

Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

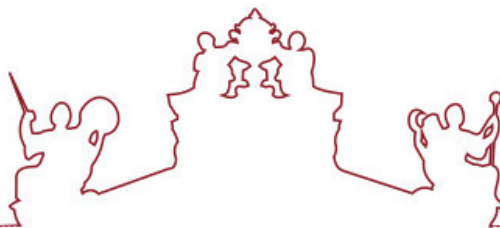
Stress e Burnout em Contexto Hospitalar

Joana Filipa Runa Machado

Orientador(es) | Anabela Maria Sousa Pereira
Carla Semedo

Évora 2024





Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

Stress e Burnout em Contexto Hospitalar

Joana Filipa Runa Machado

Orientador(es) | Anabela Maria Sousa Pereira
Carla Semedo

Évora 2024



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | João Nuno Ribeiro Viseu (Universidade de Évora)

Vogais | Anabela Maria Sousa Pereira (Universidade de Évora) (Orientador)
Elisabeth de Jesus Oliveira Brito (Universidade de Aveiro) (Arguente)

Agradecimentos

Após finalizar esta importante etapa não posso deixar de expressar o meu agradecimento aos que, de certo modo, passaram por este percurso e contribuíram para a sua conclusão.

À minha orientadora, Professora Anabela Pereira e à minha coorientadora, Professora Carla Semedo, pelo apoio e dedicação demonstrados ao longo deste longo processo, pela sabedoria que me transmitiram, pelas mensagens de motivação e pela disponibilidade incansável, mesmo quando o tempo era limitado.

Aos responsáveis das instituições que contribuíram e autorizaram a realização do presente estudo e em particular a todos os profissionais de saúde que colaboraram connosco respondendo aos questionários.

Às minhas amigas, Inês, Madalena, Carolina, Beatriz e Inês, que estiveram ao meu lado nos momentos de alegrias e tristeza, oferecendo apoio emocional, companheirismo e apoio mútuo. Sem dúvida que tornaram esta jornada mais leve.

Aos meus pais, Cristina e João, à minha avó Joaquina, às minhas sobrinhas Teresa e Diana, ao Pedro e à Sofia, pela compreensão e apoio incondicional nos momentos mais desafiantes.

Por fim, ao meu irmão Nelson, cuja ausência é profundamente sentida, mas a memória traduz-se em motivação e permanece viva em cada passo que dou. Embora ausente, sei que estarias imensamente orgulhoso e este seria mais um momento a celebrar.

Aos que contribuíram para a conclusão deste percurso, cheio de angústias, indecisões, mas rodeado de pequenas conquistas e vitórias, o meu mais sincero, Obrigada!

Stress e Burnout em Contexto Hospitalar

Resumo

O *stress* e o *burnout* constituem-se problemas de saúde pública que afetam os profissionais de saúde. O objetivo deste estudo foi avaliar os níveis de *stress* e de *burnout* nos profissionais de saúde em contexto hospitalar, no setor privado e público. Esta investigação transversal e quantitativa, recorreu a uma amostra de 313 participantes que responderam ao *Burnout Assessment Tool* (BAT) e à Escala de *Distress* Psicológico de Kessler (K10). A análise, realizada através do IBM SPSS, seguiu princípios éticos/deontológicos e revelou uma elevada prevalência de *distress* e *burnout*, com diferenças significativas entre grupos socioprofissionais. Os profissionais que trabalham nas instituições públicas apresentaram valores mais elevados de *distress* e *burnout*. Os resultados salientaram ainda que os indicadores psicológicos com níveis mais elevados foram a exaustão e as queixas psicológicas. O estudo salientou a importância da prevenção dos fatores psicossociais de risco e da promoção da saúde mental nos locais de trabalho.

Palavras-chave: Stress, *Burnout*, Profissionais de Saúde, Contexto Hospitalar, Saúde Mental, Prevenção

Stress and Burnout in a Hospital Context

Abstract

Stress and burnout are public health problems that affect health professionals. The study aims to assess the levels of stress and burnout among health professionals in hospital settings, in the private and public sectors. This cross-sectional, quantitative study used a sample of 313 participants who answered the Burnout Assessment Tool (BAT) and the Kessler Psychological Distress Scale (K10). The analysis, carried out using IBM SPSS, followed ethical/deontological principles and revealed a high prevalence of distress and burnout, with significant differences between socio-professional groups. Professionals working in public institutions had higher levels of distress and burnout. The results also showed that the psychological indicators with the highest levels were exhaustion and psychological complaints. The study highlighted the importance of preventing psychosocial risk factors and promoting mental health in the workplace.

Keywords: Stress; Burnout; Health Professionals; Hospital Context; Mental Health; Prevention

Índice

1. Introdução e Enquadramento Teórico.....	1
1.1. Saúde Mental no trabalho	4
1.2. Desafios dos Profissionais de Saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS)	6
1.3. Exigências Laborais.....	9
1.4. <i>Stress</i>	12
1.4.1. Definição de <i>stress</i>	12
1.4.2. Consequências do <i>stress</i>	14
1.4.4. Estratégias de gestão de <i>stress</i>	17
1.5. <i>Burnout</i>	18
1.5.1. Definição e conceptualização histórica do <i>burnout</i>	18
1.5.2. Dimensões do <i>burnout</i>	20
1.5.3. Consequências do <i>burnout</i>	21
1.6. Medidas e Estratégias de Promoção e Prevenção da Saúde Mental.....	23
2. Método.....	26
2.1. Participantes.....	26
2.2. Instrumentos	27
2.2.1. Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes	28
2.2.2. <i>Burnout Assessement Tool</i> (BAT).....	28
2.2.3 Escala de <i>Distress</i> Psicológico de Kessler (K10).....	29
2.3. Procedimentos	29
2.4. Análise de Dados	30
3. Resultados.....	32
4. Discussão	45
4.1. Considerações Finais	52

Referências 54

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas dos profissionais do setor privado.....	26
Tabela 2. Características sociodemográficas dos profissionais do setor público.....	27
Tabela 3. Comparação dos scores <i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> entre o estudo original e o presente.....	28
Tabela 4. Características do contexto profissional no grupo do setor privado.....	32
Tabela 5. Características do contexto do bem-estar no grupo do setor privado.....	33
Tabela 6. Características do contexto profissional no grupo do setor público.....	33
Tabela 7. Características do contexto do bem-estar no grupo do setor público.....	34
Tabela 8. Estatísticas descritivas dos indicadores do BAT e K10 no grupo do setor privado e público.....	35
Tabela 9. Correlação da satisfação no local de trabalho e indicadores psicológicos (Amostra 1).....	40
Tabela 10. Médias e desvio padrão relativas BAT e o K10 com a questão “No meu trabalho sinto que o <i>stress/ burnout</i> tem impacto na minha prática profissional”.....	42
Tabela 11. Correlação do impacto do <i>stress/burnout</i> na prática profissional e indicadores psicológicos (Amostra 2).....	43
Tabela 12. Correlação do BAT e do K10 em ambas as amostras.....	44

Índice de Figuras

Figura 1. Níveis médios para o BAT no grupo do setor privado e do público.....	36
Figura 2. Níveis de sintomas do <i>burnout</i> nos profissionais do setor privado.....	37
Figura 3. Níveis de sintomas do <i>burnout</i> nos profissionais do setor público.....	37
Figura 4. Níveis de reporte direto de <i>distress</i> psicológico no grupo do setor privado.....	38
Figura 5. Níveis de reporte direto de <i>distress</i> psicológico no grupo do setor público.....	38

Índice de Anexos

Anexo A. Declaração do parecer da Comissão de Ética.....	72
Anexo B. Consentimento Informado.....	73
Anexo C. Questionário Sociodemográfico e Profissional.....	75
Anexo D. <i>Burnout Assessement Tool</i>	82
Anexo E. Escala de <i>Distress</i> Psicológico de Kessler.....	85

Lista de Abreviaturas e Siglas

BAT- *Burnout Assessement Tool*

EU-OSHA- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

K10- Escala de *Distress* Psicológico de Kessler

MBI- *Maslach Burnout Inventory*

OMS - Organização Mundial De Saúde

OPP- Ordem dos Psicólogos Portugueses

SNS- Serviço Nacional de Saúde

1. Introdução e Enquadramento Teórico

O local de trabalho assume um papel essencial no desenvolvimento pessoal e na vida social dos indivíduos. O trabalho contribui para a realização profissional do indivíduo, contudo o mesmo pode também originar consequências nocivas para a saúde e bem-estar (Dourado et al., 2024). Assim, torna-se imprescindível a saúde mental, que diz respeito a um estado de bem-estar a um nível cognitivo e emocional, bem como à ausência de uma doença mental, nos locais de trabalho. Em outubro de 2024, a Organização Mundial da Saúde (OMS) no Dia Mundial da Saúde Mental apresentou como tema escolhido a “*Mental Health at Work*” – Saúde Mental no Trabalho, priorizando a sua prevalência nos contextos de trabalho.

O trabalho no setor da saúde dirige-se às necessidades da população, pelo que envolve uma relação muito próxima entre os profissionais e os utentes, exigindo assim uma elevada capacidade de percepção e compreensão (Neto et al., 2020). Além disso, os profissionais do setor da saúde confrontam-se com elevadas exigências (e.g., cargas horárias excessivas e turnos) e a uma exposição prolongada a fatores psicossociais de risco, nomeadamente o *stress* e o *burnout* (Battistello, 2023; Dourado et al., 2024).

A globalização e a crescente tecnologia já tinham potenciado o aparecimento de novos riscos psicossociais no trabalho, contudo com a declaração da pandemia de COVID-19, a 11 de março de 2020, Portugal e o mundo confrontaram-se com novas exigências, agravando o bem-estar e a saúde dos profissionais de saúde, em comparação com outras profissões (Koren et al., 2023; Li et al., 2021), podendo estas problemáticas prevalecerem durante anos após a pandemia (Bezerra et al., 2020).

Para além de afetarem a saúde, o *stress* e o *burnout* conduzem a uma deterioração da qualidade do atendimento ou serviço prestado e à redução da satisfação e do desempenho e, conseqüentemente, resultam num maior número de erros por parte dos profissionais (Costa & Moss, 2018; Moss et al., 2016). Tudo isto acarreta problemas ao nível da saúde pública, do indivíduo e da própria organização (Wang et al., 2024), através do absentismo e do presentismo (Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no

Trabalho, 2022a; Drennan & Ross, 2019), que se traduz num aumento de custos (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2023).

Em 2022, segundo o STADA *Health Report*, mais de metade da população portuguesa (57%) afirmaram já ter estado perto de sofrer um *burnout* (STADA, 2022). Num estudo desenvolvido pela Ordem dos Médicos, em 2023, mais de metade, cerca de 55.3% dos participantes estiveram em risco de desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Ainda de acordo com este estudo, 1 em cada 4 já apresentava sintomas graves de *burnout* (Ordem dos Médicos, 2023). Além disso, cerca de 44% dos indivíduos relataram que o *stress* aumentou com a pandemia da COVID-19 (EU-OSHA, 2022b).

Perante este cenário, é essencial que as organizações e as instituições hospitalares sejam alertadas para a necessidade de identificar os principais problemas dos profissionais, mas também devem ser alertadas para a necessidade de se intervir junto dos mesmos. Neste sentido, esta intervenção iria beneficiar tanto a economia, como o bem-estar das organizações e dos próprios indivíduos. Em Portugal, ao investir-se na prevenção e promoção do bem-estar das organizações e na saúde psicológica, as perdas de produtividade diminuiriam significativamente, acabando por gerar uma poupança de 1.6 mil milhões de euros por ano (OPP, 2023). Tais dados alertam-nos para a necessidade de uma intervenção psicológica mais ativa e focalizada especificamente na saúde mental com particular ênfase no autocuidado (Pereira et al., 2023).

As orientações globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) acerca da saúde mental no trabalho e as políticas de saúde implementadas pela EU-OSHA recomendam ações para enfrentar os riscos que existem no contexto laboral para a saúde mental dos indivíduos. Tendo por base estas diretrizes mundiais, pretendeu-se com o presente trabalho identificar os níveis de *distress* e *burnout* em profissionais de saúde, dada a sua vulnerabilidade.

Face ao exposto, o contributo do ramo da Psicologia tem evidenciado a necessidade de se intervir não só no diagnóstico dos problemas existentes que afetam os profissionais, mas também na intervenção junto dos mesmos. A intervenção visa oferecer e proporcionar condições ajustáveis aos trabalhadores, de forma a produzir retornos positivos, nomeadamente na saúde mental e física, na satisfação profissional, no desempenho laboral e na produtividade dos indivíduos (Giménez-Espert et al., 2020).

A nível europeu, existe um projeto de investigação “O setor dos cuidados de saúde e sociais e a segurança e saúde no trabalho (SST)” que decorre de 2022 a 2026 e, pretende proporcionar conhecimentos baseados em evidências acerca dos desafios enfrentados pelo setor da saúde, no que respeita à segurança e saúde dos seus trabalhadores (EU-OSHA, 2023a). Por fim, num paradigma nacional existem iniciativas, como por exemplo a iniciativa da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Esta iniciativa visa reconhecer e divulgar as boas práticas adotadas pelas organizações portuguesas, para contribuir para a segurança e bem-estar dos seus trabalhadores (OPP, 2023).

Dado o panorama nacional e mundial é necessário o desenvolvimento de iniciativas por parte das organizações, para que futuramente se caminhe no sentido de evitar o aumento das consequências do *stress* e do *burnout* nos indivíduos devido ao trabalho. Os responsáveis políticos e os gestores de instituições de saúde devem também desenvolver estratégias e medidas preventivas para problemas como o *stress*, o *burnout*, perturbações do sono como a insónia e o absentismo (Burdorf et al., 2020).

O presente estudo teve como objetivo geral analisar os níveis de *distress* e de *burnout* nos profissionais de saúde num contexto hospitalar. A pertinência deste estudo prendeu-se pelo impacto direto do *distress* e do *burnout* na saúde dos profissionais de saúde, na qualidade da assistência ao paciente, nos custos para o sistema de saúde e no bem-estar da sociedade em geral. Além disso, a relevância de investigar este tema justificou-se com o impacto que os riscos psicossociais têm a nível económico. Através da identificação dos fatores de risco obtém-se a perceção dos seus trabalhadores, sobre as condições de trabalho o que, posteriormente permite o desenvolvimento de estratégias e iniciativas para intervir e melhorar o bem-estar e a saúde dos colaboradores. Por fim, através da identificação e deteção precoce de níveis sintomáticos de *burnout*, é possível desenvolver e implementar medidas preventivas e de sensibilização.

Quanto à estrutura, esta encontra-se dividida em várias seções. Em primeiro lugar é apresentado o enquadramento teórico e estado da arte das temáticas em estudo. Segue-se o capítulo da metodologia que integra a amostra, os instrumentos, os procedimentos e a análise de dados. Depois seguem-se os capítulos da apresentação dos resultados e da discussão dos mesmos. Finalmente, é apresentada a conclusão.

1.1.Saúde Mental no trabalho

Atualmente, os indivíduos dedicam a maior parte do seu tempo aos locais de trabalho. Em Portugal, a taxa de emprego em 2023 subiu de 72.5% no segundo trimestre para 72.8% no terceiro trimestre (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2023a). O trabalho desempenha um papel crucial para a promoção da identificação com a função exercida e na interação social dos indivíduos com a comunidade. Além disso, o trabalho está associado ao desenvolvimento humano, incluindo a aquisição de competências individuais, emocionais e sociais, bem como competências profissionais que contribuem para o fortalecimento da autonomia e da independência (Blustein et al., 2023).

Apesar do trabalho assumir-se como um possível fator de proteção para a saúde mental, este também pode conduzir para danos potenciais e gerar situações de *stress*, influenciado negativamente a saúde mental e física do trabalhador. Em 2019, mais de 2.25 milhões de pessoas em Portugal enfrentavam uma perturbação de saúde mental, o que correspondia a 22% da população, um valor superior à média de 16,7% da União Europeia (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2023b), estimando-se que anualmente 12 bilhões de dias de trabalho são perdidos em consequência da depressão e da ansiedade, tendo um impacto de 1 trilhão de dólares na economia (OMS, 2022a).

A saúde mental representa o estado de bem-estar em que o indivíduo tem a capacidade de realizar as suas próprias habilidades, conseguindo lidar com problemas e tensões, da mesma maneira que trabalha de forma produtiva (OMS, 2022a). Assim, o trabalho e a saúde mental estão intimamente interligados, pelo que não existe saúde psicológica e bem-estar sem que sejam asseguradas as condições básicas nos locais de trabalho (Shields et al., 2021).

Perante um ambiente de trabalho saudável e seguro, os indivíduos trabalham de uma forma mais produtiva. Em contrapartida, um ambiente de trabalho inseguro e pouco saudável proporciona um baixo rendimento do indivíduo e prejudica a saúde mental do mesmo (Organização Internacional do Trabalho, 2023). Posto isto, os indivíduos que desenvolvam problemas de saúde mental encontram-se mais suscetíveis a erros, acidentes

no trabalho e a uma baixa qualidade na prestação de serviços (Shields et al., 2021). Por sua vez, os locais de trabalho que promovem uma boa saúde mental e apoiam os trabalhadores nas doenças mentais têm maior probabilidade de reduzir o presentismo (ou seja, diminuição da produtividade durante o trabalho) e o absentismo (Oliveira et al., 2023). Neste contexto, surge a necessidade de identificar e conhecer os níveis de saúde mental, bem como implementar medidas de prevenção por meio da monitorização e da vigilância (EU-OSHA, 2023b).

Nos últimos anos, a saúde mental nos locais de trabalho tem ganho uma crescente importância. As constantes alterações no trabalho, devido aos avanços tecnológicos, ao processo de globalização, ao aumento da migração e à necessidade contínua de adaptação às novas técnicas inovadoras por parte dos trabalhadores (Neves et al., 2018; Pentang, 2021). Além disso, a pandemia COVID-19 destacou a importância da saúde mental no trabalho, devido às mudanças inesperadas que ocorreram (Oliveira et al., 2023). Nesta fase, registou-se uma mudança nos meios de trabalho que foi impulsionada pela tecnologia, nomeadamente o aumento do teletrabalho (Fang et al., 2022).

A par com as mudanças operadas no trabalho, o envelhecimento da população e o aumento da procura de serviços de saúde tem conduzido a uma diminuição da população ativa, resultando numa escassez de pessoal que afeta as organizações de saúde (Ornell et al., 2020). Por sua vez, a escassez de pessoal leva à sobrecarga de trabalho e a despesas financeiras devido ao absentismo e à rotatividade dos funcionários relacionados com o *stress* (Drennan & Ross, 2019). Associado ainda ao envelhecimento da população, existe o aumento da probabilidade de os profissionais desenvolverem problemas de saúde enquanto ainda trabalham, dado que a prevalência de problemas de saúde crónicos tende a aumentar com a idade (EU-OSHA, 2023b).

Portugal tem evidenciado um gradual interesse na saúde mental, porém as iniciativas ainda são reduzidas. Em 2023, o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (PNS) foi aprovado em Portugal (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2023b). O plano estabelece os objetivos da política de saúde do país até 2030, orientando a sua intervenção com base nas necessidades de saúde adequadas para a população. O principal foco é a promoção da saúde sustentável, com objetivos que abrangem a redução das desigualdades no setor da saúde, a mitigação dos fatores de risco para a saúde e a gestão das principais doenças não transmissíveis e transmissíveis

(Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2023b). Por outro lado, a EU-OSHA lançou uma campanha denominada de «Locais de Trabalho Seguros e Saudáveis 2023-2025» à escala europeia, com vista a sensibilizar sobre os impactos da utilização de tecnologias digitais na segurança e saúde no trabalho (EU-OSHA, 2023a).

1.2.Desafios dos Profissionais de Saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS)

Segundo a EU-OSHA (2023b), o setor da saúde e da assistência social são dos maiores setores de atividade europeus, empregando cerca de 11% de todos os trabalhadores. Em Portugal, em 2021, mais de 162 mil pessoas trabalhavam como médicos, profissionais de enfermagem e como outras profissões associadas à prestação de serviços de saúde (PORDATA, 2023).

Os profissionais de saúde são indivíduos com o objetivo de melhorar o estado de saúde da população, incluindo tanto os prestadores diretos de cuidados como os prestadores de atividades de suporte. Estes profissionais constituem-se como recursos essenciais e, por sua vez a sua saúde e bem-estar são fundamentais para que os profissionais sejam capazes de proporcionar cuidados contínuos aos utentes (Zhang et al., 2020).

Dado que os profissionais no ramo da saúde dedicam diariamente o seu trabalho à prestação de cuidados aos utentes, acabam por lidar com a dor e o sofrimento dos mesmos, sendo que enfrentam uma elevada carga psicológica, física e emocional na sua prática (Bazazan et al., 2018). Além das elevadas exigências laborais a que estão expostos, as repercussões estendem-se à saúde dos próprios profissionais, ao bem-estar dos utentes aos quais prestam serviços e à própria eficiência organizacional. A pandemia de COVID-19 aumentou significativamente as exigências, dado que os profissionais de saúde enfrentaram uma realidade nunca vivida e que exigiu uma transição abrupta da vida, das atividades e na forma como os indivíduos estabeleciam relações (Mendes et al., 2023).

Apesar de estes profissionais exercerem funções em vários contextos, o hospital caracteriza-se por ser um ambiente pesado para os profissionais que exercem funções no mesmo, sendo que este contexto é constituído por um sistema de extrema complexidade,

em termos organizacionais, de gestão, de funcionamento e de interação com o meio envolvente externo (Lucifora, 2023).

Ao longo dos anos, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) tem sido alvo de reformas de forma a dar respostas eficientes às necessidades da população. O SNS é um sistema organizado de instituições e serviços que prestam cuidados de saúde, estruturado de forma hierárquica, que funciona pela tutela do Ministério da Saúde (Diário da República, 1993).

Em Portugal, o sistema de saúde é caracterizado sobretudo por uma cobertura de base pública, com financiamento e prestação distribuídos entre três segmentos principais: cuidados hospitalares, cuidados de saúde primários e cuidados continuados integrados (Diário da República, 2022), no entanto existe constrangimentos nesta prestação de serviços. Dado o cenário da prestação de serviços no setor público em Portugal, marcado por insuficiências financeiras, incapacidade de gestão e escassez de qualidade de serviços prestados, o SNS estabeleceu as parcerias público-privadas. Essas representam uma abordagem inovadora de gestão pública, com o objetivo de realizar infraestruturas e fornecer serviços públicos, de forma a otimizar as performances dos setores público e privado (Costa et al., 2020).

Posto isto, o setor privado aumentou de forma significativa a sua capacidade de resposta, aumentando o nível de envolvimento na colaboração com o setor público. Assim, a maior oferta do setor privado resultou numa maior procura, o que contribuiu para o aumento dos investimentos em infraestruturas e ao conseqüente aumento da participação do setor privado na prestação de serviços (Fernandes & Nunes, 2016). Neste sentido, estes autores realçam que a prestação do setor público foca-se nos cuidados de saúde primários e secundários, enquanto que a prestação privada tem assumido uma importância crescente em determinadas áreas de especialidade (e.g., ortopedia, pediatria), bem como em meios que se assumam como complementos de diagnóstico. Em Portugal, em 2022, existiam 111 hospitais públicos, 131 hospitais privados (29 a mais do que em 2010) e 1 hospital em parceria público-privada. Os hospitais públicos incluíam 106 hospitais de acesso universal e 5 hospitais militares ou prisionais (Instituto Nacional de Estatística, 2024).

O setor privado, nos últimos anos, tem-se mostrado mais competitivo que o setor público em alguns aspetos, o que se reflete na saída dos profissionais de saúde de um setor para outro (Santarém Semedo et al., 2023). Num estudo realizado pela Ordem dos Médicos, cerca de 63.3% dos médicos mostraram-se insatisfeitos ou muito insatisfeitos relativamente à progressão nas carreiras do setor público, sendo este um dos motivos para o abandono deste setor (Ordem dos Médicos, 2023). A escassez de pessoal, a sobrecarga de trabalho, a falta de materiais e recursos, as infraestruturas precárias e a baixa remuneração têm sido algumas das razões apontadas para a mudança do setor público para o privado nos profissionais de saúde. O setor privado dispõe de uma gestão de carreiras mais flexível, com contratos de trabalho e em concordância com o colaborador e a entidade empregadora, sendo esta uma vantagem (Ordem dos Médicos, 2023). Enquanto que no setor público as carreiras encontravam-se congeladas desde 2004 devido a medidas orçamentais, no setor privado existe uma maior facilidade na progressão de carreira consoante o desempenho no trabalho e o cumprimento de objetivos previamente estabelecidos (Fernandes & Nunes, 2016). Diante desse cenário, é fundamental que os decisores políticos desenvolvam estratégias eficazes para reter os profissionais de saúde no setor público.

Outras variáveis podem impactar na saúde mental dos profissionais de saúde, como a satisfação e a realização laboral. A satisfação no trabalho diz respeito ao estado emocional dos indivíduos face às tarefas que realizam no trabalho. A realização profissional encontra-se relacionada de forma positiva com a satisfação do indivíduo no local de trabalho (Geremia et al., 2020). A realização profissional assume-se como um dos aspetos psicológicos que visa promover o bem-estar geral e a saúde mental dos indivíduos. Quando não se verifica a realização profissional, o sofrimento associado ao trabalho emerge, na medida em que o indivíduo não desempenha a função que gosta ou pela qual tem prazer, não recebe gratificação e um *feedback* positivo pelo que faz, ou até mesmo quando o indivíduo não sente qualquer identificação com as tarefas que está a realizar (Oliveira- Silva & Porto, 2021). A satisfação no trabalho consiste num estado emocional positivo ou prazeroso que resulta da avaliação de um trabalho ou experiência no local de trabalho (Sun et al., 2023). Face ao exposto, a falta de realização profissional conduz a uma insatisfação com o trabalho, que se pode revelar bastante prejudicial para a saúde dos trabalhadores. Esta insatisfação traduz-se em sentimentos de baixa autoestima, baixo interesse, irritabilidade, fadiga e em *stress* (Sun et al., 2023).

Face ao cenário vivenciado no setor da saúde, a insatisfação dos profissionais de saúde em Portugal tem-se manifestado de forma crescente, culminando em greves que refletem as dificuldades enfrentadas pelos profissionais das diferentes carreiras. Recentemente, em outubro de 2024, médicos e enfermeiros realizaram uma greve sem precedentes, reivindicando aumentos salariais e melhores condições de trabalho. Este movimento foi um sinal claro do descontentamento generalizado com as condições do SNS (Alinho, 2024). Neste sentido, com o aumento da pressão, a desmotivação sentida, o aumento das exigências laborais e a insatisfação têm contribuído para o desenvolvimento de problemas de saúde, nomeadamente a nível físico e mental (Carmona-Barrientos et al., 2020; Lubbadeh, 2020).

1.3.Exigências Laborais

Nos últimos anos assistiu-se a alterações no mundo laboral, devido ao processo da globalização, ao aumento da migração e ao crescente desenvolvimento das novas tecnologias. É ainda de acrescentar que, cada vez mais, o mercado laboral procura profissionais mais capacitados, os *multitasking*, que sejam capazes de realizar qualquer tarefa e responder de forma adequada e eficaz aos problemas (Zomer & Gomes, 2017). Assim, as constantes mudanças no trabalho e nas condições do mesmo acentuaram os riscos psicossociais, em específico no setor da saúde (EU-OSHA, 2023a).

Os profissionais de saúde encontram-se expostos a longas horas de trabalho, muitas vezes em regime de turnos rotativos, o que contribui para a fadiga dos profissionais a nível físico e psicológico (Afonso et al., 2017). De acordo com Santos e Almeida (2016), o trabalho por turnos pode ter consequências na qualidade do sono dos trabalhadores, assim como a produtividade e o desempenho laboral. A produção de melatonina, que ocorre a partir da serotonina, regula o ritmo circadiano do indivíduo. Por sua vez, este processo é mediado pela informação da retina, que é transmitida para os núcleos supraquiasmáticos do hipotálamo, os quais enviam sinais para a glândula pineal, estimulando a produção desta hormona (Santos & Almeida, 2016). Além disso, a produção de melatonina aumenta durante a noite e diminui durante o dia, o que significa que o sono começa quando há um aumento na sua produção. O trabalho por turnos condiciona o sono e afeta a qualidade no desempenho laboral, além de prejudicar a

capacidade de raciocínio, aumentando o tempo de reação e da execução de tarefas, o que aumenta a probabilidade de cometer erros (Mendes et al., 2023).

Conforme os dados do ESENER 2019, quase um terço dos profissionais de saúde afirmaram trabalhar horas longas ou irregulares (EU-OSHA, 2023b), o que representa uma ameaça significativa ao equilíbrio entre vida profissional e a pessoal dos profissionais (Karanikas & Jani, 2022). Assim, a dificuldade na conciliação vida-trabalho é uma das principais exigências do trabalho. Existem situações em que as exigências dos domínios do trabalho e da vida pessoal são mutuamente incompatíveis, gerando conflitos. Por vezes, esta constante tentativa de conciliação conduz a um desgaste físico e psicossocial nos indivíduos, o que se pode manifestar através do adoecimento desses mesmos (Zandifar & Badrfam, 2020).

Em termos emocionais, os profissionais de saúde também podem confrontar-se com exigências. A compaixão, a empatia do profissional para com o utente e para com as famílias do mesmo podem afetar o estado emocional do profissional de saúde, especialmente quando existe o sofrimento da família devido à perda de um ente-querido ou pelo trabalho não ter sido o suficiente para evitar essa mesma perda (Zandifar & Badrfam, 2020). Os profissionais de saúde também se deparam com exigências emocionais provocadas devido a situações de violência ou acidentes. A violência exercida em contexto laboral é definida como um incidente em que o trabalhador é alvo de abusos, ameaças físicas e psicológicas, ou ataques, que decorrem em situações que estejam relacionadas com o local de trabalho. Estes episódios geram um risco, explícito ou implícito, à segurança, saúde ou bem-estar (Bordignon et al., 2021). Existem estudos que evidenciam uma maior violência para com profissionais de saúde responsáveis pela primeira comunicação direta com utentes e com os seus familiares, sob a forma de ameaças, agressões verbais e em menor frequência violência física (Vincent-Höper et al., 2020). Deste modo, a maior exposição a agressões e violência no trabalho prejudica a saúde mental dos profissionais.

Para além da carga emocional, o trabalho no setor da saúde também pode ser cognitivamente exigente. A prestação de serviços de saúde exige um elevado esforço humano no processamento de informação e exige a necessidade da realização de múltiplas tarefas (EU-OSHA, 2023b). A contratação de profissionais de saúde a condições

precárias é uma realidade no setor, no que diz respeito aos rendimentos, horários e tarefas de trabalho imprevisíveis.

No que respeita às características demográficas, nos profissionais do setor da saúde predominam indivíduos do sexo feminino, acarretando desafios em relação à saúde e ao bem-estar ocupacional, nomeadamente na dualidade entre trabalho e a casa (e.g., maternidade) e as alterações fisiológicas (e.g., menopausa).

No contexto pandémico, as exigências laborais acentuaram-se. No entanto, o impacto da pandemia não está apenas relacionado com o aumento da sobrecarga de trabalho, mas com o receio da contração da COVID-19, bem como da sua disseminação para os seus entes queridos. Nesta fase, os profissionais de saúde viram-se privados de apoio, descanso e de suporte social (Young et al., 2021). A privação do sono, o isolamento da família, o excesso de responsabilidade e a sobrecarga de trabalho, tornaram a saúde mental destes profissionais mais vulnerável (Ornell et al., 2020).

Nesta fase pandémica, os sentimentos de solidão, desorientação, assim como vários estados emocionais negativos como *stress*, *burnout* e depressão estiveram presentes nos profissionais de saúde (Ornell et al., 2020; Santarém Semedo et al., 2023). O estudo desenvolvido por Young et al. (2021) com profissionais de saúde demonstrou que metade dos participantes que integraram a amostra (N=1685) reportaram sintomas psiquiátricos graves.

Adicionalmente, a pandemia acelerou as tendências de digitalização existentes, originando alterações no mundo do trabalho. O teletrabalho e a telemedicina cresceram de forma significativa (Brault et al., 2023), expondo os profissionais de saúde a novas formas de agressão e ao *technostress*, que será explorado mais em diante.

No que respeita à qualidade do serviço, é uma das chaves de sucesso de um serviço ou de uma organização/instituição. Porém, a qualidade dos serviços de saúde é condicionada por fatores internos e externos que afetam os profissionais de saúde. Esses fatores incluem a exposição a situações de risco e condições de trabalho adversas, que podem resultar em desmotivação e diminuição do compromisso dos profissionais com o

trabalho, levando ao desenvolvimento de problemas como o *stress* e o *burnout* (Ornell et al., 2020).

A qualidade de um serviço de saúde deve potenciar o bem-estar dos utentes, considerando o equilíbrio entre os benefícios e as perdas resultantes do processo de cuidados em todas as fases da prestação de serviços de saúde (Donabedian, 1981). Ferreira (1991) considera que na prestação de serviços de saúde deve existir uma componente técnica dos cuidados e uma componente interpessoal, que envolve a parte relacional e humana dos cuidados.

A desmotivação sentida pelos profissionais de saúde pode diminuir a empatia e a dedicação dos profissionais, prejudicando a relação com os utentes e, conseqüentemente, a percepção da qualidade. Além disso, estas condições também têm impacto na eficiência e eficácia dos serviços de saúde, essenciais para a avaliação da qualidade (Bordignon et al., 2021). Deste modo, garantir a saúde mental e o bem-estar dos profissionais de saúde é crucial para manter elevados padrões de qualidade e satisfação dos utentes.

1.4. Stress

1.4.1. Definição de stress

A palavra inglesa *stress* tem origem latina *stringo*, *stringere*, *strinxi*, *strictum*, que significam apertar, comprimir ou delimitar (Brulé & Morgan, 2018). De acordo com a OMS, o *stress* foi apelidado de “Epidemia de Saúde do Século XXI”, sendo considerado um problema de saúde pública e o segundo problema de saúde reportado com mais frequência na Europa (Fink, 2016).

O *stress* está presente ao longo da vida pessoal, social e profissional dos indivíduos (Brulé & Morgan, 2018), dado que se vivem tempos de exigências. Segundo Lu et al. (2021), o *stress* é uma pressão a nível psicológico que afeta o sistema do indivíduo e que pode ter origem na área fisiológica, social ou psicológica. Deste modo, o *stress* persiste perante a incapacidade do ser humano reagir a determinados acontecimentos, nomeadamente a competências profissionais e familiares, a questões económicas, entre outras (Baye et al., 2020).

O fisiologista francês Claude Bernard foi quem definiu pela primeira vez o *stress* como a ocorrência de possíveis consequências de ordem disfuncional provocadas por um desequilíbrio do organismo (Lu et al., 2021). Em 1976, o médico Hans Selye deu um enorme contributo para o *stress*, referindo que este consistia em representar os efeitos dos agentes que ameaçam de forma séria o organismo dos indivíduos, podendo ser de natureza física, psicológica e social, tais como a exposição prolongada a ruídos intensos, a existência de conflitos interpessoais (Lu et al., 2021). Ou seja, o *stress* corresponde a todas as situações que exijam uma nova adaptação por parte do indivíduo.

O modelo explicativo da reação do organismo face a acontecimentos que são encarados como perturbadores, designado por Síndrome Geral de Adaptação (SGA), foi desenvolvido pelo médico Selye e decorre em três fases: (1) Reação de alarme, que corresponde a uma resposta a nível psicológico e fisiológico aos estímulos desconhecidos para o organismo; (2) Resistência, nesta fase o organismo tenta lidar com o *stress* e procura restabelecer o equilíbrio, através da adaptação e da neutralização da reação de alarme e (3) Exaustão, que ocorre quando a reação de alarme é intensa, o que por sua vez conduz a uma persistência do *stress* (Robinson, 2018).

Existem duas subdivisões do *stress* que permitem diferenciar o *stress* negativo do positivo, sendo estes o *distress* e o *eustress*, respetivamente (Azevedo et al., 2017). O *distress* é um stress desagradável e disfuncional, ou seja, é associado a emoções negativas, sendo visto como prejudicial e nocivo para o indivíduo (Varela et al., 2017). Este termo diz respeito ao momento em que o indivíduo é incapaz de mobilizar os seus recursos face às exigências (Pereira & Queirós, 2021). As respostas fisiológicas ao *distress* libertam cortisol, o que gera respostas comportamentais negativas, que interferem na qualidade de vida do indivíduo e na sua adaptação aos vários contextos (Azevedo et al., 2017). Contrariamente, o *eustress* associa-se a emoções positivas, apresentando benefícios para o indivíduo. Por sua vez, permite que o mesmo se mantenha motivado e interessado na sua vida pessoal e profissional (Azevedo et al., 2017; Varela et al., 2017).

A vida profissional dos indivíduos é uma das principais fontes de *stress*, por isso, o *stress* ocupacional revela-se como um problema comum e dispendioso nos locais de trabalho (Schönfeld et al., 2017).

O *stress* ocupacional afeta 40 milhões de profissionais na Europa e é responsável por aproximadamente 50 a 60% de todos os dias de trabalho perdidos, o que resulta no aumento substancial dos custos organizacionais e em prejuízos para os trabalhadores (EU-OSHA, 2023b). Durante a pandemia, esta temática tornou-se particularmente importante, dado que os profissionais de saúde estavam na linha da frente, enfrentaram uma elevada exposição ao *stress* ocupacional, um risco significativo de impactos negativos para a saúde (Pereira et al., 2022).

Existem diversos modelos teóricos explicativos do *stress* ocupacional, entre os quais o Modelo das Exigências-Controlo de Karasek (JD-C), que relaciona duas dimensões: as exigências psicológicas do trabalho e o controlo que os profissionais têm sobre o seu trabalho (Chambel et al., 2020). De acordo com este modelo, a fonte de *stress* ocupacional está nas exigências da tarefa a ser desempenhada pelo trabalhador e o controlo que este dispõe para enfrentar essas mesmas exigências (Schaufeli, 2017).

1.4.2. *Consequências do stress*

A exposição constante dos profissionais ao *stress* diminui a qualidade da prestação de serviços (Barros et al., 2022), contribuindo para a deterioração da saúde física e mental. No que respeita a nível físico poderão ocorrer sintomas como dores de cabeça, dores musculares, oscilações de peso, obstipação, palpitações cardíacas, aumento da tensão arterial, entre outros (Pereira et al., 2023). De acordo com o mesmo autor, o nível psicológico, a exposição ao *stress* poderá provocar insónia, depressão e ansiedade. Em caso extremo, o *stress* prolongado pode desenvolver perturbações psiquiátricas, resultando em sentimentos de apatia (Hespanhol, 2005). Além disso, o *stress* laboral, está associado a longas horas de trabalho e, conseqüentemente às suas exigências, pode significar um aumento de 35% no risco de sofrer um ataque cardíaco, 17% no risco de morrer com complicações cardíacas e, ainda, 35% de diagnóstico de doença física (OPP, 2023). Em termos comportamentais é frequente a manifestação de tiques nervosos, cansaço crónico, diminuição da eficácia nos locais de trabalho, consumo excessivo de álcool e de tabaco, aumento da indecisão, entre outros (Lu et al., 2021).

Além das consequências ao nível da saúde dos trabalhadores e da sua produtividade, os riscos psicossociais têm um impacto negativo para as organizações,

uma vez que esta exposição aos riscos pode resultar em perdas de produção e num aumento dos custos, provocado pelo absentismo (Niedhammer et al., 2021). A diminuição da produtividade causada pelo absentismo e pelo presentismo, que por sua vez resultam do *stress* e de problemas de saúde pode ter consequências visíveis na economia (Niedhammer et al., 2021). Em termos económicos, a perda de produtividade das empresas decorrente do absentismo e do presentismo em Portugal tem um custo de 5,3 mil milhões de euros em 2022, sendo que o valor em 2020 era de 3,2 mil milhões (OPP, 2023).

1.4.3. Principais Fontes de stress nos Profissionais de Saúde

Os profissionais de saúde são confrontados com várias situações que provocam *stress*, acarretando várias consequências prejudiciais para os trabalhadores, nomeadamente para a sua saúde mental (Neto et al., 2020).

Em conformidade com o Modelo Transacional do *Stress* de Folkman e Lazarus (1985), os eventos indutores de *stress* no ser humano podem ser de diversas naturezas, incluindo psicológica, física ou social, externa ou interna ao indivíduo. A repercussão que a situação de *stress* tem sobre o indivíduo depende de três fatores importantes: a forma como o indivíduo avalia a situação, a perceção de ter ou não controlo sobre a mesma e o apoio social que o indivíduo dispõe (Phillips-Wren & Adya, 2020).

As variáveis individuais referem-se às características individuais do indivíduo, tais como o sexo, a idade, o estado civil, número de filhos, entre outras, e que podem afetar o indivíduo e a maneira como este constrói e idealiza as perceções sobre o ambiente ao seu redor. Os profissionais com menos idade e, por consequência com menos experiência, têm uma maior probabilidade de apresentarem níveis de exaustão e de *stress* mais elevados comparativamente com os profissionais com mais idade e mais experiência profissional (Liu et al., 2021). Uma explicação possível é a falta de maturidade no ambiente profissional, de forma a encontrarem a estratégia de *coping* mais adequada para ultrapassar uma situação menos favorável (Lu et al., 2021). Além disso, também está associado às elevadas expectativas relativamente ao contexto profissional.

Adicionalmente, a personalidade de cada indivíduo e a forma como cada um avalia cognitivamente as situações e se relaciona com os colegas interferem na mediação do *stress* (Rego et al., 2015). Posto isto, se os indivíduos não estabelecerem relações de trabalho positivas e satisfatórias, podem experienciar impactos negativos, que resultam em episódios de tensão e *stress* que persistem ao longo do tempo (Phillips-Wren & Adya, 2020).

Por sua vez, as fontes de *stress* de ordem externa relacionam-se com as exigências com que os indivíduos se deparam no seu local de trabalho, referidas anteriormente. Os fatores organizacionais, incluindo as condições físicas do local de trabalho, tais como o espaço físico, a iluminação, a temperatura ambiente, a ventilação e o ruído, podem ser encarados de forma negativa, desencadeando *stress* e impactando o desempenho laboral do indivíduo (Rego et al., 2015).

Ainda no âmbito do local de trabalho, a globalização, os avanços tecnológicos e a pandemia da COVID-19 têm desencadeado novas fontes de *stress* através do teletrabalho e da telemedicina. O teletrabalho consiste no trabalho realizado pelos membros de uma organização durante o seu horário normal de trabalho fora do seu local de trabalho principal, utilizando as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), para interagir com outras pessoas no desempenho das suas tarefas (Lucena et al., 2021). No âmbito do setor da saúde, exemplos do teletrabalho são as consultas telefónicas entre médicos e pacientes ou reuniões de pessoal *online*. Embora, as novas tecnologias ofereçam benefícios aos profissionais de saúde, estas também podem traduzir-se em novos riscos psicossociais entre os profissionais de saúde podendo conduzir ao *technostress* ou à sobrecarga tecnológica (Califf et al., 2020).

O *technostress* consiste num mal-estar na adaptação provocado pela dificuldade em lidar de maneira saudável com as novas tecnologias informáticas (Dragano & Lunau, 2020). Assim, o *technostress* é processo que envolve a presença de um ambiente tecnológico, visto como exigente para o indivíduo, exigindo a implementação de uma mudança e ativando mecanismos de enfrentamento que se traduzem em respostas físicas, psicológicas, comportamentais e organizacionais e moderam o nível em que se vivencia o *technostress* (Marrinhas et al., 2023). Quanto aos sintomas físicos, podem incluir-se a fadiga ocular, o aumento da frequência cardíaca, distúrbios cardiovasculares e distúrbios do sono, por exemplo (Nisafani et al., 2020). Os psicológicos dizem respeito à falta de

concentração, irritabilidade, depressão, apatia, raiva, ansiedade (Bondanini et al., 2020). Já as causas do *stress* tecnológico incluem a sobrecarga de informação e comunicação, conectividade permanente, dependência tecnológica, conflito entre o trabalho e a vida pessoal, falhas no sistema e problemas relacionados com a segurança (Nisafani et al., 2020).

1.4.4. Estratégias de gestão de stress

Folkman e Lazarus (1985) definiram *coping* como o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais que o indivíduo utiliza e desenvolve para enfrentar as exigências, sejam elas internas ou externas, existentes no seu contexto, bem como as reações emocionais que delas resultam. Assim, este processo indica que, ao serem expostos a situações de *stress*, os indivíduos iniciam um processo de avaliação no qual analisam se estas situações representam ou não uma ameaça para o seu bem-estar. Esta avaliação pode variar consoante o tempo (Dias & Pais-Ribeiro, 2019). Posteriormente, as estratégias ou respostas adotadas são vistas como esforços mobilizados pelos indivíduos, na tentativa de lidarem com as exigências.

O *coping* pode ser compreendido através de duas estratégias: estratégias com foco no problema (abordagem instrumental) e as estratégias centradas na emoção (abordagem paliativa) (Folkman & Lazarus, 1985). Primeiramente, as estratégias focadas no problema focam-se na mudança de atitudes para a redução do *stress*. Incluem técnicas como o controlo do tempo, treinos de comunicação e estratégias de redução de problemas. Trata-se de uma estratégia recomendada, já que elimina por completo a origem do desconforto, prevenindo que este evolua para uma situação negativa e desagradável para o bem-estar e saúde do indivíduo. Por outro lado, as estratégias centradas na emoção dizem respeito aos processos cognitivos que visam regular o estado emocional, por meio de forças que possibilitam o indivíduo de agir e pensar de maneira mais eficiente. Isto é, visam obter a diminuição da ansiedade, angústia ou aflição emocional provocada pelo *stress*, incluindo estratégias como o relaxamento e o pensamento positivo.

Autores como Aliante e Abacar (2020) consideram que existem três tipos de intervenções sobre o *stress*, as primárias, secundárias e as terciárias. A primária está orientada para a organização, de forma eliminar ou reduzir os agentes e fontes causadores de *stress*, nomeadamente através da otimização do ambiente de trabalho, em termos de

luz, espaço e ruído. As intervenções secundárias dirigem-se a um nível individual e visam potenciar as capacidades de o indivíduo reagir e reconhecer o *stress*, através de técnicas de relaxamento e de *mindfulness* e a a prática de exercício físico. Por último, as terciárias assumem uma perspetiva de tratamento e não de prevenção, isto é, visam resolver problemas de saúde dos profissionais. As intervenções terciárias passam por programas de assistência e de apoio aos profissionais, onde estes são acompanhados e aconselhados sobre como lidar com o *stress*. Além disso, as intervenções pretendem auxiliar no diagnóstico de outros potenciais problemas e efeitos negativos, nomeadamente no meio familiar (Pereira & Queirós, 2021).

1.5. *Burnout*

1.5.1. Definição e conceptualização histórica do burnout

O termo *burnout* deriva da língua inglesa e simboliza “queimar até à exaustão” (Marôco et al., 2016). Na década de 70, nos Estados Unidos da América, o *burnout* estava relacionado ao trabalho em serviços humanos e estava identificado como um problema social (Maslach et al., 2001; Schaufeli et al., 2009). O psicanalista Herber Freudenberger introduziu este termo na literatura científica pela primeira vez (Freudenberger, 1989). Os primeiros estudos de Freudenberger sobre o *burnout* basearam-se na observação de um esgotamento emocional de forma gradual, que estava alinhado com a perda de motivação, incentivo e empenho dos voluntários. Assim, segundo Freudenberger, o *burnout* constitui-se como uma síndrome que é caracterizada pelo esgotamento emocional e físico, resultante da exaustão dos recursos e energia no momento de realizar tarefas (Freudenberger, 1989).

Posteriormente, Christina Maslach realizou uma pesquisa com indivíduos do setor da saúde e dos serviços humanos, constatando que estes experienciavam um cansaço emocional profundo e desenvolviam perceções e sentimentos negativos em relação aos seus clientes e doentes (Maslach, 1998). De acordo com Maslach e Jackson (1981), o *burnout* foi definido como um estado de exaustão física, emocional e mental, resultante da exposição prolongada a situações de grande exigência emocional nos locais de trabalho. Por sua vez, estas exigências são geralmente causadas por uma junção de expectativas extremamente elevadas (Maslach & Jackson, 1981).

Em 1981 foi criado um instrumento com propriedades psicométricas de forma a medir o nível de esgotamento profissional- o *Maslach Burnout Inventory* (MBI). O MBI marcou um ponto de viragem na investigação do *burnout*, uma vez que se passou a medir o estado mental em diferentes populações e profissões. O MBI avalia três dimensões: a exaustão emocional, a despersonalização e a diminuição da realização pessoal (Maslach et al., 2001). A exaustão emocional diz respeito a sentimentos de cansaço e a uma tensão emocional (Maslach & Leiter, 2017). Por sua vez, a despersonalização está relacionada a uma atitude negativa e distante para com o trabalho e para com os colegas, adotando comportamentos impessoais e cínicos. A diminuição da realização profissional, ou ineficácia caracteriza-se por sentimentos de desmotivação, incompetência e ausência de sucessos no trabalho (Maslach & Leiter, 2017). Perante estes sentimentos, novas tarefas podem ser encaradas como excessivamente exigentes, e o indivíduo acaba por criar uma imagem negativa de si mesmo.

Outros autores que também têm investigado esta área, como Schaufeli e Taris (2005) consideram que o *burnout* é a combinação da incapacidade e da relutância em não despendar mais o esforço necessário no trabalho para a conclusão adequada da tarefa. Esta incapacidade do indivíduo reflete-se na falta de energia e na falta de vontade. Assim, o *stress* resultante deste desequilíbrio desenvolve-se progressivamente, sendo que a forma como o indivíduo encara o *stress* é um fator determinante para o desenvolvimento ou não de *burnout* (Schaufeli & Enzmann, 1998).

A OMS define *burnout* como uma síndrome que resulta do *stress* crónico no trabalho e supera a capacidade de adaptação do indivíduo, sendo caracterizada pela exaustão, falta de energia, distanciamento mental, sentimentos negativos ou de cinismo em relação ao trabalho (OMS, 2019). Em 2019, o *burnout* foi integrado, pela OMS, na Classificação Internacional de Doenças, 11ª revisão (CID-11), como doença ocupacional (OMS, 2019).

Face ao exposto, a síndrome de *burnout* é um problema social grave e de saúde pública, já que impacta não só a saúde e o bem-estar do próprio indivíduo, mas também a sociedade e as organizações. Por sua vez, o desenvolvimento de problemas de saúde psicológica provocado por um local de trabalho com níveis de *stress* consideráveis, pode resultar num ambiente menos saudável (OPP, 2023).

Num estudo levado a cabo pela Escola Nacional de Saúde Pública em 2020, em Portugal, evidenciou que quase três em cada quatro dos profissionais de saúde (72,2%) apresentaram níveis médios ou elevados de exaustão emocional e resultados idênticos de *burnout* (Escola Nacional de Saúde Pública, 2020). Posteriormente, num estudo conduzido pelo Conselho Nacional do Médico Interno (2023), indicou que 24,7% dos inquiridos reportaram sintomatologia grave de *burnout*, enquanto 55,3% apresentaram risco de desenvolver *burnout*.

1.5.2. Dimensões do *burnout*

Atendendo às diversas perspetivas desenvolvidas sobre o conceito de *burnout*, existem vários instrumentos que medem as suas dimensões. O MBI é um dos instrumentos mais usados, porém Schaufeli e outros colaboradores (2020) apontaram críticas ao MBI, tais como: o questionamento da evidência de validade das dimensões constituintes do *burnout*; a falta de valores de corte clinicamente estabelecidos; a falta de amostras representativas e nacionais para fundamentar as suas normas estatísticas; as limitações da sua usabilidade prática e a dimensionalidade inconsistente também nos estudos transnacionais sobre MBI. Face ao exposto, desenvolveu-se um instrumento alternativo para avaliar o *burnout* e ultrapassar as falhas mencionadas - o *Burnout Assessment Tool* (BAT). De acordo com o BAT, o *burnout* assume-se como uma síndrome avaliada por sintomas centrais (exaustão, distanciamento mental, comprometimento emocional e comprometimento cognitivo) e sintomas secundários (angústia psicológica e queixas psicossomáticas), que podem estar associados ao humor deprimido e outras comorbilidades (Schaufeli et al., 2020).

Quanto aos sintomas centrais, a exaustão é o mais evidente e caracteriza-se por uma perda significativa de energia, resultando em sentimentos de exaustão tanto física como psicológica. No distanciamento mental, o indivíduo afasta-se psicologicamente do trabalho caracterizando-se a relação pelo cinismo, funcionamento em piloto automático, aversão e relutância ao trabalho. A deterioração cognitiva refere-se à redução da capacidade funcional para regular adequadamente os processos cognitivos, tais como a memória, atenção e concentração. A deterioração emocional manifesta-se através da diminuição da capacidade de regular adequadamente os processos emocionais, nomeadamente a tristeza ou raiva. No que concerne aos sintomas secundários, a angústia

psicológica diz respeito à ausência de experiências prazerosas e um humor disfórico. As queixas psicossomáticas são sintomas físicos que não podem ser explicados por uma condição física subjacente, sendo frequentemente amplificados ou originados por problemas psicológicos (Schaufeli et al., 2020; Schaufeli & Taris, 2005).

De acordo com a Teoria *Job Demands Resources Model* (JD-R), o desgaste de energia que caracteriza o *burnout* reflete-se na perda severa da força laboral do indivíduo, na sua prática profissional (Demerouti et al., 2001). Em seguida, o *burnout* desencadeia-se através da exaustão comprometendo a regulação dos processos cognitivos e emocionais, sendo percebido pelo indivíduo como uma sensação de desajuste ou perda do controlo nessas áreas (Schaufeli et al., 2020). Para se proteger e prevenir um esgotamento maior, o indivíduo adota um distanciamento mental, desenvolvendo atitudes cínicas e de indiferença perante o trabalho. No entanto, este distanciamento emocional resulta numa auto-sabotagem, aumentando o *stress*, a exaustão e reduz a capacidade de controlar as emoções e cognições de forma eficaz (Schaufeli et al., 2020). De acordo com a ideia central da Teoria JD-R as condições de trabalho podem geralmente ser classificadas como exigências de trabalho ou recursos de trabalho, e estas características de trabalho contribuirão para o esgotamento e o envolvimento no trabalho (Demerouti et al., 2001).

1.5.3. Consequências do *burnout*

Os profissionais do setor da saúde têm apresentado níveis superiores de *burnout* em comparação com os outros setores de atividade (Zubairi & Noordin, 2016). À semelhança do que se verificou com os níveis de *stress* registados pelos profissionais de saúde ao longo da pandemia COVID-19, os níveis de *burnout* também sofreram um aumento nestes profissionais (Mangas et al., 2022).

Os profissionais de saúde vivenciam situações particulares do seu trabalho que promovem o desenvolvimento do *burnout*. A dificuldade em equilibrar a esfera pessoal e familiar com a esfera profissional, devido às extensas horas de trabalho, ao trabalho por turnos e às mudanças repentinas nos mesmos, surge como um fator associado ao desenvolvimento de *burnout* nestes profissionais (Duarte et al., 2020). Associado às longas jornadas de trabalho, surgem o contacto direto com os doentes, a tomada de decisões sob pressão e a dificuldade em lidar com o sofrimento e morte dos pacientes

(Baldonado et al., 2018). Adicionalmente, a falta de recursos existente, a falta de pessoal por envelhecimento ou questões médicas e as más condições no local de trabalho são fatores que contribuem para a pressão e o desequilíbrio entre as tarefas e os recursos disponíveis (Marôco et al., 2016). Estes fatores, por sua vez, promovem o *burnout*.

O *burnout* constitui-se como um dos problemas mais prevalentes nos cuidados de saúde atualmente, tendo consequências quer a nível individual, quer a nível organizacional (Patel et al., 2018). Neste sentido, o *burnout* pode manifestar-se em sintomas fisiológicos, comportamentais, psicológicos e clínicos (García-Campayo et al., 2016).

Em termos físicos, os indivíduos que experienciem *burnout* apresentam sinais de cansaço extremo, dores osteoarticulares, cefaleias e enxaquecas, disfunção sexual, alterações menstruais, alterações gastrointestinais (e.g., náuseas, vômitos, diarreia e gastrites) alterações ao nível do apetite, patologias cardiovasculares, palpitações, hipertensão, dislipidemia, diabetes *mellitus* tipo 2 e perturbações do sono (insónia) (García-Campayo et al., 2016). Em termos emocionais regista-se uma redução na atenção e na concentração, modificação na memória, desânimo, baixa autoestima, instabilidade emocional, desconfiança, solidão e sentimento de impotência (Macaron et al., 2023). A irritabilidade, o acréscimo da agressividade, a dificuldade em relaxar, a perda da iniciativa, a negligência, consumo excessivo de café, álcool, tabaco e drogas e o aumento das taxas suicídio são consequências do *burnout* a um nível comportamental (García-Campayo et al., 2016).

Em termos organizacionais, esta síndrome surge associada à redução da produção, do trabalho produtivo e ao aumento de acidentes ocupacionais que podem acarretar prejuízos a nível financeiro para as organizações (Macaron et al., 2023). Para além do *burnout* afetar a saúde dos profissionais, afeta também o seu desempenho e o funcionamento de todo o sistema de saúde, nomeadamente através do aumento do risco de erros médicos. Além disso, níveis mais elevados de *burnout* encontram-se associados a uma maior insatisfação dos doentes e a um aumento das queixas dos doentes e familiares (Izdebski et al., 2023). Além disso, o esgotamento dos profissionais de saúde conduz a uma reforma precoce, que por sua vez pode atrasar ou mesmo impedir o acesso dos pacientes aos profissionais mais experientes e prolongar o tempo de espera pelo tratamento (Izdebski et al., 2023).

Nesse sentido, torna-se essencial adotar estratégias para reduzir os efeitos prejudiciais para o indivíduo e para a organização. Adicionalmente, é fulcral a adoção de medidas preventivas no contexto laboral que diminuam a incidência de *burnout* nos profissionais de saúde, melhorem o seu bem-estar físico e psicológico e potenciem a qualidade do serviço prestado (Marôco et al., 2016).

1.6. Medidas e Estratégias de Promoção e Prevenção da Saúde Mental

A prevenção e a promoção da saúde mental nos profissionais de saúde assumem um papel importante na produtividade dos profissionais, no bem-estar, na satisfação e na melhoria da qualidade de vida em contexto laboral (Pereira et al., 2023). Ao nível organizacional, os benefícios verificam-se na qualidade dos serviços prestados e no desempenho dos colaboradores, no aumento da produtividade e da inovação, como também na diminuição do presentismo, absentismo e nos custos com saúde, da rotatividade dos profissionais e dos conflitos laborais (Direção Geral da Saúde, 2021).

Apesar da existência de um quadro legal europeu para a Segurança e Saúde no Trabalho - a chamada Diretiva-Quadro (Directiva 89/391/CEE) que regula a segurança e a saúde de todos os trabalhadores europeus, o investimento na gestão dos riscos psicossociais não é idêntico e uniforme em todos os países da União Europeia (Pereira et al., 2023). Neste sentido, o investimento crescente na avaliação e na prevenção dos riscos psicossociais em Portugal é ainda escasso.

Uma das possíveis estratégias a adotar passa pela sensibilização dos gestores, trabalhadores, sindicatos e comissões de trabalhadores para o impacto tanto na saúde mental e física dos trabalhadores, como também no impacto financeiro que problemas como o *stress* e o *burnout* podem ter a nível organizacional (Direção Geral da Saúde, 2021). Assim, é prioritário a prevenção destes riscos num panorama nacional.

Cabe aos gestores a criação de condições, de forma a que os locais de trabalho sejam saudáveis, nomeadamente através da construção de um ambiente de trabalho em que a saúde, a segurança e o bem-estar de todos seja uma prioridade (Direção Geral da Saúde, 2021; Hinse & Mathieu, 2023). Nesse sentido, os líderes devem promover uma cultura organizacional que valorize a saúde mental dos profissionais, como por exemplo

facilitar a flexibilidade de trabalho, apostar na formação contínua dos profissionais através de programas sobre apoio psicológico e de identificação e gestão do *stress* (Blanton, 2023). Assim, uma cultura organizacional que promova e incite a abertura e o apoio aos trabalhadores quando estes necessitam de ajuda, é essencial para o estabelecimento da segurança psicológica e do bem-estar dos profissionais a longo prazo (Kunzler et al., 2022). Estes tipos de iniciativas podem incluir *check-ins* regulares de saúde mental, acesso consultas de acompanhamento psicológico e a criação de redes de apoio entre pares, por exemplo (Maglalang et al., 2021).

Existem ainda medidas protetoras do *stress* e do *burnout* que passam pela realização de intervalos regulares (e.g., entre as refeições e o descanso), bem como pela reestruturação dos horários (Bakker & Costa, 2014), através da criação de horários de trabalho flexíveis, dado que a flexibilidade laboral parece ter impacto na atenuação dos efeitos negativos do *burnout* nos profissionais de saúde (Maglalang et al., 2021).

A eficácia da prevenção e da promoção da saúde mental nos locais de trabalho só é possível por meio de uma abordagem multifatorial, ou seja, por meio de medidas preventivas a toda a organização e medidas de carácter individual (De Hert, 2020). A prática do autocuidado desempenha um papel essencial na promoção da saúde física e mental dos profissionais de saúde, nomeadamente através da participação consciente em comportamentos que mantêm e promovem bem-estar físico, emocional e psicológico (Pereira et al., 2023), tal como o *mindfulness* e a prática de atividade física. Alguns autores verificaram os efeitos benéficos registados através da prática de atividade física no absentismo, desempenho e produtividade dos trabalhadores (Grimani et al., 2019). Assim, a adoção de um estilo de vida saudável e a pratica regular de exercícios de *mindfulness* assumem-se estratégias de prevenção.

Adicionalmente, a formação contínua de cada trabalhador é uma mais-valia e uma estratégia de prevenção de situações de *stress* e para o desenvolvimento do *burnout* (Morgantini et al., 2020). Em contrapartida, a integração de formação em programas de resiliência e de gestão de *stress* nos planos de estudo de profissionais de saúde é uma consideração política fundamental, na medida em que os futuros profissionais podem desenvolver competências de resiliência no início da sua carreira (Morgantini et al., 2020) e assim tornam-se profissionais mais capazes.

Neste sentido, a promoção da resiliência e a gestão eficaz do *stress* nos profissionais de saúde não se limitam à formação individual, mas também passam pela organização dos serviços onde estes atuam, nomeadamente nos cuidados de saúde primários.

Os cuidados de saúde primários dizem respeito ao primeiro contacto da população com o SNS, sendo a sua missão aproximar os serviços de saúde aos locais onde os indivíduos vivem e trabalham (Teixeira et al., 2016). Assim, estes cuidados desempenham funções importantes na promoção da saúde, prevenção de doenças, prestação de cuidados na doença e na continuidade no acompanhamento de coordenação com outros serviços de saúde (OMS, 2023). Deste modo, apostar na promoção dos cuidados primários é essencial para distribuir a carga de trabalho de forma mais equilibrada, evitar a sobrecarga nos hospitais e melhorar a qualidade do serviço prestado (OMS, 2023). Adicionalmente, ao investir na promoção e qualificação dos cuidados primários, é possível prevenir o *burnout* e o *stress* nos profissionais de saúde.

Por fim, destaca-se também o papel dos psicólogos não só na avaliação e prevenção, como também na promoção e construção de locais de trabalho saudáveis.

Face ao exposto, o presente estudo teve como principal objetivo analisar os níveis de *stress* e de *burnout* nos profissionais de saúde em contexto hospitalar.

2. Método

A presente investigação utilizou um desenho quantitativo correlacional de corte transversal.

De forma a alcançar o objetivo geral foram delineados objetivos específicos, mais especificamente:

- avaliar os níveis de *burnout* nos profissionais de saúde;
- avaliar os níveis de *distress* nos profissionais de saúde;
- estudar a relação entre o *burnout/ distress* e a qualidade de serviço prestado pelos profissionais de saúde;
- analisar se os níveis de *burnout e distress* variam em função das características socioprofissionais e demográficas dos participantes.

2.1. Participantes

A amostra global do presente estudo inclui 313 indivíduos, distribuídos entre dois grupos e tomou como critério de inclusão serem profissionais ativos do setor da saúde. A amostra do grupo de profissionais do setor privado é constituída por 206 indivíduos de ambos os géneros, havendo a predominância do género feminino (79.1%), sendo a maioria integrada na faixa etária dos 30 aos 49 anos (Tabela 1).

Quanto ao estado civil, 30.1% são solteiros, 63.1% casados/união de facto e 6.8% divorciados /viúvos. As habilitações da amostra global correspondem ao Ensino Básico 3.4%, Ensino Secundário 40.3% e Ensino Superior 56.3%.

Tabela 1

Características sociodemográficas dos profissionais do setor privado

		N	%
Género	Masculino	43	20.9%
	Feminino	163	79.1%
Faixa etária	< 20-29 anos	24	11.7%
	30-39 anos	72	35%
	40-49 anos	70	34%
	50-59 anos	26	12.5%
	60 ou mais anos	14	6.8%
Estado Civil	Solteiro(a)	62	30.1%
	Casado(a)	90	43.7%

União de facto	40	19.4%
Divorciado(a)	12	5.8%
Viúvo(a)	2	1%

A amostra do grupo de profissionais do setor público (Amostra 2) é composta por 107 indivíduos de ambos os géneros, com o sexo feminino a compor 57% da amostra, sendo a maioria integrada na faixa etária dos 30 aos 49 anos (Tabela 3).

Quanto ao estado civil, 33.6% são solteiros, 51.4% casados/união de facto, 14% divorciados e .9% viúvos. As habilitações da amostra global correspondem ao Ensino Básico .9%, Ensino Secundário 10.3% e Ensino Superior 88.8 %.

Tabela 2
Características sociodemográficas dos profissionais do setor público

		N	%
Género	Masculino	46	43%
	Feminino	61	57%
Faixa etária	< 20-29 anos	15	14%
	30-39 anos	38	35.5%
	40-49 anos	29	27.1%
	50-59 anos	20	18.7%
	60 ou mais anos	5	4.7%
Estado Civil	Solteiro(a)	36	33.6%
	Casado(a)	36	33.6%
	União de facto	19	17.8%
	Divorciado(a)	15	14%
	Viúvo(a)	1	.9%

2.2. Instrumentos

No que diz respeito aos instrumentos de avaliação foram utilizados, para além do questionário sóciodemográfico e de características de contexto de trabalho, dois instrumentos de avaliação: o BAT e o K10.

2.2.1. *Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes*

Para a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes foi elaborado um breve questionário com itens referentes ao género, idade, estado civil, filhos, habilitações académicas, anos de serviço, trabalho por turnos, horas diárias, tipo de vínculo, atestado médico por exaustão, cansaço ou stress, distância entre o local de trabalho e a sua residência, satisfação no trabalho e prática de atividade física.

2.2.2. *Burnout Assessment Tool (BAT)*

O BAT, *Burnout Assessment Tool*, desenvolvido Schaufeli e colaboradores (2020), possui versão portuguesa (Sinval et al., 2022) e é utilizado para medir os níveis de *burnout*. Foi recentemente desenvolvido como uma alternativa ao *Maslach Burnout Inventory* (MBI), uma vez que várias limitações conceptuais, técnicas e práticas foram apontadas (Schaufeli et al., 2020). O BAT está disponível em duas versões – uma versão geral livre de contexto (para aqueles que não estão a trabalhar atualmente) e uma versão relacionada com o trabalho (utilizada neste estudo) – e inclui 33 itens que compreendem a sintomatologia central/primária, bem como a sintomatologia secundária. Os Sintomas Primários integram as seguintes subescalas: Exaustão (8 itens); Distanciamento Mental (5 itens); Dificuldades Cognitivas (5 itens); Dificuldades Emocionais (5 itens). Os Sintomas Secundários integram as Queixas Psicológicas (5 itens) e as Queixas Psicossomáticas (5 itens).

Este instrumento apresenta boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste e, por não medir outro conceito sem ser os sintomas de *burnout*, apresenta validade discriminante (Schaufeli et al., 2020). Neste estudo, o instrumento apresentou uma consistência interna adequada (ver Tabela 3).

Tabela 3

Comparação dos scores alpha de Cronbach entre o estudo original e o presente

	Alpha do Estudo Original (α)	Alpha deste estudo (α)		N de itens
		Estudo 1	Estudo 2	
BAT- E	.92	.918	.838	8
BAT- DM	.91	.873	.754	5
BAT-DC	.92	.785	.701	5
BAT-DE	.90	.857	.705	5

BAT- S	.90	.881	.791	10
--------	-----	------	------	----

Nota. BAT-E= exaustão; BAT-DM= distanciamento mental; BAT-DC= dificuldades cognitivas; BAT-DE= dificuldades emocionais; BAT-S= sintomatologia secundária.

2.2.3 Escala de Distress Psicológico de Kessler (K10)

O K10, intitulado Escala de *Distress* Psicológico de Kessler - K10, de Kessler et al. (2003) com versão portuguesa de Pereira e outros colaboradores (2019), identifica os níveis de *distress* psicológico, sendo constituído por 10 itens. O K10 avalia a frequência de sintomas de desconforto psicológico nos últimos 30 dias. Os resultados mais altos em K10 indicam níveis mais altos de angústia. Os resultados do K10 (*distress* psicológico) foram analisados tendo por base os respetivos pontos de corte (Kessler et al., 2003; Pereira et al., 2019). Assim foram considerados os seguintes níveis: entre 10 e 15 (*distress* baixo) entre 16 e 21 (*distress* moderado) entre 22 e 29 (*distress* elevado) e entre 30 e 50 (*distress* muito elevado).

Os resultados obtidos indicaram que a versão portuguesa do K10 é uma ferramenta confiável para avaliar sintomas não específicos de *distress*, apresentando uma estrutura fatorial robusta. A escala K10 apresentou uma boa consistência interna ($\alpha = .945$ na Amostra 1 e $\alpha = .91$ na Amostra 2).

2.3. Procedimentos

No que se refere aos procedimentos, importa salientar que os questionários para a Amostra 1 foram inseridos no *Limesurvey* e alojados na plataforma da Universidade de Évora, após o protocolo estabelecido entre a Universidade de Évora e a instituição hospitalar privada. Após o seu desenvolvimento, a administração da instituição divulgou por *email* o questionário junto dos seus profissionais, convidando ao registo na plataforma e explicando objetivos. O estudo esteve aberto durante o mês de maio de 2024.

À semelhança dos procedimentos da Amostra 1, os questionários correspondentes ao grupo de profissionais do setor público (Amostra 2) foram inseridos no *Limesurvey* e alojados na plataforma da Universidade de Évora. Após o seu desenvolvimento, o questionário foi disponibilizado em instituições hospitalares públicas, utilizando a técnica de amostragem "bola de neve". Atendendo à Amostra 1, a segunda amostra visa expandir a investigação ao contexto do setor público, permitindo uma comparação mais abrangente

entre os níveis de *stress* e *burnout* em trabalhadores de instituições hospitalares de diferentes naturezas, no privado e no setor público.

O preenchimento do questionário de ambos os estudos foram sempre realizados *online*, através da plataforma *Limesurvey*, de forma voluntária e anónima, demorando cerca de 10 minutos. No ecrã foram apresentados os objetivos do estudo e o consentimento informado, não tendo sido verificada nenhuma recusa de participação.

A participação foi inteiramente voluntária e anónima, sendo que não existiu qualquer risco para o participante, tendo este o direito a recusar participar ou desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo. Os dados recolhidos através da plataforma *LimeSurvey*, fornecida pela Universidade de Évora, foram codificados e analisados quantitativamente, assegurando-se a confidencialidade das respostas, que serão utilizadas unicamente para fins estatísticos e de forma anonimizada. Adicionalmente, os dados recolhidos através dos questionários serão conservados pelo período máximo de 5 anos após submissão do questionário.

O questionário foi aprovado pela equipa RGPD (Regulamento Geral de Proteção de Dados) da Universidade de Évora e cumpre todos os requisitos do Regulamento Europeu de proteção de dados Regulamento (EU) 2016/679, de 27 de abril de 2016 e a Lei 58/2019, de 8 de agosto (LPDP).

2.4. Análise de Dados

Após a recolha dos dados, estes foram extraídos do *LimeSurvey* em formato *Excel*, versão 16.78.3 e depois esse ficheiro foi importado para o *software Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS)*, versão 24.0.

A análise de dados foi realizada utilizando o *software Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS)* versão 24.0. Com este programa procedeu-se aos cálculos de forma a realizar as análises estatísticas descritivas e inferenciais. As análises descritivas envolveram o cálculo das frequências, médias e desvios-padrão das variáveis em estudo.

Foram realizados testes de Kolmogorov–Smirnov para verificar a normalidade da amostra e o alfa de Cronbach para testar a consistência interna dos instrumentos. Além disso, foram realizadas ANOVAs para comparar as médias dentro dos grupos

socioprofissionais. Para testar as associações entre as variáveis, foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson. Discriminou-se $p < .05$ como nível de significância estatística.

3. Resultados

Nesta seção são apresentados os resultados referentes à análise descritiva e inferencial do estudo das variáveis.

No que concerne às características do contexto profissional do grupo referente ao setor privado (Amostra 1), como se pode observar na Tabela 4, realça-se a predominância dos técnicos administrativos (31.1%), seguidas das restantes categorias profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica). Os “serviços gerais e suporte ao negócio” tiveram menor predominância. No que concerne aos anos de serviço salienta-se que os colaboradores com 11 a 20 anos de serviço, representam 34.9%, enquanto o grupo de 31 a 38 anos representa 4.9% da amostra. Cerca de 49% trabalham por turnos e 49.5%, trabalham 8 horas por dia. O vínculo laboral predominante é o de efetivo (77.7%).

Tabela 4

Características do contexto profissional no grupo do setor privado

		N	%
Categoria profissional	Administrativos	64	31.1%
	Auxiliares Operacionais	33	16%
	Enfermeiros	35	17%
	Médicos	31	15%
	Serviços Gerais	12	5.8%
	Suporte ao Negócio	8	3.9%
	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica Técnicos Superiores de Saúde	23	11.2%
Área de trabalho	Bloco Operatório Atendimento Permanente	47	22.8%
	Internamento	23	11.2%
	Ambulatório	68	33%
	Área Administrativa e de suporte	68	33%
Anos de serviço	1 a 5 anos	62	30.1%
	6 a 10 anos	43	20.9%
	11 a 20 anos	72	34.9%
	21 a 30 anos	19	9.2%
	31 a 48 anos	10	4.9%
Trabalho por turnos	Não	105	51%
	Sim	101	49%
Horas de trabalho por dia	< 8 horas	17	8.3%
	8 horas	102	49.5%
	8 a 10 horas	55	26.6%
	10 a 12 horas	23	11.2%
	>12 horas	9	4.4%
Vínculo laboral	Efetivo	160	77.7%
	Contrato Temporário / Termo Certo	17	8.2%
	Outro	29	14.1%

Distância até ao local de trabalho	0-5 km	51	24.8%
	6-10 km	40	19.4%
	11-20 km	56	27.2%
	21-30 km	18	8.7%
	>30 km	41	19.9%

É ainda de referir que 6.8% já alguma vez estiveram de atestado médico por exaustão, cansaço ou stress (Tabela 5).

Tabela 5
Características do bem-estar no grupo do setor privado

	N	%
Esteve de atestado médico por exaustão, cansaço ou stress?	Não	192 93.2%
	Sim	14 6.8%
Pratica Atividade Física?	Não	102 49.5%
	Sim	104 50.5%
Sente que o sua exaustão, cansaço e stress aumentaram com a pandemia COVID-19?	Não	93 45.1%
	Sim	113 54.9%

No que diz respeito ao grupo de profissionais do setor público (Amostra 2), como pode observar-se na Tabela 6, existiu uma predominância de enfermeiros (57%), seguidas das restantes categorias profissionais (médicos, administrativos, assistentes operacionais, técnicos de saúde e técnicos). No que concerne aos anos de serviço, salienta-se que os colaboradores com 21 a 30 anos de serviço, representam 23.4%, enquanto o grupo de 31 a 38 anos representa 15.9% da amostra. Cerca de 33.6% trabalham mais de 12 horas por dia e cerca de 72 % trabalham por turnos. O vínculo laboral predominante é o de efetivo (83.2 %) (Tabela 6).

Em relação à distância da residência dos participantes até ao local de trabalho salientou-se uma predominância da distância de 0 a 5 km, representando 28 % (Tabela 6).

Tabela 6
Características do contexto profissional no grupo do setor público

	N	%
Categoria profissional	Administrativos	15 14%
	Assistentes Operacionais	2 1.9%
	Enfermeiros	61 57%
	Médicos	16 15%
	Técnico de Saúde	10 9.3 %
	Técnico	3 1.9 %
Área de trabalho	Bloco Operatório	11 10.3%
	Internamento	36 33.6%

	Urgência	33	30.8%
	Consulta Externa	23	21.5%
	Hospital de Dia	4	3.7%
Anos de serviço	1 a 5 anos	23	21.5%
	6 a 10 anos	22	20.6%
	11 a 20 anos	20	18.7%
	21 a 30 anos	25	23.4%
	31 a 48 anos	17	15.9%
Trabalho por turnos	Não	30	28%
	Sim	77	72%
Horas de trabalho por dia	8 horas	23	21.5%
	8 a 10 horas	31	29%
	10 a 12 horas	17	15.9%
	>12 horas	36	33.6%
Vínculo laboral	Efetivo	89	83.2%
	Contrato Temporário / Termo Certo	14	13.1%
	Outro	4	3.7%
Distância até ao local de trabalho	0-5 km	30	28%
	6-10 km	25	23.4%
	11-20 km	14	13.1%
	21-30 km	16	15%
	>30 km	22	20.6%

Adicionalmente, 18.7% responderam que já alguma vez estiveram de atestado médico por exaustão, cansaço ou stress (Tabela 7).

Tabela 7

Características do contexto do bem-estar no grupo do setor público

		N	%
Esteve de atestado médico por exaustão, cansaço ou stress?	Não	87	81.3%
	Sim	20	18.7%
Pratica Atividade Física?	Não	55	51.4%
	Sim	52	48.6%
Sente que o sua exaustão, cansaço e stress aumentaram com a pandemia COVID-19?	Não	27	25.2%
	Sim	80	74.8%
No meu trabalho sinto que o <i>stress/ burnout</i> tem impacto na minha prática profissional.	Nunca	0	0%
	Raramente	4	3.7%
	Algumas vezes	45	42.1%
	Frequentemente	30	28%
	Sempre	28	26.2%

Em seguida são apresentados cada indicador do estado psicológico, considerando os seus níveis médios e a categorização em níveis de risco e alerta (BAT - baixo,

moderado, elevado e o K10 - baixo, moderado, elevado e muito elevado), tendo em consideração os pontos de corte existentes na literatura e/ou definidos pela equipa de investigação.

Em relação aos resultados do BAT na interpretação dos valores médios, em ambos os grupos verifica-se uma frequência média de sintomas de *burnout* de forma geral baixa, no entanto evidenciam-se valores elevados no sintoma primário de exaustão, tanto na Amostra 1 (M=2.81; DP=.70), como na Amostra 2 (M=3.19; DP=.94), bem como os valores elevados ao nível dos sintomas secundários, queixas psicológicas, tanto na Amostra 1 (M=2.66; DP=.81), como na Amostra 2 (M=3.04; DP=.69) (Tabela 8).

Tabela 8

Estatísticas descritivas dos indicadores do BAT e K10 no grupo do setor privado e público

	Profissionais do setor privado (N=206)				Profissionais do setor público (N=107)			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Exaustão	1.0	5.0	2.81	.70	1.0	4.75	3.19	.94
Distanciamento mental	1.0	3.8	1.82	.68	1.2	4.0	2.41	.64
Dificuldades Cognitivas	1.0	3.8	2.15	.60	1.2	4.40	2.98	.67
Dificuldades Emocionais	1.0	4.0	1.95	.61	1.4	4.6	2.82	.69
<i>Burnout</i>	1.0	3.83	2.67	.55	1.7	3.92	2.89	.49
Queixas Psicológicas	1.0	4.8	2.66	.81	1.6	4.8	3.04	.69
Queixas Psicossomáticas	1.0	4.2	2.33	.76	1.4	4.4	2.74	.68
Sintomas Secundários	1.0	5.0	2.46	.90	1.5	4.60	2.89	.59
K10	1.0	4.3	1.99	.80	1.4	4.2	2.77	.74

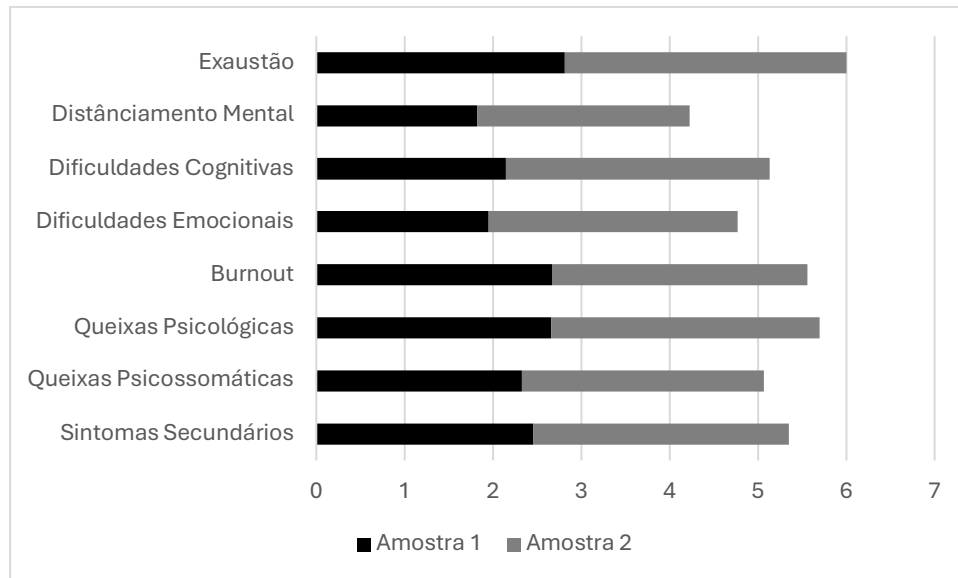
De acordo com valores médios do K10 obtidos, os participantes que exercem funções no setor privado apresentaram valores mais baixos (M=1.99; DP=.80), em comparação com os participantes do setor público (M=2.77; DP=.74).

É ainda de salientar que os valores médios de cada indicador do *burnout* e do *distress* são mais elevados no grupo de profissionais do setor público, face ao grupo de

profissionais que exercem funções numa instituição hospitalar (Figura 1). O indicador de *burnout* geral diz respeito aos valores médios dos sintomas primários e secundários.

Figura 1

Níveis médios para o BAT no grupo do setor privado e do público

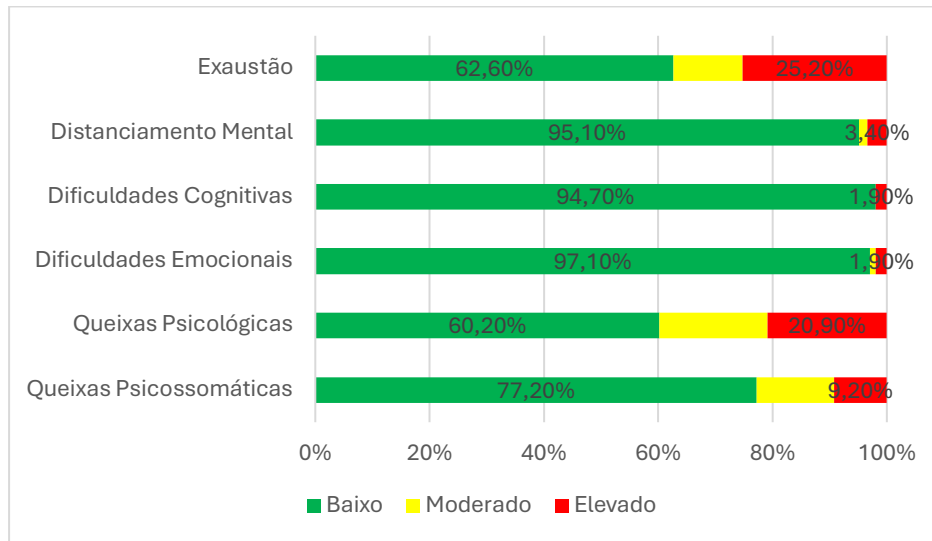


Os resultados do BAT foram analisados tendo por base os respetivos pontos de corte (Schaufeli, De Witte & Desart, 2020). Assim, foram considerados os seguintes níveis para os sintomas primários: entre 1 e 3.05 (baixo), entre 3.06 e 3.30 (moderado) e entre 3.31 e 5 (elevado). No que diz respeito aos sintomas secundários, entre 1 e 2.84 (baixo), entre 2.85 e 3.34 (moderado) e entre 3.35 e 5 (elevado).

No que concerne à interpretação dos resultados e considerando os níveis de sintomas (níveis baixos, moderados e elevados), na Amostra 1, a maior percentagem de respostas enquadra-se em nível baixo de sintomas (Figura 2). Por outro lado, salienta-se os 25.20% e 20.90% dos participantes, cujas repostas nos sintomas de exaustão e queixas psicológicas respetivamente, se enquadram a um nível elevado (Figura 2)

Figura 2

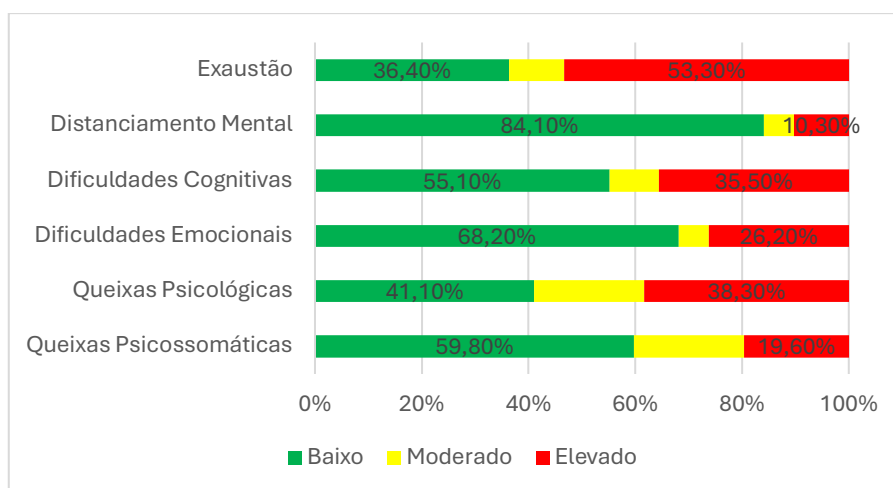
Níveis de sintomas do burnout nos profissionais do setor privado



Em contrapartida, no grupo de profissionais do setor público (Amostra 2), os sintomas de exaustão apresentaram níveis elevados em 53.30% dos participantes, enquanto 38.30% relataram queixas psicológicas e 35.50% indicaram sintomas de dificuldades cognitivas significativas. No entanto, no sintoma de queixas psicossomáticas (59.8%), no distanciamento mental (84.1%) e nas dificuldades emocionais (68.20%), os níveis foram baixos (Figura 3).

Figura 3

Níveis de sintomas do burnout nos profissionais do setor público

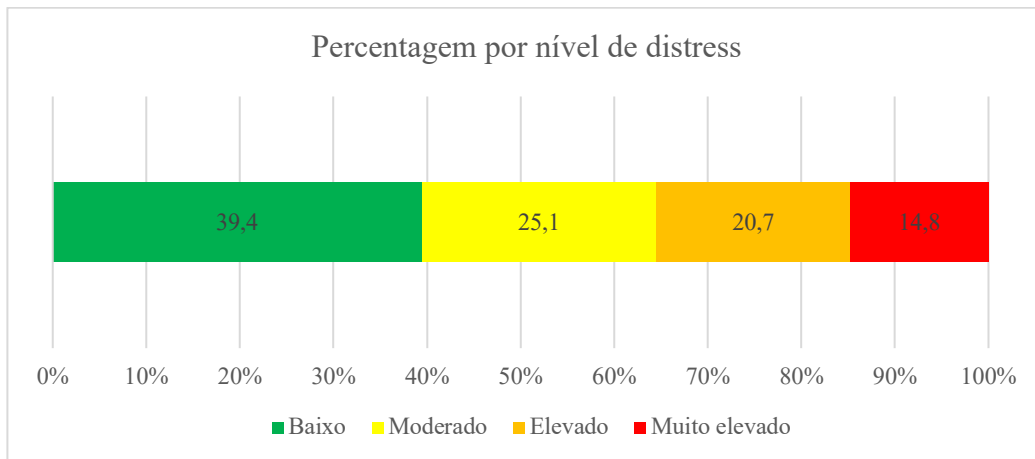


Tendo em consideração os níveis de reporte direto do *distress*, cerca de 39.4% do grupo de profissionais do setor privado reportou níveis ausentes ou baixos, 25.1% níveis

moderados. Vale a pena salientar que 20.7% e 14.8% dos participantes pontuam um nível de *distress* elevado ou muito elevado (Figura 4).

Figura 4

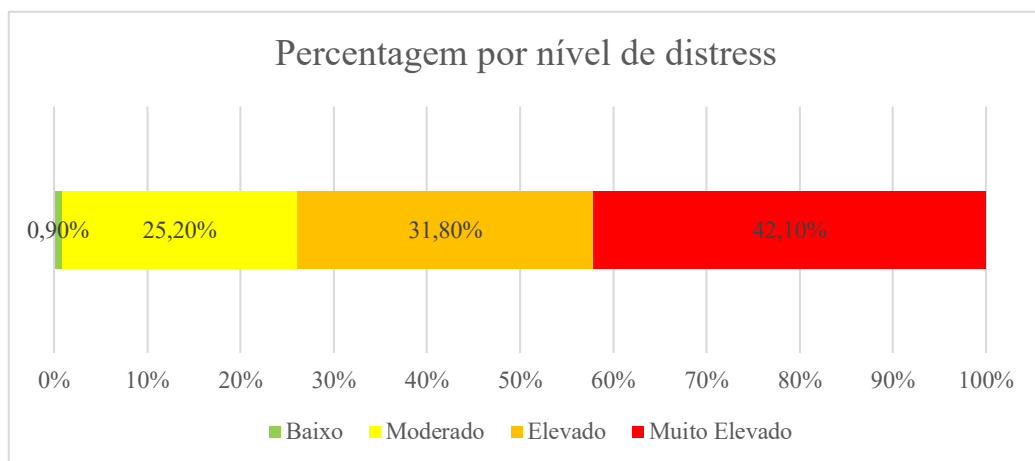
Níveis de reporte direto de distress psicológico no grupo do setor privado



No que diz respeito aos níveis de *distress* do grupo de profissionais do setor público (Amostra 2), os resultados evidenciaram uma disparidade na distribuição, cerca de 42.10% dos participantes pontuaram um nível de *distress* muito elevado e 31.80% elevado (Figura 5). Apenas .90% dos participantes reportaram níveis baixos.

Figura 5

Níveis de reporte direto de distress psicológico no grupo do setor público



À semelhança do que se verificou nos níveis de sintomas de *burnout*, a percepção de *distress* também se mostrou mais acentuada nos participantes da Amostra 2, quando

comparada com a Amostra 1, que incluiu participantes de uma instituição privada hospitalar.

Em seguida são apresentados os resultados referentes à comparação das variáveis, nos profissionais do setor privado (Amostra 1):

No que diz respeito às variáveis globais do *burnout* e do *distress* não se verificaram diferenças estatísticas em função do género.

Em relação à idade verificaram-se diferenças que foram significativas. À medida que a faixa etária aumenta, os níveis médios de sintomas do *burnout* diminuem ($p \leq .000$) sendo o grupo etário até aos 29 anos ($M=2.51$; $DP=.67$), dos 30 aos 39 anos ($M=2.37$; $DP=.55$), dos 40 aos 49 anos ($M=2.25$; $DP=.47$), dos 50 os 59 anos ($M=1.99$; $DP=.41$), e 60 ou mais anos ($M=1.88$; $DP=.55$). Verifica-se a mesma tendência em relação ao *distress*, quanto maior o nível etário menor os níveis de *distress* ($p \leq .000$).

Quanto aos anos de serviço verifica-se o mesmo, isto é, quanto mais anos de trabalho, menor são os valores médios de sintomas de *burnout* ($p \leq .001$) e menores níveis de *distress* ($p \leq .000$).

Na variável estado civil, são os solteiros que apresentam maiores níveis de *burnout* ($M=2.43$; $DP=.55$), seguidos da união de facto ($M=2.37$; $DP=.47$), os casados ($M=2.14$; $DP=.55$), os viúvos ($M=2.19$; $DP=.34$) e por últimos os divorciados ($M=2.06$; $DP=.55$) com $p \leq .008$.

O vínculo laboral também revelou diferenças significativas. Os participantes que possuem um vínculo laboral efetivo apresentaram maiores níveis de sintomas de *burnout* ($M=2.33$; $DP=.53$) e de *distress* ($M=2.08$; $DP=.80$), em seguida seguem-se os com vínculo contrato Temporário / Termo Certo e, por último os com outro tipo de vínculo laboral, com $p \leq .003$ no BAT e $p \leq .013$ no K10.

Os participantes que apresentam maiores níveis de sintomas de *burnout* confessaram estar insatisfeitos no seu local de trabalho ($M=2.91$; $DP=.42$), em seguida nem satisfeito, nem satisfeito ($M= 2.81$; $DP=.47$), satisfeitos ($M=2.23$; $DP=.42$), totalmente insatisfeitos ($M=1.85$; $DP=.92$) e totalmente satisfeitos ($M=1.76$; $DP=.43$), com $p \leq .000$. Em relação ao *distress*, o mesmo verificou-se, isto é, os participantes que responderam estar insatisfeitos com o local de trabalho apresentaram maiores níveis de *distress* ($M=2.93$; $DP=.78$), seguindo-se os participantes que responderam nem satisfeito,

nem satisfeito (M=2.66; DP=.79), satisfeitos (M=1.94; DP=.72), totalmente insatisfeitos (M=1.55; DP=1.1) e totalmente satisfeitos (M=1.48; DP=.51), com $p \leq .000$.

Na Tabela 9, salientam-se as correlações entre a satisfação no local de trabalho e os indicadores psicológicos onde a satisfação com o local de trabalho correlaciona-se negativamente com os sintomas de *burnout*, sintomas secundários e *distress* psicológico.

O *burnout* e a exaustão correlacionam-se positivamente entre si ($r=.892$). O mesmo acontece com o K10, a exaustão nos locais de trabalho contribui significativamente para o aumento do *stress* ($r=.680$) (Tabela 9). O sintoma de distanciamento mental também se encontra fortemente correlacionado com o *burnout* ($r=.845$).

O K10 correlaciona-se positivamente com o *burnout* ($r=.744$) e sintomas secundários ($r=.661$).

À exceção da satisfação no local de trabalho, todas as correlações são positivas e significativas e de acordo com o esperado teoricamente (ex.: K10 entre si, dimensões do *burnout* entre si e com o *score* total de *burnout*, etc., reforçando a consistência interna dos resultados).

Tabela 9
Correlação da Satisfação no local de trabalho e indicadores psicológicos (Amostra 1)

	Satisfação local de trabalho	Exaustão	Distanciamento mental	Dificuldades Cognitivas	Dificuldades Emocionais	<i>BURNOUT</i>	Queixas Psicológica	Queixas Psicossomáticas	Sintomas secundários	K10 DISTMEDIA
Exaustão	-.378**									
Distanciamento mental	-.437**	.669**								
Dificuldades Cognitivas	-.241**	.509**	.544**							
Dificuldades Emocionais	-.384**	.583**	.594**	.546**						
<i>BURNOUT</i>	-.438**	.892**	.845**	.747**	.795**					
Queixas Psicológica	-.322**	.737**	.512**	.475**	.574**	.722**				
Queixas Psicossomáticas	-.201**	.612**	.363**	.335**	.399**	.549**	.669**			
Sintomas Secundários	-.257**	.681**	.436**	.423**	.519**	.650**	.873**	.864**		

K10 DISTMEDIA	-.352**	.680**	.627**	.509**	.606**	.744**	.717**	.597**	.661**
---------------	---------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

** A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades).

Os resultados referentes à comparação das variáveis, no grupo do setor público (Amostra 2), são apresentados em seguida:

No que concerne ao género, verificaram-se diferenças estatísticas. Verificou-se níveis médios de sintomas de *burnout* ($p \leq .018$) mais elevados nos participantes do sexo feminino (M=2.99; DP=.50) face aos do sexo masculino (M=2.75; DP=.47). O mesmo verificou-se em relação *distress* ($p \leq .003$), os participantes do sexo feminino (M=2.96; DP=.72) apresentaram níveis médios de *distress* mais elevados, comparativamente aos do sexo masculino (M=2.53; DP=.71).

Na variável idade, também se verificaram diferenças. À medida que a faixa etária aumenta, os níveis de sintomas *burnout* ($p \leq .000$) diminuem, sendo o grupo etário até aos 29 anos (M=3.22; DP=.45), dos 30 aos 39 anos (M=3.01; DP=.48), dos 40 aos 49 anos (M=2.84; DP=.48), dos 50 os 59 anos (M=2.54; DP=.38) e 60 ou mais anos (M=2.59; DP=.32). Verifica-se a mesma tendência em relação *distress*, quanto maior o nível etário menor os níveis de *stress* ($p \leq .000$).

Quanto aos anos de serviço dos colaboradores, quanto mais anos de trabalho, menor são os valores de sintomas de *burnout* ($p \leq .007$) e menores níveis de *distress* ($p \leq .001$).

Relativamente ao estado civil, são os solteiros que apresentam maiores níveis de sintomas de *burnout* (M=3.12; DP=.49), seguidos de união de facto (M=2.96; DP=.43), os casados (M=2.74; DP=.45), os divorciados (M=2.65; DP=.47), e por últimos os viúvos (M=2.37; DP=.43) com $p \leq .002$. O mesmo acontece com os níveis médios de *distress* ($p \leq .001$).

Quanto à distância do local de trabalho até à residência, quanto maior é a distância, maior são os valores de sintomas de *burnout* ($p \leq .000$), sendo os participantes que se deslocam entre 0 a 5km (M=2.63; DP=.43), entre 6 a 10km (M=2.65; DP=.35), entre 11 a 20km (M=2.92; DP=.55), entre 21 a 30km (M=3.22; DP=.44) e mais de 30km (M=3.26; DP=.35). Verifica-se a mesma tendência em relação *distress*, quanto maior a distância percorrida maior os níveis de *stress* ($p \leq .000$).

No tipo de serviço verificaram-se níveis de sintomas de *burnout* ($p \leq .000$) mais elevados no serviço da Urgência (M=3.17; DP=.41), em seguida no Bloco Operatório (M=2.97; DP=.52), no Internamento (M=2.83; DP=.53), no Hospital de Dia (M=2.71; DP=.33), e último na Consulta Externa (M=2.57; DP=.35). A mesma tendência verificou-se nos níveis médios de *stress* ($p \leq .000$).

No que concerne às horas diárias quanto maior são as horas de trabalho, maior são os valores de *distress* ($p \leq .001$), sendo que 8 horas (M=2.64; DP=.81), 9 a 10 horas (M=2.43; DP=.55), 11 a 12 horas (M=2.82; DP=.74) e mais de 12 horas (M=3.14; DP=.71). Verifica-se a mesma tendência em relação ao *burnout*, quanto mais as horas de trabalho maior os níveis de sintomas de *burnout* ($p \leq .001$).

Adicionalmente, os valores dos sintomas de *burnout* ($p \leq .000$) e do *distress* ($p \leq .000$) verificam-se maiores quando não existe a prática de atividade física.

Em relação aos filhos, os participantes que não possuem filhos (M=3.01; DP=.51) apresentam elevados sintomas de *burnout* ($p \leq .025$), face aos que possuem (M=2.79; DP=.46). Verifica-se a mesma tendência em relação *distress*, os níveis de *stress* ($p \leq .010$) são maiores quando os participantes possuem filhos.

Na questão “No meu trabalho sinto que o *stress/ burnout* tem impacto na minha prática profissional”, os participantes que responderam a opção “frequentemente” (M=3.14; DP=.39) apresentaram maiores sintomas de *burnout* ($p \leq .000$). No entanto, os participantes que apresentaram maiores níveis de *distress* ($p \leq .000$) foram os que responderam a opção “sempre” (M=3.25; DP=.62) (Tabela 10).

Tabela 10

Médias e desvio padrão relativas BAT e o K10 com a questão “No meu trabalho sinto que o stress/ burnout tem impacto na minha prática profissional”

		BAT		K-10	
		M	DP	M	DP
No meu trabalho sinto que o <i>stress/ burnout</i> tem impacto na minha prática profissional.	Nunca	0	0	0	0
	Raramente	2.35	.62	2.13	.59
	Algumas vezes	2.57	.33	2.36	.56
	Frequentemente	3.14	.39	3.04	.72
	Sempre	2.21	.43	3.25	.62

De acordo com a interpretação da análise de correlação realizada entre o *burnout* e o *distress* revelou um coeficiente de $r=.869$, pelo que o K10 correlaciona-se positivamente com o *burnout* e com os sintomas secundários ($r=.745$). Este resultado sugere então que níveis mais elevados de *burnout* estão fortemente associados a níveis mais altos de *distress* (Tabela 11).

Verificaram-se correlações significativas e positivas entre a perceção de que o *stress* e o *burnout* têm impacto na prática profissional dos participantes do Amostra 2 e os indicadores psicológicos do BAT ($r=.599$) e do K10 ($r=.535$) (Tabela 11).

Tabela 11

Correlação do impacto do stress/burnout na prática profissional e indicadores psicológicos no grupo de profissionais do setor público (Amostra 2)

	Impacto do									
	<i>stress/burnout</i> na prática profissional	Exaustão	Distanciamento mental	Dificuldades Cognitivas	Dificuldades Emocionais	<i>BURNOUT</i>	Queixas Psicológica	Queixas Psicossomáticas	Sintomas secundários	K10_DISTMEDIA
Exaustão	.595**									
Distanciamento mental	.380**	.504**								
Dificuldades Cognitivas	.398**	.455**	.481**							
Dificuldades Emocionais	.484**	.538**	.462**	.405**						
<i>BURNOUT</i>	.599**	.774**	.716**	.713**	.732**					
Queixas Psicológica	.427**	.620**	.505**	.471**	.417**	.803**				
Queixas Psicossomáticas	.337**	.401**	.201*	.296**	.350**	.634**	.522**			
Sintomas Secundários	.438**	.586**	.406**	.440**	.440**	.825**	.875**	.870**		
K10_DISTMEDIA	.535**	.709**	.617**	.560**	.617**	.869**	.743**	.555**	.745**	

Quanto aos sintomas primários, a exaustão ($r=.595$) e as dificuldades emocionais ($r=.484$) correlacionam-se fortemente com o impacto do *stress* e o *burnout* percebido pelos participantes, na Amostra 2. Os sintomas secundários ($r=.438$, $p \leq .001$) também apresentaram correlações positivas significativas (Tabela 11).

Em ambas as amostras, as análises de correlação revelaram relações significativas e positivas entre as dimensões do *Burnout Assessment Tool* (BAT) e a escala de *distress* psicológico K10. Os sintomas de *burnout* apresentaram correlações fortes com o K10 ($r=.826$), especificamente, no indicador de exaustão ($r=.816$), em ambas as amostras. Para além disso, o K10 correlaciona-se de forma moderada com as queixas psicológicas ($r=.736$) (Tabela 12).

Tabela 12
Correlação do BAT e do K10 no grupo do setor privado e público

	Exaustão	Distanciamento mental	Dificuldades Cognitivas	Dificuldades Emocionais	<i>BURNOUT</i>	Queixas Psicológica	Queixas Psicossomáticas	Sintomas secundários	K10_DISTMEDIA
Exaustão									
Distanciamento mental	.621**								
Dificuldades Cognitivas	.517**	.613**							
Dificuldades Emocionais	.580**	.633**	.639**						
<i>BURNOUT</i>	.816**	.838**	.801**	.829**					
Queixas Psicológica	.694**	.546**	.510**	.548**	.744**				
Queixas Psicossomáticas	.549**	.380**	.399**	.448**	.610**	.650**			
Sintomas Secundários	.639**	.474**	.472**	.526**	.699**	.876**	.868**		
K10_DISTMEDIA	.696**	.687**	.630**	.694**	.826**	.736**	.620**	.696**	

4. Discussão

Os profissionais de saúde são um grupo vulnerável ao *distress* e ao *burnout* no seu local de trabalho. Estes problemas de saúde pública conduzem a consequências prejudiciais a nível físico e psicológico, com impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos (Lubbadeh, 2020).

Face a esta realidade, o principal objetivo do presente estudo foi analisar o *distress* e o *burnout* em contexto hospitalar de duas naturezas diferentes, no setor público e privado. Para a realização do estudo recorreu-se ao questionário BAT para avaliar os sintomas de *burnout* e recorreu-se ainda ao K10, de forma a avaliar os níveis de *distress* dos participantes.

Neste estudo pretendeu-se recolher informação do maior número possível de profissionais em ambos os grupos contextualizados numa mesma região do país. A amostra global foi de 313 participantes, dos quais 206 pertencem à instituição hospitalar privada (Amostra 1) e 107 à instituição hospitalar pública (Amostra 2). Em ambas as amostras, a maior parte dos inquiridos são do género feminino, que vai de encontro ao que refere o Ministério da Saúde (2018), que afirma que a taxa de feminização dos profissionais nas instituições de saúde é de 76.5%.

No que refere à prevalência de *distress* e de *burnout*, não foram publicados estudos para o contexto português com recurso ao BAT e ao K10. Como tal, as conclusões relativas às suas pontuações devem ser tomadas com cautela. Ao comparar as pontuações do BAT com as normas estatísticas disponíveis, propostas por Schaufeli et al. (2020a) para a população flamenga, os resultados indicaram níveis predominantemente moderados a elevados de exaustão e de queixas psicológicas.

Em ambas as amostras, a prevalência de *burnout* é baixa a moderada, apesar de se registarem níveis elevados de exaustão e sintomatologia secundária, particularmente na Amostra 2, o que está de acordo com alguns estudos (Gloster et al., 2020; Paulino et al., 2021; Santarém Semedo et al., 2023). Estes resultados confirmam que a exaustão é um dos indicadores psicológicos centrais da síndrome de *burnout* (Guseva Can et al., 2021; Schaufeli, 2017; Schaufeli et al., 2020). Além disso, a presença de elevados sintomas de queixas psicológicas é consistente com outros estudos que exploram o

impacto psicológico de contextos de trabalho de alta pressão, especialmente em áreas como a saúde (Abraham et al., 2021).

Os valores baixos de distanciamento mental podem ser explicados por o *burnout* ser caracterizado sobretudo pela exaustão, já as dificuldades cognitivas e as emocionais podem ser manifestações específicas de exaustão, tais como fadiga induzida, diminuição da capacidade funcional para regular adequadamente o desempenho cognitivo e emocional (Schaufeli et al., 2023). Além disso, os profissionais de saúde tendem a manter um certo grau de envolvimento emocional nos locais de trabalho, apesar da alta exaustão, o que pode também justificar os baixos valores obtidos nestes sintomas (Santarém Semedo et al., 2023).

O grupo de inquiridos que exercem funções no setor público (Amostra 2) evidenciaram uma maior vulnerabilidade ao *distress* e a sintomas de *burnout*, comparativamente com os participantes da instituição hospitalar privada (Amostra 1), tal como acontece no estudo desenvolvido por Santarém Semedo e colaboradores (2023). As elevadas pontuações nos sintomas de exaustão revelaram-se “alarmantes”, com cerca de 53.30% dos participantes, enquanto na Amostra 1 apenas 25.20% percecionaram a exaustão. Em seguida, 38.30% dos inquiridos relataram queixas psicológicas, que contrasta com 20.90% na Amostra 1. Adicionalmente, os níveis de perceção dos indicadores de dificuldades cognitivas e as emocionais diferenciaram-se com significância entre as duas amostras. Na Amostra 1, apenas 3.80% dos participantes percecionaram tais dificuldades, já na Amostra 2 cerca de 61.70% dos inquiridos apresentaram dificuldades cognitivas e emocionais. Assim, estes dados indicam a presença de uma redução da regulação emocional e uma diminuição da capacidade cognitiva dos participantes da Amostra 2, que conseqüentemente potenciam o agravamento da saúde dos mesmos (Schaufeli et al., 2020; Van Dam et al., 2012).

No que concerne ao K10 *distress* psicológico, na Amostra 1, apenas 14.1% apresentaram níveis elevados de *distress*. Por outro lado, a maioria dos participantes da Amostra 2 manifestaram um risco significativo, com 42.1% a relatar níveis muito elevados. Estes resultados alarmantes reforçam a hipótese de que o contexto organizacional pode influenciar significativamente a manifestação dos sintomas de *burnout* e do *distress* e, em como estes dois problemas estão interrelacionados (De Hert, 2020). Os resultados indicam ainda que, trabalhar numa instituição pública,

comparativamente a uma instituição privada, representou um maior risco para o desenvolvimento de *distress* e *burnout*.

Com o objetivo de analisar se os níveis de *stress* e *burnout* variam em função das características socioprofissionais e demográficas dos participantes, foram realizadas análises comparativas. Estas análises permitiram identificar padrões significativos que associam essas características ao *burnout* e ao *distress* psicológico, fornecendo *insights* sobre como o contexto individual pode influenciar o bem-estar psicológico dos profissionais de saúde.

Apesar de não existir um consenso na literatura sobre o género, na Amostra 2 os participantes do sexo feminino reportaram níveis significativamente mais elevados de *distress* e nos sintomas de *burnout*, sendo estes resultados congruentes com a maioria dos estudos nesta área (Kimura et al., 2021; Vagni et al., 2020). No entanto, estes resultados diferem de outros estudos (Leite et al., 2019).

A idade e os anos de serviço pareceram atuar como fatores de proteção do *distress* e do *burnout*, dado que os inquiridos mais velhos e com mais anos de serviço apresentaram níveis mais baixos, em ambas as amostras. Os indivíduos mais jovens e com menos tempo de profissão, que por sua vez têm menor experiência profissional e estratégias de *coping* menos desenvolvidas para lidar com o *stress* ocupacional (Marôco et al., 2016; Vieira & Meirinhos, 2021; Vindegaard & Benros, 2020), apresentam níveis mais elevados de *distress* e de sintomas de *burnout*. Em contrapartida, os profissionais de saúde com mais anos de serviço são menos suscetíveis a desenvolver *burnout* (Marôco et al., 2016), uma vez que possuem maior maturidade profissional, trabalham com mais segurança e possuem melhores estratégias de *coping*.

A investigação evidencia que os indivíduos solteiros registam maior níveis de *burnout* e *stress* (Oliveira et al., 2019; Escudero-Escudero et al., 2020). Estes resultados podem ser justificados pelo apoio familiar prestado entre o casal e através da satisfação matrimonial, que evidencia um melhor comportamento com os seus próprios problemas e no relacionamento com os outros (Maslach et al., 2001). Além disso, os participantes que possuem filhos apresentaram um maior risco de desenvolverem *burnout*, dado que se dedicam mais ao trabalho comprometendo as relações com as pessoas no âmbito da vida social.

Na amostra do grupo de profissionais do setor privado, o vínculo laboral apresentou níveis significativos com $p \leq .003$ no BAT e $p \leq .013$ no K10, sendo que os participantes com vínculo efetivo são os mais vulneráveis ao desenvolvimento destes dois problemas. Uma possível explicação pode ser o maior sentimento de responsabilidade destes profissionais, ou até mesmo, possuírem cargos de chefia o que, conseqüentemente, acarreta mais empenho e dedicação, intensificando a sensação de esgotamento emocional.

A distância que os inquiridos percorrem até ao local de trabalho está associada a maiores níveis de *distress* e de sintomas de *burnout*, na Amostra 2 ($p \leq .000$), indicando que quanto maior a distância a percorrer maior são os níveis. A maior distância até ao local de trabalho pode gerar um aumento de sentimentos negativos, como frustração e tensão, que condiciona de forma negativa o quotidiano dos indivíduos (Kahneman et al., 2004). Além disso, longas distâncias diminuem a oportunidade de descanso e recuperação, aumentando a exaustão física e emocional. Relativamente às horas diárias, na Amostra 2, os indivíduos que trabalham mais de 12 horas por dia tendem a ser mais vulneráveis a desenvolver *burnout* e *distress*. Estes resultados são consistentes com a literatura (Escudero-Escudero et al., 2020; Schaufeli et al., 2020), uma vez que horários de trabalho prolongados dificultam a separação entre o local de trabalho e a vida pessoal, aumentando a exaustão e deteriorando a saúde mental e física dos trabalhadores.

Apesar de na Amostra 1 não se verificarem níveis significativos quanto ao tipo de serviço, no estudo relativo à instituição hospitalar pública observaram-se maiores níveis de *stress* e de sintomas de *burnout* no serviço da urgência. Estes dados corroboram com outros estudos, indicando que ambientes de trabalho altamente exigentes, como os de emergência e blocos operatórios, expõem os profissionais a um maior risco de esgotamento (Abraham et al., 2021). A urgência visa ser um serviço de atendimento e tratamento de situações emergentes, sendo um local de elevadas exigências. Neste sentido, existe a imprevisibilidade do número de doentes, podendo existir um superlotação, que por sua vez, pode desencadear fatores de *stress* (Gómez-Urquiza et al., 2017).

Existem estudos que indicam que um baixo nível de atividade física pode ser fator de vulnerabilidade ao *burnout* (Dyrbye et al., 2017; Simões et al., 2019). Os resultados deste estudo vão ao encontro a estes estudos, sendo que os valores de sintomas de *burnout* e de *distress* verificam-se maiores quando não existe a prática de atividade física.

Neste estudo pretendeu-se estudar a relação entre o *stress/burnout* e a qualidade de serviço prestado pelos profissionais de saúde. A satisfação laboral é um fator essencial para que a qualidade do serviço prestado pelos profissionais seja assegurada, sobretudo devido à associação entre a produtividade e o ambiente de trabalho (Naguib et al., 2019).

Em ambas as amostras, o nível de satisfação no local de trabalho pareceu ser um fator protetor significativo, correlacionando-se negativamente com os sintomas gerais de *burnout*, sintomas secundários e *distress* psicológico. Neste sentido, participantes pouco satisfeitos com o trabalho são mais vulneráveis ao desgaste emocional e aos seus impactos na prática profissional. Os participantes foram questionados se o *stress* e o *burnout* têm impacto na prática profissional e nenhum inquirido relatou que tais fatores nunca tinham interferido na sua prática, reforçando o entendimento de que o bem-estar no local de trabalho é crucial para a manutenção da qualidade do serviço de saúde prestado.

Em suma, os resultados indicam que os profissionais de saúde experienciam níveis predominantemente moderados de *distress* e de *burnout*, em ambas as amostras. No estudo relativo à instituição pública, alguns indivíduos revelaram sintomatologia significativamente mais elevada. Curiosamente, os resultados relativos à relação entre o BAT e o K10 foram também significativos, revelando uma relação entre as duas condições.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Primeiramente, a amostragem não-probabilística pode conduzir a amostras idiossincráticas, sendo fundamental considerar os resultados obtidos com prudência. Além disso, a utilização de um questionário de autorrelato *online* pode ter condicionado a amostra, uma vez que aqueles mais afetados pelo *distress* e/ou *burnout* podem não estar dispostos a participar. A discrepância género na amostra pode também constituir-se como uma limitação, com uma predominância de participantes do sexo feminino em ambas as amostras, embora, essa predominância esteja também presente no setor da saúde. Adicionalmente, os questionários aplicados avaliam apenas os sintomas primários e secundários, pelo que não faz qualquer diagnóstico à perturbação de *burnout*.

Os resultados alcançados por este estudo permitem algumas implicações teóricas e práticas. O estudo permitiu aumentar o leque de investigações com instrumentos como o *Burnout Assessment Tool* (BAT) e a Escala de *Distress* Psicológico K10 em

profissionais de saúde no setor público e privado, fornecendo assim suporte para o uso dessas ferramentas em futuras pesquisas. Além disso, reforçou a noção que a satisfação no trabalho está correlacionada de forma significativa com os níveis de *distress* e sintomas de *burnout*, sugerindo que uma melhor gestão das condições de trabalho pode reduzir o impacto destes dois problemas.

Além disso, este estudo apresenta também diversas implicações práticas. Por exemplo, contribui para uma compreensão mais ampla das necessidades de saúde mental desta população, alertando para a necessidade de prestar mais serviços de cuidados de saúde mental no contexto profissional, tais como exames e intervenções de saúde mental, ou programas de promoção de saúde mental disponibilizados pelas instituições. Adicionalmente, os resultados do estudo salientam a necessidade de alertar as organizações não apenas para a importância de fornecer soluções reativas, mas, sobretudo, para a aposta na promoção e prevenção (Pereira et al., 2023). Cabe às instituições a promoção de um ambiente de trabalho mais saudável, implementando programas de promoção da saúde mental.

Neste sentido, as políticas e práticas de gestão de recursos humanos devem priorizar a prevenção de riscos e comunicar estas práticas aos atores organizacionais, proporcionando ambientes de trabalho seguros e saudáveis (Pereira et al., 2023), ou seja, toda a organização deve estar envolvida no processo de prevenção. O desenvolvimento de *workshops* de gestão de *stress*, atividades de *mindfulness*, ou até mesmo espaços de descompressão e relaxamento no local de trabalho podem ser estratégias a adotar.

Assim, a prevenção primária é uma prioridade, pois visa promover a saúde mental de forma contínua e não apenas quando o problema já se encontra instalado. A formação contínua dos profissionais sobre a saúde mental pode reduzir significativamente os níveis de *burnout* e *distress* entre os profissionais de saúde. Neste sentido, a formação deve incluir não apenas a conscientização sobre os sinais e sintomas de *burnout* e *distress* psicológico, mas também fornecer ferramentas práticas para que os profissionais possam lidar com situações de alta pressão no cotidiano (Bakker & Demerouti, 2017).

Finalmente, destaca-se também o papel dos psicólogos, não só na avaliação e prevenção de riscos, como o *burnout*, como também na promoção e construção de locais de trabalho saudáveis, com particular ênfase no autocuidado (Pereira et al., 2023),

enquanto ferramenta individual para lidar com o *distress* e prevenir o *burnout*. O autocuidado também se assume como uma componente essencial na promoção da saúde mental contínua, nomeadamente através da prática de exercício físico e do equilíbrio entre vida pessoal e profissional com a inclusão de pausas regulares, fundamentais para manter o bem-estar psicológico dos profissionais de saúde (Shanafelt & Noseworthy, 2017).

Além disso, o papel do psicólogo clínico em contexto hospitalar é essencial para a promoção da saúde mental e para o bem-estar dos profissionais de saúde. A presença do psicólogo clínico permite o apoio psicológico, ajudando os profissionais a lidarem da melhor forma possível com as elevadas exigências do ambiente hospitalar e a processarem experiências de elevado *stress*, como a perda de pacientes ou situações de alta pressão (Labrague et al., 2018).

A presença de psicólogos em contextos de saúde, quer seja no setor público, ou privado é de extrema importância para o aumento da qualidade de vida da população e do próprio sistema de saúde. De entre as vantagens da presença de um psicólogo nestes contextos destacam-se: o aumento da literacia em saúde da população, o aumento da longevidade e da resiliência e a ajuda para atingir os objetivos propostos pelas iniciativas políticas e programas do Serviço Nacional de Saúde, assim como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável propostos pelas Nações Unidas (OPP, 2020).

Quanto a investigações futuras, sugere-se que são necessários mais estudos com foco na saúde mental dos profissionais de saúde com recurso ao BAT e ao K10. Além disso, um estudo longitudinal sobre a evolução da saúde mental poderá representar um contributo muito importante, fornecendo pistas relevantes sobre como prevenir a doença mental e monitorando o desenvolvimento do *burnout* e de *stress*. A utilização de entrevista clínica seria um exemplo de investigações futuras, pois permitiria uma avaliação mais aprofundada e personalizada dos sintomas. Como proposta futura, o recurso a amostras mais equilibradas, no que diz respeito ao género dos participantes seria também importante. Por último, seria benéfico investigar a aplicação e a eficácia de programas de prevenção e promoção da saúde mental, como a implementação de intervenções baseadas em *mindfulness*.

4.1. Considerações Finais

Desde 2013, a OMS celebra anualmente, a 10 de Outubro, o Dia Mundial da Saúde Mental. O tema do presente ano diz respeito à “Saúde Mental no Trabalho”, visando destacar o papel essencial da saúde mental em ambientes profissionais. Esta temática promove a criação de locais de trabalho onde a saúde mental é priorizada e protegida. Em consonância com o tema escolhido pela OMS, o presente estudo ganha ainda mais relevância, ao debruçar-se sobre os níveis de *distress* e de *burnout* nos profissionais de saúde, que se constituem um grupo particularmente vulnerável.

O presente estudo apresenta a particularidade de incluir todas as classes profissionais que compõem o universo dos profissionais de saúde, não se restringindo apenas a enfermeiros e médicos, o que permitiu uma maior representatividade dos resultados. Deste modo, permitiu ampliar a compreensão do *distress* e do *burnout* entre diferentes grupos de profissionais de saúde que, embora partilhem o mesmo contexto hospitalar, podem enfrentar desafios e fatores de risco distintos.

Os objetivos deste estudo permitiram realçar e dar resposta às questões emergentes dos resultados obtidos. No que respeita à análise dos níveis de *distress* e *burnout*, os resultados indicaram um nível predominantemente moderado. No entanto, o grupo de profissionais de saúde que exercem funções numa instituição hospitalar pública pontuaram níveis mais elevados de sintomas de *distress* e de *burnout*, comparativamente aos profissionais que trabalham no setor privado.

Os resultados deste estudo reforçam a necessidade urgente de intervenção por parte de decisores políticos e instituições. Caso medidas preventivas e de suporte não sejam implementadas, é provável que esses níveis moderados de *distress* e *burnout* continuem a aumentar, resultando em consequências nefastas para os profissionais e, consequentemente, para a qualidade dos serviços de saúde prestados.

Os elevados níveis de exaustão e de queixas psicológicas correlacionaram-se fortemente com o impacto do *distress* e *burnout* na prática profissional, sugerindo que o bem-estar psicológico dos profissionais está diretamente relacionado com a sua capacidade de oferecer cuidados de saúde de alta qualidade, sendo crucial para a eficácia do sistema de saúde.

A idade, os anos de serviço, o estado civil, o vínculo laboral e a satisfação no trabalho foram as variáveis que foram significativas com os elevados níveis de sintomas de *burnout* e de *distress*, em ambos os grupos de profissionais.

Em suma, Portugal enfrenta grandes desafios relativamente à saúde mental e aos riscos psicossociais no trabalho, sendo que o *distress* e a exaustão nos locais de trabalho, em especial em contextos hospitalares, tem elevados custos humanos e um impacto imensurável na sociedade e na economia do país. Em consonância com os resultados do estudo, torna-se evidente a importância de alertar as instituições e decisores políticos para a gravidade do problema. A realização deste estudo foi gratificante, não só pela temática, mas por todos os resultados obtidos, sendo que este contributo tem sido reforçado pela OMS que definiu no presente ano (2024), como prioridade mundial a “saúde mental no trabalho”.

Referências

- Abraham, C. M., Zheng, K., Norful, A. A., Ghaffari, A., Liu, J., & Poghosyan, L. (2021). Primary Care Practice Environment and Burnout Among Nurse Practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(2), 157–162. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.11.009>
- Afonso, P., Fonseca, M., & Pires, J. F. (2017). Impact of working hours on sleep and mental health. *Occupational Medicine*, 67(5), 377–382. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx054>
- Alhinho, L. (2024). Dois terços dos médicos estão em greve, diz federação sindical. In Público (Ed.), https://www.publico.pt/2024/09/24/sociedade/noticia/greve-medicos-enfermeiros-impacto-2105264?utm_source=copy_paste.
- Aliante, G., & Abacar, M. (2020). Occupational stress in teachers of basic teachers: study with professionals of the Institute of Training Primary Teachers of Nampula-Mozambique. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(1), 1–13. <https://doi.org/https://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v15n1/16.pdf>
- Azevedo, B. D. S., Nery, A. A., & Cardoso, J. P. (2017). Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(1), 1–11. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003940015>
- Bakker, A. B., & Costa, P. L. (2014). Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis. *Burnout Research*, 1(3), 112–119. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.04.003>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Baldonado, M., Mosteiro, P., Queiros, C., Borges, E., & Abreu, M. (2018). Stress no trabalho em enfermeiros: estudo comparativo Espanha/Portugal. *International Journal On Working Conditions*, 15.
- Barros, C., Baylina, P., Fernandes, R., Ramalho, S., & Arezes, P. (2022). Healthcare Workers' Mental Health in Pandemic Times: The Predict Role of Psychosocial Risks. *Safety and Health at Work*, 13(4), 415–420. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2022.08.004>

- Battistello, C. Z. (2023). Como ser psicólogo hospitalar na pandemia de covid-19 no Brasil? Uma pesquisa documental. *Saúde e Sociedade*, 32(1), 1–13. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902022211011pt>
- Baye, Y., Demeke, T., Birhan, N., Semahegn, A., & Birhanu, S. (2020). Nurses' work-related stress and associated factors in governmental hospitals in Harar, Eastern Ethiopia: A cross-sectional study. *PloS One*, 15(8), Article e0236782. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236782>
- Bazazan, A., Dianat, I., Rastgoo, L., & Zandi, H. (2018). Relationships between dimensions of fatigue and psychological distress among public hospital nurses. *Health Promotion Perspectives*, 8(3), 195–199. <https://doi.org/10.15171/hpp.2018.26>
- Bezerra, G. D., Sena, A. S. R., Braga, S. T., Dos Santos, M. E. N., Correia, L. F. R., Clementino, K. M. de F., Carneiro, Y. V. A., & Pinheiro, W. R. (2020). impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 93, 1–20. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.93-n.0-art.758>
- Blanton, O. (2023). Providing Peer Support after Workplace Violence. *Journal of Emergency Nursing*, 49(3), 319. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.01.012>
- Blustein, D. L., Lysova, E. I., & Duffy, R. D. (2023). Understanding Decent Work and Meaningful Work. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10(1), 289–314. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031921-024847>
- Bondanini, G., Giorgi, G., Ariza-Montes, A., Vega-Muñoz, A., & Andreucci-Annunziata, P. (2020). Technostress Dark Side of Technology in the Workplace: A Scientometric Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), Article 8013. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218013>
- Bordignon, M., Trindade, L. L., Cezar-Vaz, M. R., & Monteiro, M. I. (2021). Workplace violence: legislation, public policies and possibility of advances for health workers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1), 1–7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0335>
- Brault, M. E., Laudermitz, A., & Kroll-Desrosiers, A. (2023). Telemedicine During COVID-19 Response: A Welcome Shift for Younger Female Healthcare Workers. *Journal of General Internal Medicine*, 38(3), 627–632. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07785-x>

- Brulé, G., & Morgan, R. (2018). Working with stress: can we turn distress into eustress? *Journal of Neuropsychology & Stress Management*, 1–3. https://doi.org/https://www.researchgate.net/profile/Gael-Brule/publication/324531212_Editorial_Working_with_stress_can_we_turn_distress_into_eustress/links/5ad37752458515c60f53a699/Editorial-Working-with-stress-can-we-turn-distress-into-eustress.pdf
- Burdorf, A., Porru, F., & Rugulies, R. (2020). The COVID-19 (Coronavirus) pandemic: consequences for occupational health. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 46(3). <https://doi.org/10.5271/sjweh.3893>
- Califf, C. B., Sarker, S., & Sarker, S. (2020). The Bright and Dark Sides of Technostress: A Mixed-Methods Study Involving Healthcare IT. *MIS Quarterly*, 44(2), 809–856. <https://doi.org/10.25300/MISQ/2020/14818>
- Carmona-Barrientos, I., Gala-León, F. J., Lupiani-Giménez, M., Cruz-Barrientos, A., Lucena-Anton, D., & Moral-Munoz, J. A. (2020). Occupational stress and burnout among physiotherapists: a cross-sectional survey in Cadiz (Spain). *Human Resources for Health*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00537-0>
- Chambel, M. J., Carvalho, V. S., & Neto, M. (2020). Job Demands-Control model and employees' mental health: The mediate role of work-family conflict. *Psicologia*, 34(1), 13–23. <https://doi.org/10.17575/psicologia.v34i1.1467>
- Conselho Nacional do Médico Interno. (2023). *Avaliação do Burnout no Internato Médico Português – Relatório do Estudo Nacional 2023*. <https://Ordemdosmedicos.Pt/Wp-Content/Uploads/2023/12/Relatório-Estudo-Burnout.Pdf>.
- Costa, D. C. A. R., Bahia, L., Carvalho, E. M. C. L., Cardoso, A. M., & Souza, P. M. S. (2020). Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil. *Saúde Em Debate*, 44, 232–247. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020e415>
- Costa, D. K., & Moss, M. (2018). The Cost of Caring: Emotion, Burnout, and Psychological Distress in Critical Care Clinicians. *Annals of the American Thoracic Society*, 15(7), 787–790. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201804-269PS>
- De Hert, S. (2020). Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local and Regional Anesthesia, Volume 13*, 171–183. <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>

- de Oliveira, C., Saka, M., Bone, L., & Jacobs, R. (2023). The Role of Mental Health on Workplace Productivity: A Critical Review of the Literature. *Applied Health Economics and Health Policy*, 21(2), 167–193. <https://doi.org/10.1007/s40258-022-00761-w>
- de Oliveira, S. M., de Alcantara Sousa, L. V., Vieira Gadelha, M. do S., & do Nascimento, V. B. (2019). Prevention Actions of Burnout Syndrome in Nurses: An Integrating Literature Review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 15(1), 64–73. <https://doi.org/10.2174/1745017901915010064>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Diário da República. (1993). *Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro*. <https://Diariodarepublica.Pt/Dr/Detail/Decreto-Lei/11-1993-586006>.
- Diário da República. (2022). *Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*. <https://Diariodarepublica.Pt/Dr/Legislacao-Consolidada/Decreto-Lei/2022-187129978>.
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 55–66. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Direção Geral da Saúde. (2021). *Guia Técnico Nº 3: Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho - Versão Síntese*. <https://Bussola.Gov.Pt/Guias%20Prcticos/Guia%20t%C3%A9cnico%20vigil%C3%A2ncia%20da%20sa%C3%BAde%20mental%20dos%20trabalhadores%20-%20Vers%C3%A3o%20s%C3%ADntese.Pdf>.
- Donabedian, A. (1981). Criteria, Norms and Standards of Quality: What Do They Mean? *American Journal Public Health*, 71(4), 409–412. <https://doi.org/https://doi.org/10.2105/AJPH.71.4.409>
- Dourado, A., Santos, M. C., & Forma, N. P. S. (2024). O psicólogo organizacional e do trabalho no contexto hospitalar: uma revisão da literatura. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, 44(2), 199–210. <https://doi.org/10.5433/1679-0383.2023v44n2p199>
- Dragano, N., & Lunau, T. (2020). Technostress at work and mental health: concepts and research results. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(4), 407–413. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000613>

- Drennan, V. M., & Ross, F. (2019). Global nurse shortages—the facts, the impact and action for change. *British Medical Bulletin*, *130*(1), 25–37. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldz014>
- Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L., Marina, S., Ribeiro, C., Jácome, C., Martins, V., Ribeiro-Vaz, I., Pinheiro, H. C., Silva, A. R., Ricou, M., Sousa, B., Alves, C., Oliveira, A., Silva, P., Nunes, R., & Serrão, C. (2020). Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, *20*(1), Article 1885. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09980-z>
- Dyrbye, L. N., Satele, D., & Shanafelt, T. D. (2017). Healthy Exercise Habits Are Associated With Lower Risk of Burnout and Higher Quality of Life Among U.S. Medical Students. *Academic Medicine*, *92*(7), 1006–1011. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001540>
- EU-OSHA. (2022a). OSH Pulse - Occupational safety and health in post-pandemic workplaces. https://Osha.Europa.Eu/Sites/Default/Files/Eurobarometer-OSH-in-Post-Pandemic-Workplaces_en.Pdf.
- EU-OSHA. (2022b). Portugal: Tomar o pulso à SST, 2022: A SST nos locais de trabalho pós-pandemia. <https://Osha.Europa.Eu/Pt/Publications/Portugal-Osh-Pulse-2022-Osh-Post-Pandemic-Workplaces>.
- EU-OSHA. (2023a). Campanhas «Locais de Trabalho Seguros e Saudáveis». <https://Osha.Europa.Eu/Pt/Campaigns-and-Awards/Healthy-Workplaces-Campaigns>.
- EU-OSHA. (2023b). Psychosocial Risks in the Health and Social Care Sector. https://Osha.Europa.Eu/Sites/Default/Files/Psychosocial_risk_management_social_care_en_.Pdf.
- Escola Nacional de Saúde Pública. (2020). *Resultados do Questionário 3: Profissionais de saúde exaustos, para além de um número pouco aceitável de infetados?* <https://Barometro-Covid-19.Ensp.Unl.Pt/Resultados-Do-Questionario-3-Profissionais-de-Saude-Exaustos-Para-Alem-de-Um-Numero-Pouco-Aceitavel-de-Infetados/>.
- Escudero-Escudero, A. C., Segura-Fragoso, A., & Cantero-Garlito, P. A. (2020). Burnout Syndrome in Occupational Therapists in Spain: Prevalence and Risk Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(9), Article 3164. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093164>

- Fang, M. L., Walker, M., Wong, K. L. Y., Sixsmith, J., Remund, L., & Sixsmith, A. (2022). Future of digital health and community care: Exploring intended positive impacts and unintended negative consequences of COVID-19. *Healthcare Management Forum*, 35(5), 279–285. <https://doi.org/10.1177/08404704221107362>
- Fernandes, A., & Nunes, A. (2016). Os Hospitais e a Combinação Público-Privado no Sistema de Saúde Português. *Acta Médica Portuguesa*, 29(3), 217–223. <https://doi.org/10.20344/amp.6712>
- Ferreira, P. (1991). Definir e Medir a Qualidade de Cuidados de Saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 33, 93–112. <https://doi.org/https://baes.uc.pt/bitstream/10316/11712/1/Definir%20e%20Medir%20a%20Qualidade%20de%20Cuidados%20de%20Saúde.pdf>
- Fink, G. (2016). Stress, Definitions, Mechanisms, and Effects Outlined. In G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* (pp. 3–11). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00001-7>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150–170. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.150>
- Freudenberger, H. J. (1989). Burnout: Past, present, and future concerns. *Loss, Grief & Care*, 3(2), 1–10.
- García-Campayo, J., Puebla-Guedea, M., Herrera-Mercadal, P., & Daudén, E. (2016). Burnout Syndrome and Demotivation Among Health Care Personnel. Managing Stressful Situations: The Importance of Teamwork. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*, 107(5), 400–406. <https://doi.org/10.1016/j.adengl.2016.03.003>
- Geremia, H. C., Scapini, A. I. N., & Silva, N. (2020). Concepções de Realização Profissional: Uma Revisão Integrativa. *Revista Psicologia e Saúde*, 17–32. <https://doi.org/10.20435/pssa.v12i1.730>
- Giménez-Espert, M., Prado-Gascó, V., & Soto-Rubio, A. (2020). Psychosocial Risks, Work Engagement, and Job Satisfaction of Nurses During COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 8, Article 566896. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.566896>
- Gloster, A. T., Lamnisos, D., Lubenko, J., Presti, G., Squatrito, V., Constantinou, M., Nicolaou, C., Papacostas, S., Aydın, G., Chong, Y. Y., Chien, W. T., Cheng, H. Y., Ruiz, F. J., Garcia-Martin, M. B., Obando-Posada, D. P., Segura-Vargas, M. A., Vasiliou, V. S., McHugh, L., Höfer, S., ... Karekla, M. (2020). Impact of COVID-

- 19 pandemic on mental health: An international study. *PloS One*, 15(12), Article e0244809. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244809>
- Gómez-Urquiza, J. L., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E. M., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Critical Care Nurse*, 37(5), 1–9. <https://doi.org/10.4037/ccn2017508>
- Grimani, A., Aboagye, E., & Kwak, L. (2019). The effectiveness of workplace nutrition and physical activity interventions in improving productivity, work performance and workability: a systematic review. *BMC Public Health*, 19(1), Article1676. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8033-1>
- Guseva Canu, I., Marca, S. C., Dell’Oro, F., Balázs, Á., Bergamaschi, E., Besse, C., Bianchi, R., Bislimovska, J., Koscec Bjelajac, A., Bugge, M., Busneag, C. I., Çağlayan, Ç., Cernițanu, M., Costa Pereira, C., Dernovšek Hafner, N., Droz, N., Eglite, M., Godderis, L., Gündel, H., ... Wahlen, A. (2021). Harmonized definition of occupational burnout: A systematic review, semantic analysis, and Delphi consensus in 29 countries. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 47(2), 95–107. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3935>
- Hespanhol, A. (2005). Burnout e Stress ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1–2), 153–162. <https://doi.org/https://www.redalyc.org/pdf/287/28770212.pdf>
- Hinse, E., & Mathieu, C. (2023). The impact of leadership on employee presenteeism: A comparison between police and non-police samples. *International Journal of Police Science & Management*, 25(1), 3–16. <https://doi.org/10.1177/14613557221122294>
- Instituto Nacional de Estatística, I. (2024). *Estatísticas da Saúde - 2022*. https://Www.Ine.Pt/Xportal/Xmain?Xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=439489924&PUBLICACOESmodo=2.
- Izdebski, Z., Kozakiewicz, A., Białorudzki, M., Dec-Pietrowska, J., & Mazur, J. (2023). Occupational Burnout in Healthcare Workers, Stress and Other Symptoms of Work Overload during the COVID-19 Pandemic in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), Article 2428. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032428>
- Kahneman, D., Krueger, A. B., Schkade, D. A., Schwarz, N., & Stone, A. A. (2004). A Survey Method for Characterizing Daily Life Experience: The Day Reconstruction Method. *Science*, 306(5702), 1776–1780. <https://doi.org/10.1126/science.1103572>

- Karanikas, N., & Jani, B. D. (2022). Frequency of examination and perceived contribution of factors relating to work-related musculoskeletal disorders of physiotherapists. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 28(2). <https://doi.org/10.1080/10803548.2020.1867337>
- Kessler, R., Barker, P., Colpe, L., Epstein, J., Gfroerer, J., Hiripi, E., Howes, M., Normand, S., Manderscheid, R., Walters, E., & Zaslavsky, A. (2003). Screening for Serious Mental Illness in the General Population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 184–189. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.184>
- Kimura, C. S. F. da G., Marui, F. R. R. H., Amaral, J. G., Vieira, E. C. B., Mazzieri, M. L., Ferreira, R. da S., Cavalcanti, A. P. de S., & Silva, M. R. (2021). Principais consequências da síndrome de burnout em profissionais da enfermagem. *Global Academic Nursing Journal*, 2(2). <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200114>
- Koren, H., Milaković, M., Bubaš, M., Bekavac, P., Bekavac, B., Bucić, L., Čvrljak, J., Capak, M., & Jeličić, P. (2023). Psychosocial risks emerged from COVID-19 pandemic and workers' mental health. *Frontiers in Psychology*, 14, Article 1148634. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1148634>
- Kunzler, A. M., Chmitorz, A., Röthke, N., Staginnus, M., Schäfer, S., Stoffers-Winterling, J., & Lieb, K. (2022). Interventions to foster resilience in nursing staff: A systematic review and meta-analyses of pre-pandemic evidence. *International Journal of Nursing Studies*, 134, Article 104312. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104312>
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Leocadio, M. C., Van Bogaert, P., & Cummings, G. G. (2018). Stress and ways of coping among nurse managers: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7–8), 1346–1359. <https://doi.org/10.1111/jocn.14165>
- Leite, E. S.-, Uva, A. S.-, Ferreira, S., Costa, P. L., & Passos, A. M. (2019). Condições de trabalho e exaustão emocional elevada em enfermeiros no ambiente hospitalar. *Revista Brasileira de Medicina Do Trabalho*, 17(1), 69–75. <https://doi.org/10.5327/Z1679443520190339>
- Li, D., Wang, Y. Y., Yu, H., Duan, Z., Peng, K., Wang, N., Zhou, Q., Hu, X., Fang, K., Wilson, A., Ou, J., & Wang, X. (2021). Occupational Burnout Among Frontline Health Professionals in a High-Risk Area During the COVID-19 Outbreak: A Structural Equation Model. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 575005. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.575005>

- Liu, C., Liu, D., Huang, N., Fu, M., Ahmed, J. F., Zhang, Y., Wang, X., Wang, Y., Shahid, M., & Guo, J. (2021). The Combined Impact of Gender and Age on Post-traumatic Stress Symptoms, Depression, and Insomnia During COVID-19 Outbreak in China. *Frontiers in Public Health*, 8, Article 620023. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.620023>
- Lu, S., Wei, F., & Li, G. (2021). The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. *Cell Stress*, 5(6), 76–85. <https://doi.org/10.15698/cst2021.06.250>
- Lubbadeh, T. (2020). Job Burnout: A General Literature Review. *International Review of Management and Marketing*, 10(3), 7–15. <https://doi.org/10.32479/irmm.9398>
- Lucena, J. C.-R., Carvalho, C., Santos-Costa, P., Mónico, L., & Parreira, P. (2021). Nurses' Strategies to Prevent and/or Decrease Work-Related Technostress. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 39(12), 916–920. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000771>
- Lucifora, C. (2023). Management practices in hospitals: A public-private comparison. *PloS One*, 18(2), Article e0282313. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282313>
- Macaron, M., Segun-Omosehin, O., Matar, R., Beran, A., Nakanishi, H., Than, C., & Abulseoud, O. (2023). A systematic review and meta-analysis on burnout in physicians during the COVID-19 pandemic: A hidden healthcare crisis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 1071397. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1071397>
- Maglalang, D., Sorensen, G., Hopcia, K., Hashimoto, D. M., Katigbak, C., Pandey, S., Takeuchi, D., & Sabbath, E. L. (2021). Job and family demands and burnout among healthcare workers: The moderating role of workplace flexibility. *SSM - Population Health*, 14, Article 100802. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100802>
- Mangas, M. D., Fernandes, C. P., & Cardoso, A. B. (2022). O burnout dos profissionais de saúde na pandemia COVID-19: como prevenir e tratar? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 38(2), 226–230. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i2.13274>
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24–30. <https://doi.org/10.20344/amp.6460>
- Marrinhas, D., Santos, V., Salvado, C., Pedrosa, D., & Pereira, A. (2023). Burnout and technostress during the COVID-19 pandemic: the perception of higher education teachers and researchers. *Frontiers in Education*, 8, Article 1144220. <https://doi.org/10.3389/feduc.2023.1144220>

- Maslach, C. (1998). *A multidimensional theory of burnout* (Vol. 68). Theories of organizational stress.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). Understanding Burnout. In *The Handbook of Stress and Health* (pp. 36–56). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch3>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Mendes, M. J., Sobral, F., & Morais, C. (2023). Condições de trabalho e stress ocupacional dos profissionais de saúde: comparação entre o primeiro confinamento e o período posterior. *Gestão e Desenvolvimento*, 31, 1–25. <https://doi.org/https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2023.11869>
- Ministério da Saúde. (2018). *Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde*. https://Www.Sns.Gov.Pt/Wp-Content/Uploads/2019/09/Relatório-Social-MS_SNS-2018-002.Pdf.
- Morgantini, L. A., Naha, U., Wang, H., Francavilla, S., Acar, Ö., Flores, J. M., Crivellaro, S., Moreira, D., Abern, M., Eklund, M., Vigneswaran, H. T., & Weine, S. M. (2020). Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PloS One*, 15(9), Article e0238217. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217>
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). A Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals. A Call for Action. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 194(1), 106–113. <https://doi.org/10.1164/rccm.201604-0708ST>
- Naguib, C., Baruffini, M., & Maggi, R. (2019). Do wages and job satisfaction really depend on educational mismatch? Evidence from an international sample of master graduates. *Education + Training*, 61(2), 201–221. <https://doi.org/10.1108/ET-06-2018-0137>
- Neto, M. L. R., Almeida, H. G., Esmeraldo, J. D., Nobre, C. B., Pinheiro, W. R., de Oliveira, C. R. T., Sousa, I. da C., Lima, O. M. M. L., Lima, N. N. R., Moreira, M. M., Lima, C. K. T., Júnior, J. G., & da Silva, C. G. L. (2020). When health professionals look death in the eye: the mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak. *Psychiatry Research*, 288, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112972>

- Neves, D. R., Nascimento, R. P., Felix Jr, M. S., Silva, F. A. da, & Andrade, R. O. B. de. (2018). Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. *Cadernos EBAPE.BR*, 16(2), 318–330. <https://doi.org/10.1590/1679-395159388>
- Niedhammer, I., Bertrais, S., & Witt, K. (2021). Psychosocial work exposures and health outcomes: a meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 47(7). <https://doi.org/10.5271/sjweh.3968>
- Nisafani, A. S., Kiely, G., & Mahony, C. (2020). Workers’ technostress: a review of its causes, strains, inhibitors, and impacts. *Journal of Decision Systems*, 29(1). <https://doi.org/10.1080/12460125.2020.1796286>
- Oliveira- Silva, L. C., & Porto, J. B. (2021). Bem-estar subjetivo e florescimento no trabalho: o impacto da realização profissional. *Revista de Administração Mackenzie*, 22(1), 1–24. <https://doi.org/10.1590/1678-6971/eramg210117>
- Ordem dos Médicos. (2023). *Novo Relatório sobre a Carreira Médica em Portugal*. https://Ordemdosmedicos.Pt/Wp-Content/Uploads/2017/09/Relatorio_om_final_duplas_bx.Pdf.
- Ordem dos Médicos. (2023). *Primeiro estudo alargado realizado em Portugal sobre burnout em Médicos Internos*. <https://Ordemdosmedicos.Pt/Wp-Content/Uploads/2017/09/Relatorio-Estudo-Burnout-2023.Pdf>.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020). *Perfil dos Psicólogos em Saúde Pública*. https://Www.Ordemdospsicologos.Pt/Ficheiros/Documentos/Psicologos_saudepubl ica_1.Pdf.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2023). *Prosperidade e Sustentabilidade das Organizações – Relatório do Custo do Stresse e dos Problemas de Saúde Psicológica no Trabalho, em Portugal*. https://Www.Ordemdospsicologos.Pt/Ficheiros/Documentos/Opp_relatorio_prospe ridadeesustentabilidadedasorganizacoes2023.Pdf.
- Organização Internacional do Trabalho. (2023). *Ambientes de trabalho seguros e saudáveis: Em que ponto estamos?* https://Www.Ilo.Org/Sites/Default/Files/Wcmssp5/Groups/Public/@europe/@ro- Geneva/@ilo-Lisbon/Documents/Publication/Wcms_879122.Pdf.
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Burn-out an “occupational phenomenon”:* *International Classification of Diseases*. <https://Www.Who.Int/News/Item/28-05->

- 2019-Burn-out-an-Occupational-Phenomenon-International-Classification-of-Diseases.
- Organização Mundial da Saúde. (2022a). *Saúde Mental*. <https://Www.Who.Int/En/News-Room/Fact-Sheets/Detail/Mental-Health-Strengthening-Our-Response>.
- Organização Mundial da Saúde. (2022b). *World mental health report- Transforming mental health for all*. <https://Iris.Who.Int/Bitstream/Handle/10665/356119/9789240049338-Eng.Pdf?Sequence=1>.
- Organização Mundial da Saúde. (2023). *Primary health care*. <https://Www.Who.Int/News-Room/Fact-Sheets/Detail/Primary-Health-Care>.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2023a). *Employment rate*. <https://Data.Oecd.Org/Emp/Employment-Rate.Htm>.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2023b). *State of Health in the EU Portugal- Perfil de saúde do país 2023*. <https://Www.Oecd-Ilibrary.Org/Docserver/6be7d83c-Pt.Pdf?Expires=1718967225&id=id&acname=guest&checksum=D07C7B74034FDA42EBB867DFFE7D2CC7>.
- Ornell, F., Halpern, S. C., Kessler, F. H. P., & Narvaez, J. C. de M. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), 1–7. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00063520>
- Patel, R., Bachu, R., Adikay, A., Malik, M., & Shah, M. (2018). Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behavioral Sciences*, 8(11), 1–8. <https://doi.org/10.3390/bs8110098>
- Paulino, M., Dumas-Diniz, R., Brissos, S., Brites, R., Alho, L., Simões, Mário. R., & Silva, Carlos. F. (2021). COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 44–55. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1808236>
- Pentang, J. (2021). Technological Dimensions of Globalization across Organizations: Inferences for Instruction and Research. *SSRN Electronic Journal*, 7. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3896459>
- Pereira, A., Brito, E., Souto, I., & Alves, B. (2022). Healthcare Services and Formal Caregiver’s Psychosocial Risk Factors: An Observational Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), Article 5009. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095009>

- Pereira, A., Oliveira, C., Bártolo, A., Monteiro, S., Vagos, P., & Jardim, J. (2019). Reliability and Factor Structure of the 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) among Portuguese adults. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(3), 729–736. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.06322017>
- Pereira, A., & Queirós, C. (2021). O Stress e as Suas Consequências na Saúde e no Bem-estar. In I. Leal & J. Pais Ribeiro (Eds.), *Manual de Psicologia da Saúde* (pp. 137–146). Lisboa: Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Pereira, A., Semedo, C., & Dos Santos, N. (2023). Dos riscos psicossociais à saúde mental. In S. Antunes & A. Pereira (Eds.), *Avaliar, Intervir e Prevenir os Riscos Psicossociais: Práticas e Recomendações* (pp. 63–99).
- Phillips-Wren, G., & Adya, M. (2020). Decision making under stress: the role of information overload, time pressure, complexity, and uncertainty. *Journal of Decision Systems*, 29. <https://doi.org/10.1080/12460125.2020.1768680>
- PORDATA. (2023). *Profissionais de saúde: médicos, dentistas, odontologistas, enfermeiros e farmacêuticos*. <https://Www.Pordata.Pt/Portugal/Profissionais+de+saude+medicos++dentistas++odontologistas++enfermeiros+e+farmaceuticos-144>.
- Rego, A., Cunha, M. P., Gomes, J. F., Cunha, R. C., Marques, C. A., & Cardoso, C. (2015). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano* (3 ed). Edições Sílabo, Lda. <https://doi.org/https://netbib.ipv.pt/capas/ESTGV/20170886.pdf>
- Robinson, A. M. (2018). Let's Talk about Stress: History of Stress Research. *Review of General Psychology*, 22(3), 334–342. <https://doi.org/10.1037/gpr0000137>
- Santarém Semedo, C., Moreira Diniz, A., Aguiar, J. E., Sousa Almeida, S., Timóteo, A. T., & Gil, V. (2023). What do Portuguese cardiologists think and feel about their work? *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 42(8), 697–707. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2022.11.008>
- Santos, M., & Almeida, A. (2016). Profissionais de saúde: principais riscos e fatores de risco laborais, eventuais doenças profissionais e medidas de proteção recomendadas. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 2, 28–52. <https://doi.org/10.31252/RPSO.26.10.2016>
- Schaufeli, W. B. (2017). Burnout: A Short Socio-Cultural History. In S. Neckel, K. A. Schaffner, & G. Wagner (Eds.), *Burnout, fatigue, exhaustion: An interdisciplinary perspective on a modern affliction* (pp. 105–127). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-52887-8_5

- Schaufeli, W. B., De Witte, H., Hakanen, J. J., Kalttinen, J., & Kok, R. (2023). How to assess severe burnout? Cutoff points for the Burnout Assessment Tool (BAT) based on three European samples. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 49(4), 293–302. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4093>
- Schaufeli, W. B., Desart, S., & De Witte, H. (2020a). Burnout Assessment Tool (BAT)—Development, Validity, and Reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 1–21. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>
- Schaufeli, W. B., Desart, S., & De Witte, H. (2020b). Burnout Assessment Tool (BAT)—Development, Validity, and Reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 1–21. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204–220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress*, 19(3), 256–262. <https://doi.org/10.1080/02678370500385913>
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice – A critical analysis*. Taylor & Francis.
- Schönfeld, P., Preusser, F., & Margraf, J. (2017). Costs and benefits of self-efficacy: Differences of the stress response and clinical implications. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 75, 40–52. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.031>
- Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017). Executive Leadership and Physician Well-being. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1), 129–146. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004>
- Shields, M., Dimov, S., Kavanagh, A., Milner, A., Spittal, M. J., & King, T. L. (2021). How do employment conditions and psychosocial workplace exposures impact the mental health of young workers? A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(7), 1147–1160. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02077-x>
- Simões, C., Gomes, A. R., & Costa, P. (2019). A Multigroup Analysis of the Effect of Cognitive Appraisal on Nurses' Psychological Distress. *Nursing Research*, 68(3), 1–11. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000352>
- Sinval, J., Vazquez, A., Hutz, C., Schaufeli, W., & Silva, S. (2022). Burnout Assessment Tool (BAT): Validity Evidence from Brazil and Portugal. *International Journal of*

- Environmental Research and Public Health*, 19(3), Article 1344.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19031344>
- STADA. (2022). *STADA Health Report 2022*. <https://Www.Stada.Com/Media/Health-Reports/Stada-Health-Report-2022>.
- Sun, T., Huang, X.-H., Zhang, S.-E., Yin, H.-Y., Li, Q.-L., Gao, L., Li, Y., Li, L., Cao, B., Yang, J.-H., & Liu, B. (2023). Fatigue as a Cause of Professional Dissatisfaction Among Chinese Nurses in Intensive Care Unit During COVID-19 Pandemic. *Risk Management and Healthcare Policy*, Volume 16, 817–831.
<https://doi.org/10.2147/RMHP.S391336>
- Teixeira, V., Macedo, A., Borges, C., Carrapa, S., China, S., & Cunha, R. (2016). O impacto do nível socioeconómico na acessibilidade aos cuidados de saúde primários: estudo em quatro unidades de saúde do Norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 32(6), 376–386. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v32i6.11958>
- Vagni, M., Giostra, V., Maiorano, T., Santaniello, G., & Pajardi, D. (2020). Personal Accomplishment and Hardiness in Reducing Emergency Stress and Burnout among COVID-19 Emergency Workers. *Sustainability*, 12(21), 1–18.
<https://doi.org/10.3390/su12219071>
- van Dam, A., Keijsers, G. P. J., Eling, P. A. T. M., & Becker, E. S. (2012). Impaired cognitive performance and responsiveness to reward in burnout patients: Two years later. *Work & Stress*, 26(4), 333–346.
<https://doi.org/10.1080/02678373.2012.737550>
- Varela, A., Pereira, A., Pereira, A., & Carlos Santos, J. (2017). Distress Psicológico: Contributos para a Adaptação Portuguesa do SQ-48. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(2), 278–296. <https://doi.org/10.15309/17psd180201>
- Vieira, D. A., & Meirinhos, V. (2021). COVID-19 Lockdown in Portugal: Challenges, Strategies and Effects on Mental Health. *Trends in Psychology*, 29(2), 354–374.
<https://doi.org/10.1007/s43076-021-00066-2>
- Vincent-Höper, S., Stein, M., Nienhaus, A., & Schablon, A. (2020). Workplace Aggression and Burnout in Nursing—The Moderating Role of Follow-Up Counseling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), Article 3152. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093152>
- Vindegard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>

- Wang, L., Zhang, X., Zhang, M., Wang, L., Tong, X., Song, N., Hou, J., Xiao, J., Xiao, H., & Hu, T. (2024). Risk and prediction of job burnout in responding nurses to public health emergencies. *BMC Nursing*, *46*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01714-5>
- Young, K. P., Kolcz, D. L., O’Sullivan, D. M., Ferrand, J., Fried, J., & Robinson, K. (2021). Health Care Workers’ Mental Health and Quality of Life During COVID-19: Results From a Mid-Pandemic, National Survey. *Psychiatric Services*, *72*(2), 122–128. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000424>
- Zandifar, A., & Badrfam, R. (2020). Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian Journal of Psychiatry*, *51*, Article 101990. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101990>
- Zhang, S. X., Liu, J., Afshar Jahanshahi, A., Nawaser, K., Yousefi, A., Li, J., & Sun, S. (2020). At the height of the storm: Healthcare staff’s health conditions and job satisfaction and their associated predictors during the epidemic peak of COVID-19. *Brain, Behavior, and Immunity*, *87*, 144–146. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.010>
- Zomer, F., & Gomes, K. (2017). Síndrome de burnout e estratégias de enfrentamento em profissionais de saúde: uma revisão não sistemática. *Revista de Iniciação Científica*, *15*(1), 1–14. <https://doi.org/https://www.periodicos.unesc.net/ojs/index.php/iniciacaocientifica/article/view/3339/3498>
- Zubairi, A. J., & Noordin, S. (2016). Factors associated with burnout among residents in a developing country. *Annals of Medicine & Surgery*, *6*, 60–63. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2016.01.090>

ANEXOS

Anexo A

Declaração do parecer da Comissão de Ética



Documento 24001

Comissão de Ética da Universidade de Évora

A Comissão de Ética da Universidade de Évora informa que, com base nas apreciações favoráveis dos seus membros, deliberou dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto: "Stress e Burnout em Contexto Hospitalar", pela mestranda **Joana Filipa Runa Machado**, sob a supervisão de Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira e Por.^o Doutora Carla Semedo (responsável/eis académico/s).

Universidade de Évora, 12 de abril de 2024

O Presidente da Comissão de Ética

(Prof. Doutor Hugo Miguel Cardinho Alexandre Folgado)

Anexo B

Consentimento Informado

Caro/a Trabalhador/a

Este estudo por questionário insere-se no plano de investigação da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica da Universidade de Évora, sobre o tema *stress e burnout* nos profissionais de saúde, a realizar sob orientação científica da Professora Doutora Anabela Pereira e da Professora Doutora Carla Semedo. Tem como objetivo analisar os níveis de *stress e burnout* nos profissionais de saúde.

A sua participação é voluntária e anónima, sendo que não haverá qualquer risco para o participante. Tem direito a recusar participar ou desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo. Caso queira desistir, bastará "sair" sem submeter o questionário.

Todos os dados pessoais recolhidos pelo questionário vão ser codificados e analisados quantitativamente, assegurando-se a confidencialidade das respostas, que serão utilizadas unicamente para fins estatísticos e de forma anonimizada. Não é solicitada nenhuma identificação dos participantes nas configurações disponíveis na plataforma forms.ue.pt.

Os dados recolhidos através dos questionários serão vão ser conservados pelo período máximo de 5 ano após submissão do questionário, armazenados em pasta privada do Investigador principal e protegidos com encriptação.

Caso deseje obter informações adicionais sobre o questionário poderá contatar a Investigadora principal Joana Machado, através do seguinte endereço eletrónico: joanamachado2311@gmail.com. É garantido ainda que só a equipa de investigação, que integra a investigadora principal e as orientadoras têm acesso aos dados e são responsáveis pelo seu tratamento.

O questionário foi aprovado pela equipa RGD (Regulamento Geral de Proteção de Dados) da Universidade de Évora e cumpre todos os requisitos do Regulamento Europeu de proteção de dados Regulamento (EU) 2016/679, de 27 de abril de 2016 e a Lei 58/2019, de 8 de agosto (LPDP), garantindo a segurança, anonimato e confidencialidade de todos os dados facultados pelos participantes, em todas as fases do processo.

Declaro que recebi informação acerca das circunstâncias da minha participação neste projeto de investigação. Li atentamente e compreendi a informação do Consentimento Informado. Concordo com as condições e compreendo que a participação neste estudo é voluntária e confidencial e que os dados recolhidos serão analisados apenas para fins de investigação.

Anexo C

Questionário Sociodemográfico e Profissional

Amostra 1

1. Género

- 1- Masculino
- 2- Feminino

2. Idade

- 1- <20-29 anos
- 2- 30-39 anos
- 3- 40-49 anos
- 4- 50-59 anos
- 5- 60 ou mais anos

3. Estado civil

- 1- Solteiro(a)
- 2- Casado(a)
- 3- União de facto
- 4- Divorciado(a)
- 5- Viúvo(a)

4. Possui filhos?

- 1- Sim
- 2- Não

5. Categoria Profissional

- 1- Administrativos
- 2- Auxiliares de Ação Médica
- 3- Enfermeiros
- 4- Médicos
- 5- Serviços Gerais (Limpeza, Manutenção, Logística, Rouparia)

- 6- Suporte ao Negócio (Dirigente; Consultor Estratégico; Gestor; Consultor; Técnico; Coordenador)
- 7- Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica || Técnicos Superiores de Saúde

6. Local de trabalho

- 1- Hospital CUF Torres Vedras
- 2- Hospital CUF Santarém

7. Área de trabalho

- 1- Bloco Operatório || Atendimento Permanente
- 2- Internamento
- 3- Ambulatório
- 4- Área Administrativa e de suporte

8. Anos de serviço

- 1- 1 a 5 anos
- 2- 6 a 10 anos
- 3- 11 a 20 anos
- 4- 21 a 30 anos
- 5- 31 a 48 anos

9. Habilitações Académicas

- 1- Ensino Básico
- 2- Ensino Secundário
- 3- Ensino Superior

10. Trabalha por turnos?

- 1- Sim
- 2- Não

11. Quantas horas diárias trabalha?

- 1- < 8 horas
- 2- 8 horas
- 3- 8 a 10 horas

4- 10 a 12 horas

5- > 12 horas

12. Qual o seu vínculo laboral?

1- Efetivo

2- Contrato Temporário / Termo Certo

3- Outro

13. Já esteve de atestado médico por exaustão, cansaço ou stress?

1- Sim

2- Não

14. Qual a distância entre o local de trabalho e a sua residência?

1- 0-5 km

2- 6-10 km

3- 11-20 km

4- 21-30 km

5- >30 km

15. Satisfação no local de trabalho

1- Totalmente insatisfeito

2- Insatisfeito

3- Nem satisfeito, nem satisfeito

4- Satisfeito

5- Totalmente satisfeito

16. Pratica atividade física?

1- Sim

2- Não

17. Sente que o sua exaustão, cansaço e stress aumentaram com a pandemia COVID-19?

1- Sim

2- Não

Amostra 2

1. Género:

- 1- Masculino
- 2- Feminino
- 3- Prefiro não responder

2. Idade

- 1- <20-29 anos
- 2- 30-39 anos
- 3- 40-49 anos
- 4- 50-59 anos
- 5- 60 ou mais anos

3. Estado Civil:

- 1- Solteiro(a)
- 2- Casado(a)
- 3- União de Facto
- 4- Divorciado(a)
- 5- Viúvo(a)

4. Possui filhos?

- 1- Sim
- 2- Não

5. Habilitações Académicas

- 1- Ensino Básico
- 2- Ensino Secundário
- 3- Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado e Doutoramento)

6. Profissão

- 1- Assistente Operacional

- 2- Técnico
- 3- Enfermeiro
- 4- Médico
- 5- Técnico de Superior
- 6- Técnico de Saúde
- 7- Administrativo

7. Tipo de serviço?

- 1- Urgência
- 2- Consulta Externa
- 3- Internamento
- 4- Bloco Operatório
- 5- Hospital de dia

8. Anos de Serviço

- 1- 1- 5 anos
- 2- 6- 10 anos
- 3- 11- 20 anos
- 4- 21- 30 anos
- 5- 31- 48 anos

9. Trabalha por turnos?

- 1- Sim
- 2- Não

10. Quantas horas diárias trabalha?

- 1- 8 horas
- 2- 9 a 10 horas
- 3- 11 a 12 horas
- 4- > 12 horas

11. Qual é o tipo de vínculo?

- 1- Efetivo

- 2- Contrato Temporário/ Termo Certo
- 3- Outros

12. Já teve de atestado médico por exaustão, cansaço ou stress?

- 1- Sim
- 2- Não

13. Qual a distância entre o local de trabalho e a sua residência?

- 1- 0-5 km
- 2- 6-10 km
- 3- 11-20km
- 4- 21-30km
- 5- >30km

14. Satisfação no local de trabalho

- 1- Totalmente insatisfeito
- 2- Insatisfeito
- 3- Nem satisfeito, nem satisfeito
- 4- Satisfeito
- 5- Totalmente satisfeito

15. Pratica atividade física?

- 1- Sim
- 2- Não

16. Sente que o sua exaustão, cansaço e stress aumentaram com a pandemia COVID-19?

- 1- Sim
- 2- Não

17. No meu trabalho sinto que o stress/ Burnout tem impacto na minha prática profissional.

- 1- Nunca
- 2- Raramente
- 3- Algumas vezes

4- Frequentemente

5- Sempre

Anexo D

Burnout Assessment Tool

BURNOUT ASSESSMENT TOOL

PORTUGUESE VERSION

Versão do BAT para contexto de trabalho

Instruções

As seguintes afirmações estão relacionadas com a sua situação no trabalho e como experiência esta situação.

Por favor, indique a frequência com cada afirmação se aplica a si.

Classificação

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

Sintomas Principais

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
Exaustão					
1. No trabalho, sinto-me mentalmente exausto(a)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tudo o que faço no trabalho exige muito esforço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Depois de um dia no trabalho, acho difícil recuperar a minha energia*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No trabalho, sinto-me fisicamente exausto(a)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quando me levanto de manhã, falta-me a energia para começar um novo dia no trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quero estar ativo(a) no trabalho, mas de alguma forma sou incapaz de o fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Quando me esforço no trabalho, fico rapidamente cansado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. No final de um dia de trabalho, sinto-me mentalmente exausto(a) e esgotado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Distância Mental</i>	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
9. Tenho dificuldade em encontrar algum entusiasmo pelo meu trabalho*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. No trabalho, não penso muito no que estou a fazer e funciono em piloto automático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sinto uma forte aversão em relação ao meu trabalho*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sinto-me indiferente em relação ao meu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sou cínico(a) sobre o que o meu trabalho significa para os outros*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Incapacidade no Controlo Cognitivo</i>					
14. No trabalho, tenho dificuldade em manter-me focado(a)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. No trabalho, luto para pensar claramente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sou esquecido(a) e distraído(a) no trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Quando estou a trabalhar, tenho dificuldade em me concentrar*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Faço erros no meu trabalho porque tenho a cabeça sobrecarregada com outras coisas*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Incapacidade no Controlo Emocional</i>					
19. No trabalho, sinto-me incapaz de controlar as minhas emoções*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Não me reconheço na maneira como reajo emocionalmente no trabalho*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Durante o trabalho, fico irritado(a) quando as coisas não são como eu quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Fico perturbado(a) e triste no trabalho sem saber porquê	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Pode acontecer que no trabalho eu reaja exageradamente sem querer*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: * = Versão curta

Sintomas Secundários

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
<i>Angústia Psicológica</i>					
1. Tenho dificuldade em adormecer ou em ficar a dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tendo a preocupar-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto-me tenso(a) e stressado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sinto-me ansioso(a) e / ou sofro de ataques de pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O ruído e as multidões perturbam-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Queixas Psicossomáticas</i>					
6. Sofro de palpitações ou dores no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sofro de problemas de estômago e / ou intestinais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sofro de dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sofro de dores musculares, por exemplo no pescoço, ombros ou costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fico doente muitas vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo E

Escala de Distress Psicológico de Kessler (K10)

ESCALA DE DISTRESS PSICOLÓGICO DE KESSLER (K10) - PT

Anabela Pereira, Carla Oliveira, Inês Direito, Paula Vagos, Ana Bárto, Sara Monteiro e Jacinto Jardim

Não existem respostas certas ou erradas. Responda de acordo como se sentiu durante os últimos 30 dias. Para cada afirmação escolha uma das seguintes alternativas:

	<i>Nenhum dia</i>	<i>Poucos dias</i>	<i>Alguns dias</i>	<i>A maior parte dos dias</i>	<i>Todos os dias</i>
1. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu cansado sem nenhuma razão aparente	1	2	3	4	5
2. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu nervoso?	1	2	3	4	5
3. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu nervoso ao ponto de nada o conseguir acalmar?	1	2	3	4	5
4. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu sem esperança	1	2	3	4	5
5. Durante os últimos 30 dias com que frequência se sentiu irrequieto ou agitado?	1	2	3	4	5
6. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu irrequieto ao ponto de não conseguir parar quieto?	1	2	3	4	5
7. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu deprimido?	1	2	3	4	5
8. Durante os últimos 30 dias, com que frequência sentiu que tudo era um esforço?	1	2	3	4	5
9. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu tão triste que nada o conseguiu animar?	1	2	3	4	5
10. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu inútil?	1	2	3	4	5

Tradução e adaptação por Anabela Pereira et al. (2014-2019) para o Português Europeu da versão do Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, et al. (2003) Kessler Psychological Distress Scale (K10)