis de *burnout* baseado na frequência dos sintomas quando não existe no país de estudo pontos de corte baseados em percentis validados. Foram realizados diferentes procedimentos estatísticos, nomeadamente a prova *t* de *student* para variáveis qualitativas e correlação de Pearson para as quantitativas.

Resultados

De acordo com o procedimento de Shirom (1989), verificou-se que nos dois grupos apenas 2,7 % apresentaram alto nível de Exaustão Emocional. Identificou-se somente um caso nos participantes brasileiros com alto nível de Despersonalização (0,9%) e nas duas amostras 59,8% dos Profissionais apresentaram baixos níveis de Realização Profissional (Tabela 2).

Tabela 2 – Número e porcentagem de participantes com altos e baixos níveis de *burnout* a partir do procedimento de avaliação pela escala de frequência na amostra brasileira e portuguesa.

Dimensões	Altos níveis (≥ 4)				Baixos níveis (< 4)			
	Brasil		Portugal		Brasil		Portugal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Exaustão Emocional	3	2,7	3	2,7	109	97,3	109	97,3
Despersonalização	1	0,9	-	-	111	99,1	112	100
Realização Profissional	45	40,2	45	40,2	67	59,8	67	59,8

Na comparação entre as médias dos grupos não foram identificadas diferenças significativas nas dimensões de *burnout* (Tabela 3).

Tabela 3 – Diferenças de médias nas dimensões entre países.

Dimensões	Brasil		Portugal		p
	M	DP	M	DP	
Exaustão Emocional	2,51	0,71	2,41	0,75	0,319
Despersonalização	1,82	0,73	1,80	0,60	0,843
Realização Profissional	3,74	0,67	3,77	0,65	0,801

Nota: * Diferença significativa ao nível de 5%.

Verificou-se uma diferença na associação negativa entre a idade e a despersonalização no grupo brasileiro. Em relação à satisfação com a supervisão e com as políticas e benefícios, foi evidenciada uma diferença também nos participantes do Brasil, ou seja, quanto maior a satisfação na relação com a chefia e com as políticas organizacionais e benefícios, maior o sentimento de realização profissional. A satisfação intrínseca com a tarefa diminuiu o sentimento de distanciamento no grupo brasileiro. Os participantes portugueses diferenciaram-se na associação entre a exaustão emocional e a satisfação com o ambiente físico de trabalho, indicando maior desgaste quando mais insatisfeitos com as condições de trabalho.

Tabela 4 – Matriz de correlação entre dimensões de *burnout* e variáveis quantitativas entre os países.

Variáveis	Brasil			Portugal		
	EE	DE	RP	EE	DE	RP
Idade	-0,009	-0,201*	0,198*	-0,179	-0,003	0,209*
Pacientes/dia	-0,156	0,074	0,155	0,002	-0,054	-0,028
Tempo de trabalho	-0,085	-0,117	0,108	0,005	0,091	0,012
Tempo na instituição	-0,078	-0,015	0,118	-0,067	0,026	0,122
SS	-0,441**	-0,268**	0,309**	-0,465**	-0,320**	0,171
SAFT	0,038	-0,222*	0,152	-0,310**	-0,261**	0,117
SBPO	-0,457**	-0,261**	0,375**	-0,361**	0,225*	0,173
SIT	-0,461**	-0,256**	0,442**	-0,498**	-0,169	0,225*
SP	-0,464**	-0,188*	0,297**	-0,385**	-0,271**	0,238*

Nota: * Correlação significativa ao nível de 5%

** Correlação significativa ao nível de 1%

EE: Exaustão emocional DE: Despersonalização RP: Realização profissional SS (satisfação com supervisão), SAFT (satisfação com ambiente físico de trabalho), SBPO (satisfação com benefícios e políticas da organização), SIT (satisfação intrínseca com o trabalho), SP (satisfação com a participação).

Através dos resultados observados nas comparações entre os grupos e variáveis sociodemográficas e laborais, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre Brasil (Tabela 5) e Portugal (Tabela 6). Em relação às variáveis sociodemográficas, na amostra portuguesa os homens apresentaram índices mais elevados de despersonalização e os solteiros/separados/viúvos e profissionais sem filhos evidenciaram índices mais elevados de exaustão emocional. Também na avaliação da associação com variáveis laborais, foram os enfermeiros portugueses a categoria profissional que demonstrou maior índice de exaustão emocional e os médicos maior realização profissional.

Os profissionais portugueses que pensavam em mudar de profissão apresentaram médias mais elevadas de exaustão emocional e despersonalização e os profissionais brasileiros menor realização profissional.

Tabela 5 – Relação entre dimensões de *burnout* e variáveis qualitativas no Brasil.

Dimensões	Exaustão Emocional			Depersonalização			Realização Profissional		
	M	DP	<i>p</i>	M	DP	<i>p</i>	M	DP	<i>p</i>
	2,67	0,64	0,23	2,03	0,75	0,13	3,71	0,60	0,64
Sexo									
Masculino	2,47	0,72		1,77	0,73		3,78	0,69	
Feminino									
Estado civil									
Casados	2,46	0,78	0,57	1,84	0,71	0,86	3,81	0,70	0,55
Solt /Sep /Viu	2,54	0,66		1,81	0,75		3,74	0,65	
Filhos									
Sim	2,45	0,77	0,44	1,77	0,75	0,45	3,82	0,73	0,40
Não	2,56	0,64		1,87	0,72		3,71	0,61	
Atividade profissional									
Médico	2,61	0,58	0,87	2,10	0,87	0,12	3,91	0,26	0,35
Enfermeiro	2,56	0,74		1,76	0,71		3,88	0,60	
Administrativos	2,44	0,71		2,09	0,76		3,67	0,66	
Outros Profissionais	2,46	0,68		1,66	0,69		3,65	0,80	
Carga horária									
Inferior 35/40 horas	2,46	0,63	0,78	1,62	0,67	0,23	3,98	0,65	0,16
Superior 35/40 horas	2,52	0,72		1,86	0,74		3,73	0,67	
Situação profissional									
Com vínculo	2,53	0,74	0,60	1,83	0,74	0,42	3,75	0,68	0,53
Sem vínculo	2,40	0,55		1,77	0,71		3,85	0,66	
Pensar em mudar de profissão									
Sim	2,61	0,75	0,33	1,99	0,75	0,11	3,54	0,70	0,02*
Não	2,46	0,69		1,75	0,72		3,86	0,64	

Nota: * Diferença significativa ao nível de 5%.

Tabela 6 – Relação entre dimensões de *burnout* e variáveis qualitativas em Portugal.

Dimensões	Exaustão Emocional			Despersonalização			Realização Profissional		
	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p
Sexo	2,40	0,67	0,10	2,16	0,72	0,00*	3,72	0,65	0,87
Masculino	2,41	0,77		1,70	0,53		3,75	0,66	
Feminino									
Estado civil	2,30	0,61	0,05*	1,81	0,67	0,89	3,63	0,70	0,16
Casados									
Solteiros/Separados/Viuvos	2,59	0,66		1,80	0,57		3,81	0,62	
Filhos									
Sim	2,29	0,61	0,04*	1,79	0,57	0,75	3,79	0,62	0,40
Não	2,58	0,89		1,83	0,65		3,68	0,70	
Atividade profissional									
Médico	2,56	0,30	0,01*	2,05	0,44	0,18	3,94	0,16	0,04*
Enfermeiro	2,57	0,70		1,87	0,63		3,63	0,63	
Administrativos	1,64	0,48		1,40	0,47		3,34	0,90	
Outros Profissionais	2,36	0,79		1,78	0,60		3,91	0,62	
Carga horária									
Inferior 35/40 horas	2,67	1,57	0,63	2,10	0,99	0,49	3,50	0,53	0,49
Superior 35/40 horas	2,41	0,74		1,80	0,60		3,75	0,66	
Situação profissional									
Com vínculo	2,37	0,72	0,34	1,82	0,62	0,10	3,74	0,65	0,73
Sem vínculo	2,52	0,82		1,75	0,55		3,73	0,68	
Pensar em mudar de profissão									
Sim	2,75	0,79	0,00*	1,95	0,64	0,02*	3,74	0,56	0,10
Não	2,15	0,60		1,69	0,55		3,75	0,72	

Nota: * Diferença significativa ao nível de 5%.

Discussão

O interesse da comunidade científica pelos estudos de *burnout* e seus resultados têm aumentado nos últimos anos, principalmente em profissionais da saúde devido às graves consequências que podem produzir na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes, sendo esta uma problemática comum em contextos culturais diferentes, como é o caso de Brasil e Portugal.

Apesar de Hosftede (1980) e Silva et al.(2008) terem revelado existir uma semelhança entre as culturas brasileiras e portuguesas, com a realização deste estudo verifica-se algumas diferenças entre a satisfação no trabalho destes profissionais de saúde. Desta forma, os resultados obtidos na prevalência da síndrome de *burnout* nas amostras dos dois países são muito semelhantes (2,3% na dimensão da exaustão emocional; 0,9%

na despersonalização somente no Brasil e 59,8% em baixa realização profissional). Segundo Maslach e Jackson (1981), altos níveis nas dimensões da exaustão emocional e despersonalização e baixos na realização pessoal são indicativos da síndrome de burnout. Mesmo considerando o elevado percentual de trabalhadores não realizados profissionalmente, os baixos percentuais nas outras duas dimensões não indicam alto risco de burnout em ambos grupos. Contudo, estes resultados são preocupantes, pois apesar da síndrome de burnout não ter elevada prevalência, foram identificados factores de risco importantes.

Uma das possibilidades para explicar este resultado pode estar relacionada com o perfil dos participantes e com a sua atitude face ao contexto organizacional onde estão inseridos, como referida na literatura (Cornelius & Carlotto, 2007; Queirós, 2005; Rosa & Carlotto, 2006; Rodríguez-García *et al.*, 2009; Silva & Gomes, 2009). Esta amostra é constituída por trabalhadores relativamente jovens, com um tempo de trabalho e permanência na instituição relativamente médio, especialmente nos profissionais de saúde brasileiros (inferior a 5 anos). Este facto pode estar relacionado por um lado, pela percepção de um maior distanciamento do poder característica dos profissionais brasileiros, marcada possivelmente por uma hierarquização mais forte nas organizações hospitalares, com maiores desigualdades nos privilégios e nas funções desempenhadas, assim como no reconhecimento social, com repercussões essencialmente ao nível das remunerações auferidas (normalmente mais elevadas na classe médica), conduzindo a um descontentamento e insatisfação profissional. Por outro lado, estimulados pelas sucessivas mudanças nos contextos socioeconómicos e em busca de melhores remunerações e recursos financeiros, aliados a uma menor aversão á incerteza e uma maior tolerância à instabilidade (característico da cultura brasileira), estes profissionais apresentam uma maior propensão para o risco, à mudança, considerando quase de imediato, outras oportunidades de trabalho, numa atitude empreendedora suscitada inicialmente pela necessidade, sendo a permanência no serviço ou na instituição relativamente curta, desde que depois recompensados por essa exposição.

Por outro lado, foi evidenciado que os profissionais de saúde portugueses do sexo masculino apresentam maiores níveis de despersonalização e os solteiros/separados/viúvos e sem filhos maiores níveis de exaustão emocional, corroborando com o encontrado nos estudos nacionais (Queirós, 2005; Silva & Gomes, 2009). Embora a sociedade portuguesa pareça valorizar a predominância das características femininas, em que o trabalho é um meio para se atingir uma melhor qualidade de vida, verificou-se, neste estudo, serem os homens que apresentam um maior índice de atitudes de distanciamento. Este comportamento, quase paradoxal, parece evidenciar para estes profissionais que o trabalho se encerra como um fim. Ao considerarmos como característico do contexto cultural português uma elevada aversão ao risco e que no momento da aplicação do instrumento de recolha de dados para este estudo, as organizações de saúde e das carreiras dos profissionais que aí trabalham estavam a ser alvo de profundas revisões/reestruturação governamentais, com mudanças de regras, geradoras de incertezas e instabilidade, pode ser possível que estes profissionais utilizem estas estratégias de “desapego” emocional para com os seus utentes, parecendo estar mais concentrados na realização das suas tarefas, numa perspectiva mais racional do trabalho, como forma de se protegerem contra

as fontes de stress. O facto de não assumirem, de uma forma directa, responsabilidades familiares (solteiros, separados, viúvos, sem filhos) poderá contribuir para estarem mais disponíveis para o trabalho (obtendo assim, uma maior rentabilidade necessária para outros símbolos de reconhecimento social como forma de compensação), tornando-se em alvos fáceis para experimentar o stress e conseqüentemente o burnout.

No grupo brasileiro foi identificada uma associação significativa entre a idade e despersonalização, cujos resultados vão ao encontro de outros estudos brasileiros efetuados com estas variáveis (Cornelius & Carlotto, 2007; Rosa & Carlotto 2006) e que apontam a falta de experiência de vida e de trabalho para lidar com os estressores. Silva e Gomes (2009) referem que as dificuldades são maiores para quem inicia um projeto laboral no campo da saúde, associados a uma formação mais longa, exigente e diferenciada no contexto português, nomeadamente ao nível técnico científico e relacional.

A relação entre a síndrome de burnout e satisfação no trabalho tem sido evidenciada em diversos estudos (Dolan, 1987; Nwabuoku & Adebayo, 2010; Maslach & Leiter, 1997; Rosa & Carlotto, 2006). Verifica-se que nos participantes brasileiros, quanto maior a satisfação com a chefia e com as políticas organizacionais e benefícios, maior o sentimento de realização profissional, diminuindo a percepção destes profissionais da distância ao poder. Já para os participantes portugueses as diferenças situam-se essencialmente na associação entre a exaustão emocional e a satisfação com o ambiente físico de trabalho. Segundo Motta e Caldas (1997), há traços brasileiros nítidos e influentes no âmbito das organizações, em que a sociedade está baseada nas relações pessoais e na busca de proximidade e afecto das relações, designado por “jeitinho brasileiro”, o que não parece acontecer no contexto português, em que as relações são mais impessoais e formais, dirigidas para um objectivo comum. As promoções e os benefícios podem ser adquiridos através de relações de proximidade com gestores, onde nem sempre a competência se mostra como possibilidade de ascensão profissional. Na cultura organizacional portuguesa, e mais concretamente na área da saúde, as organizações hospitalares apresentam uma estrutura hierárquica rígida, com normas, regras e conteúdos funcionais definidos e conhecidos pelos seus trabalhadores, com protocolos de acção, tentando minimizar os riscos e as situações inesperadas, em que os recursos oferecidos pelo ambiente físico do trabalho (espaço físico, material), parecem ser uma mais valia, transmitindo-lhes segurança. A satisfação intrínseca com a tarefa diminui o sentimento de distanciamento no grupo brasileiro. Motta e Caldas (1997) referem existir na cultura organizacional brasileira uma tendência à aversão ao trabalho manual ou metódico, em que a busca de reconhecimento e valorização pode ser obtido também através das relações interpessoais, que lhes é exigido um maior grau de criatividade e de dinamismo, situação características das profissões assistenciais. Segundo Machado (2005), a identidade nacional nas organizações é marcada pela informalidade nas relações pessoais e valorização da manifestação emocional e o paternalismo.

A categoria profissional de enfermeiros portugueses apresentou maiores índices de exaustão emocional e os médicos maiores de realização profissional, em Portugal. Resultado semelhante foi identificado em estudo de Silva e Gomes (2009) ao comparar médicos e enfermeiros portugueses. Segundo os autores, embora sendo profissões exercidas lado a lado, num mesmo contexto, apresentam características bastante distintas.

Os enfermeiros indicaram como factores de stress relacionados com este resultado o ambiente de trabalho e relações profissionais, carreira profissional, remuneração e falta de reconhecimento. Este resultado pode ser entendido também pela diferença nas atribuições profissionais da enfermagem entre os países. No Brasil, a função do enfermeiro é mais direccionada a práticas administrativo-gerenciais (Pires, 2009). Outra questão que pode explicar o resultado obtido prende-se com as alterações recentes de carácter social e político com que a sociedade portuguesa se depara (nomeadamente com as mudanças na carreira e consequente remuneração), originando instabilidade, insegurança e falta de reconhecimento, em especial, nos profissionais de enfermagem, traço cultural não característico dos portugueses. No contexto brasileiro, de acordo com Hofstede (2001), devido a uma maior frequência de mudanças sociais e políticas, há uma maior tolerância em relação as mesmas. Segundo Motta (1997), a flexibilidade e adaptabilidade, no contexto brasileiro, é um meio de navegação social.

Em relação á mudança de profissão, foram os profissionais portugueses que apresentaram médias mais elevadas em exaustão emocional e despersonalização e os profissionais brasileiros menor realização profissional. A síndrome de burnout, sob a perspectiva organizacional, está altamente associada com o absentismo e rotatividade de pessoal (Knight & Leimer, 2010; Schaufeli, Bakker & Van Rhenen, 2009). A intenção de abandonar a organização ou profissão pode ser entendida como uma “saída psicológica” do trabalho como tentativas para lidar com a exaustão emocional e baixa realização profissional (Lee & Ashforth, 1996). Este resultado, que deve ser encarado como um forte indicador de insatisfação, possui um significado especial, uma vez que pode resultar de um conflito interior profundo dos domínios pessoal e profissional, onde se verifica um desencontro dos significados e expectativas destes projectos, culminando em burnout, no adocimento do trabalhador. Considerando as características culturais entre os países, é assim esperado que sejam os profissionais de saúde brasileiros menos realizados no seu trabalho, acompanhados de sentimentos de incompetência e de inadequação face á profissão escolhida, apresentando uma maior rotatividade no trabalho.

Os profissionais da área da saúde têm sido alvo de inúmeras investigações, essencialmente pela natureza do seu trabalho e do impacto deste nas esferas das suas vidas. Estudos transculturais sobre esta síndrome nestes profissionais são ainda muito escassos, sendo este o primeiro entre Brasil e Portugal. Tendo em conta a importância dos aspectos culturais de cada país, da sua influência nos contextos laborais e dos resultados de burnout encontrados, considera-se essencial que outros estudos sejam desenvolvidos com esta população, aprofundando outras variáveis, contextos e factores de risco que possam contribuir para uma melhor compreensão desta problemática.

O estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na análise de suas conclusões. A primeira limitação é que ele tem um delineamento transversal, o que impede conclusões em termos de causalidade. É importante considerar o efeito do trabalhador sadio, questão peculiar nos estudos transversais em epidemiologia ocupacional que, muitas vezes, exclui o possível doente (Mc Michael, 1976). Essa é uma situação que pode subestimar o tamanho dos riscos identificados, porque os trabalhadores mais afetados não conseguem manter-se no emprego, afastando-se por licenças para tratamento de saúde. A segunda é que, neste estudo, são utilizadas apenas medidas de auto relato, o que

pode ocasionar algum enviesamento devido à desejabilidade social que algumas questões abordam, nomeadamente nas questões relacionadas com a dimensão de despersonalização (pois é difícil para o trabalhador admitir que se distancie e trate de forma impessoal as pessoas receptoras do seu trabalho, os utentes). Por fim, deve-se ter cuidado na utilização dos resultados obtidos neste estudo, pois resultam de uma amostra não probabilística, não sendo, portanto, passíveis de generalizações para outras instituições ou profissionais.

Referências

- Achkar, T. C. S. (2006). Síndrome de *burnout*: Repercussões na qualidade de vida no trabalho de profissionais de saúde de um hospital privado da cidade de Cascavel-PR. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS.
- Alcadipani, R., & Crubellate, J. M. (2003). Cultura organizacional brasileira: Generalizações improváveis e conceituações imprecisas. *Revista de Administração de Empresas*, 43(2), 64-77.
- Albadejo, R., Villanueva, R., & Ortega, P. (2004). Síndrome de *burnout* en el personal de enfermería de um hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-16.
- Aranda-Beltrán C. *et al.* (2004). Factores psicosociales laborales y síndrome de *burnout* en médicos del primer nivel de atención. Disponível em: <http://www.cucs.udg.mx/invsalud/abril2004/art4.html>.
- Armstrong-Stassen *et al.* (1994). Determinants and consequences of burnout: A cross-cultural comparison of Canadian and Jordanian nurses. *Health Care for Women International*, 15(5), 413-421.
- Avellar, L. Z., Iglesias, A., & Valverde, P. F. (2007). Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. *Psicologia em Estudo*, 12(3), 475-481.
- Barbetta, A. P. (2001). *Estatística aplicada às ciências sociais*. Florianópolis: UFSC.
- Bennett, S., Plint, A., & Clifford, T. (2005). Burnout, psychological morbidity, job satisfaction, and stress: A survey of Canadian hospital based child protection professionals. *Archives of Disease in Childhood*, 90(11), 1112-1116.
- Caldas, M. P. (1997). Santo de casa não faz milagre: condicionantes nacionais e implicações organizacionais da fixação brasileira pela figura do “estrangeiro”. Em: F. C. Motta & M. P. Caldas (Orgs.), *Cultura organizacional e cultura brasileira* (pp.73-93). São Paulo: Atlas.
- Carlotto, M. S. (2009). A relação profissional-cliente e a síndrome de *burnout*. *Revista Encontro*, XII, 7-20.
- Cherniss C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger.
- Cornelius, A., & Carlotto, M. S. (2007). Síndrome de *burnout* em profissionais de urgência. *Psicologia em Foco*, 1(1), 15-27.
- Dolan, N. (1987). The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 3-12.
- Gil-Monte, P. R. (2008). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. *Informació Psicológica*, 91-92, 4-11.

- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gunnarsdóttir, S., Clarke, S.P. Rafferty, A. M., & Nutbeam, D. (2009). Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 920–927.
- Harrison, B. J. (1999). Are you to burn out? *Fund Raising Management*, 30(3), 25-28.
- Hofstede, G. (1991). *Cultures and organizations: Software of the mind*. London: McGraw-Hill International (UK), Ltd.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Holanda, S. (1995). *Raízes do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras
- Jiménez, B. M. & Puente, C. P. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. Em: M. A. Simón (Org.), *Manual de Psicología de la Salud – Fundamentos, metodología y Aplicaciones* (pp.739-756). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Knight, W. E., & Leimer, C. L. (2010). Will IR staff stick? An exploration of institutional researchers' intention to remain in or leave their jobs. *Research in Higher Education*, 51(2), 109-131.
- Lautert, L. (1995). *O desgaste profissional do enfermeiro*. Tese de doutorado. Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Pontifícia de Salamanca, Facultad de Psicologia, Salamanca, ES.
- Lautert, L. (1997). O desgaste profissional: Estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 18(2), 133-144.
- Latané, B. (1994). Uma teoria elemental de la cultura. *Revista de Psicologia Social y Personalidad*, 10(2), 109-122.
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-133.
- Leung, K. et al. (2005). Culture and international business: recent advances and their implications for future research. *Journal of International Business Studies*, 36, 357–378.
- Machado, H. V. (2005). Identidade Organizacional: um estudo de caso no contexto da cultura brasileira. *RAE Eletrônica*, 4(1), 1. Disponível em: <<http://www.rae.com.br/eletronica>> Acessado: 27.08.09.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: how organization cause, personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986) (2nd ed). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422.
- Mc Michael, A. J. (1976). Standardized mortality ratios and the healthy worker effect: Scratchingbeneath the surface. *Journal Occupational Medical*, 18, 165-168.

- Meliá, J. L., & Peiró, J. M. (1989). La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: El Cuestionario de Satisfacción S20/23. *Psicogemas*, 3(5), 59-74.
- Motta, F. C. P. (1997). Cultura e organizações no Brasil. Em: F. C. Motta & M. P. Caldas (Orgs.), *Cultura organizacional e cultura brasileira* (pp.25-37). São Paulo: Atlas.
- Nwabuoku, U. C., & Adebayo, S.O (2010). Burnout, empowerment and job satisfaction in human services: A comparative and correlational study of women. *The Social Science*, 5(4), 276-279.
- Queirós, P.J. (2005). *Burnout no trabalho conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.
- Pando, M. M., Bermúdez, D., Aranda, B. C., Pérez, C. J., Flores, S. E., & Arellano, P. G. (2004). *Prevalencia de estrés y burnout en los trabajadores de la salud en un hospital ambulatorio*. Disponível em: <http://www.uv.mx/psicysalud/numero12/estresse.html>
- Pines, A. M. (2003). Burnout: A cross-cultural Israeli Jewish-Arab perspective and its implications for career counseling. *Career Development International*, 8, 97-106.
- Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 739-744.
- Pires, J. C., & Macedo, K. B. (2006). Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 40(1), 81-105.
- Poucinho, M. D., & Garcia, J. C. (2008). Impacto psicosocial de la tecnología de información y comunicación (TIC): Tecnoestrés, danos físicos y satisfacción laboral. *Acta Columbuana de Psicología*, 11(2), 127-139.
- Ramos, N. (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35(2), 155-178.
- Rios, I. C. (2008). Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. *Saúde e Sociedade*, 17(4), 151-160.
- Rodríguez-García, C. et al.(2009). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de dos hospitales del estado de México. *Fundamentos en Humanidades*, 19(1),179-193.
- Rosa, C., & Carlotto, M. S. (2006). Síndrome de *burnout* e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista SBPH*, 8(2), 1-15.
- Sandoval C., González P., Sanhueza L., Borjas R., & Odgers C. (2008). Síndrome de burnout en el personal Profesional del hospital de Yumbel. Disponível em: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/burnout2.pdf>.
- Silva, M. A., Correia, M.F.; Scholten, M., Gomes, L.F. (2008). Cultura nacional e orientação empreendedora: um estudo comparativo entre o Brasil e Portugal. *Comportamento organizacional e gestão*, 14 (1), 65-84. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/149>
- Silva, M. da C. de M., & Gomes, A. R. da (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248.
- Silva, T. D. da, & Carlotto, M. S. (2008). Síndrome de *burnout* em trabalhadores da enfermagem de um hospital geral. *Revista da SBPH*, 11(1), 113-130.

- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Van Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior, 30*, 893–917.
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. Em: C. L. Cooper & I. Robertson (Orgs.), *International review of industrial an organizational psychology* (pp.25-48). Nueva York: Wiley & Sons.
- Tamayo, R. M. (1997). Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Turnipseed, D. L., & Turnipseed, P.H. (1997). A bicultural analysis of the cost of caring: nursing burnout in the United States and the Philippines. *Career Development, 2*(4), 180-188.
- Wood Jr., T., & Caldas, M. (1999). Modismos em gestão: Pesquisa sobre a adoção e implementação de ERP. Em: *Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Industriais, 1*, 53-66.

Recebido em fevereiro de 2010

Aceito em julho de 2010

Sofia Dias: Licenciada em Enfermagem (ESES) e em Psicologia (FPCEUP); Mestre em SIDA: da Prevenção à Terapêutica (FM-FPCEUC); Doutoranda da Fundação para a Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do Governo da Republica Portuguesa na FPCEUP; Membro do Laboratório de Reabilitação Psicossocial da FPCEUP/ESTSP; Docente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.

Cristina Queirós: Licenciada e Doutorada em Psicologia pela FPCEUP; Codirectora do Laboratório de Reabilitação Psicossocial da FPCEUP/ESTSP; Docente na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.

Mary Sandra Carlotto: Psicóloga; Mestre em Saúde Coletiva (ULBRA-RS); Doutora em Psicologia Social (USC/ES); Professora do Curso de Psicologia e PPG em Saúde Coletiva da ULBRA/Canoas. Bolsista produtividade CNPq.

Endereço eletrônico para contato: sofiadias@ess.ipv.pt