



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Stress Ocupacional, *Burnout* e Suporte Social nos Profissionais de Saúde Mental

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção de grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Por

Susana Cristina Cerqueira Miranda



Faculdade de Filosofia de Braga

Dezembro, 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Stress Ocupacional, *Burnout* e Suporte Social nos Profissionais de Saúde Mental

Dissertação apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção de grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Por

Susana Cristina Cerqueira Miranda

Sob Orientação da Professora Doutora Eleonora Cunha Veiga Costa



Faculdade de Filosofia de Braga

Dezembro, 2011

RESUMO

Este estudo tem como objectivos: identificar as fontes de *stress* nos profissionais de saúde mental; comparar os níveis de *stress* ocupacional e *burnout* tendo em conta as variáveis sócio-demográficas e profissionais e analisar a relação entre as variáveis, apoio social *burnout* e *stress* ocupacional nos profissionais de saúde mental. Foram utilizados como instrumentos de avaliação um questionário sócio-demográfico, o Maslach Burnout Inventory (MBI), o Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). Neste estudo participaram 40 profissionais de saúde mental. Foram testadas sete hipóteses: na primeira hipótese, esperávamos que existissem diferenças entre os profissionais de saúde mental quanto à expressão de *stress* e *burnout*. Esta não se confirmou. Na segunda hipótese, esperávamos que existissem diferenças entre os profissionais de saúde do sexo feminino e masculino quanto à expressão de *stress* e *burnout*. Apenas se confirmou parcialmente. Na terceira hipótese, esperávamos que os profissionais de saúde mental casados tivessem níveis mais baixos de *stress* e *burnout* do que os solteiros. Não se confirmou. Na quarta hipótese esperávamos que os profissionais de saúde mais novos possuíssem níveis mais elevados de *stress* e *burnout*. Confirmou-se. Na quinta hipótese, esperávamos que os profissionais que trabalham mais horas por semana possuíssem níveis mais elevados de *stress* e *burnout*. Não se confirmou. Na sexta hipótese, esperávamos que os profissionais com mais reduzida experiência profissional apresentassem níveis mais elevados de *stress* e *burnout*. Apenas se confirmou parcialmente. Por último, na sétima hipótese esperávamos que quanto maior o apoio social, menor seriam os níveis de *stress* e *burnout* nos profissionais. Apenas se confirmou parcialmente.

Palavras-Chave: Síndrome de *Burnout*, *Stress* Ocupacional, Apoio Social, e Profissionais de Saúde mental

ABSTRACT

This study aims to: identify sources of stress in mental health professionals, to compare levels of stress and burnout taking into account the socio-demographic and professional and to analyse the relationship between social support, burnout and occupational stress in mental health professionals. Were used as instruments for socio-demographic questionnaire, the Maslach Burnout Inventory (MBI), the Questionnaire Stress in Health Professionals (QSPS) and Scale and Satisfaction with Social Support (ESSS). This study involved 40 mental health professionals. Seven hypotheses were tested: on the first hypothesis, we hoped that differences exist between mental health professionals for the expression of stress and burnout. This was not confirmed. On the second hypothesis, we hoped that differences exist between the health professional female and male for the expression stress and burnout. This was only partially confirmed. On the third hypothesis hoped that mental health professionals married lower levels of stress and burnout than single people. This was not confirmed. On the fourth hypothesis hoped the younger health professionals have higher levels of stress and burnout. This was confirmed. On the fifth hypothesis we hoped that health professionals working more hours per week had higher levels of stress and burnout. This hypothesis was not confirmed. On the sixth hypothesis we hoped that health professionals reduced with more professional experience reported higher levels of stress and burnout. This was only partially confirmed. Finally, on the seventh hypothesis we hoped that higher the social support would be lower levels of stress and burnout in the professionals. This was only partially confirmed.

Key-Words: Burnout Syndrome, Occupational Stress, Social Support and Mental Professionals.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho é fruto de um tenro percurso nos domínios da psicologia. Foi marcado por diversas etapas, quer de grande entusiasmo, quer de grandes sacrifícios. O produto final não seria possível sem o apoio de várias pessoas às quais quero desde já agradecer.

À minha orientadora, Professora Doutora Eleonora Costa, pelos muitos ensinamentos valiosos ao longo deste trabalho e, ainda, pela pessoa e profissional que é.

Aos profissionais de saúde da Casa de Saúde de S. José, quero agradecer pela colaboração nesta investigação, uma vez que sem eles, peças chave em todo este processo, o estudo não seria possível.

Aos meus pais, sacrifícios e apoio que me deram ao longo dos meus 23 anos. Obrigada pela dedicação, pelo amor e por tudo o que me possibilitaram. À minha avó e a toda a minha família por todo o apoio e admiração que sempre demonstraram neste meu percurso académico.

Ao João Pedro, pelo amor, compreensão e incentivo para não desistir ao longo deste árduo trabalho.

Aos meus amigos, pelos bons momentos e pelo significado que dão à minha vida.

Às minhas colegas de curso, especialmente à Diana e à Filipa, quero agradecer os momentos de alegria e de trabalho que partilhamos em conjunto. Foi muito bom conhecer-vos.

Um muito obrigado a todos!

Índice

Resumo

Abstract

Agradecimentos

Índice

Lista de Figuras

Quadros

Introdução 1

Parte I: Enquadramento Teórico

Capítulo I: O *Stress* Ocupacional

1. Evolução do conceito de *stress* e sua definição 5
2. Definição do *stress* ocupacional 8
3. Modelos de *stress* ocupacional 11
4. Factores geradores de *stress* ocupacional 15
5. Factores moderadores de *stress* 17
6. Efeitos de *stress* ocupacional 18
7. *Stress* e Suporte Social 21

Capítulo II: *Burnout*

1. Definição de Síndrome de *Burnout* 28
2. Manifestações e consequências do *Burnout* 30
3. Modelos de *Burnout* 33
4. Causas de *Burnout* 36

4.1.Variáveis Individuais e <i>Burnout</i>	38
4.1.1.Características Demográficas e <i>Burnout</i>	38
4.1.2.Características da Personalidade e <i>Burnout</i>	40
4.1.3.Atitudes para com o trabalho	41
4.2.Variáveis Situacionais e <i>Burnout</i>	41
4.2.1.Características do Trabalho e Organizacionais	41
Capítulo III: O Profissional de Saúde Mental	
1.Profissionais de Saúde	44
2.Profissionais de Saúde Mental	48
Parte II – Estudo empírico	
Capítulo IV: Metodologia	
1.Objectivos da investigação e Tipo de estudo	54
2.Hipóteses	54
3.Variáveis	55
4.Procedimentos de recolha de dados	55
5.Participantes	56
5.1.Caracterização sócio-demográfica da amostra	56
5.2.Caracterização da situação profissional da amostra	59
6. Instrumentos	62
6.1. Questionário sócio-demográfico	62

6.2. Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS)	62
6.3. Inventário de Burnout de Maslach- (MBI-HSS)	65
6.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	66
7. Procedimentos estatísticos	67
Capítulo V: Apresentação dos resultados	
1. Caracterização das principais variáveis psicossociais estudadas	70
1.1. Questionário de <i>Stress</i> nos Profissionais de Saúde – QSPS	70
1.1.1. Factores de <i>Stress</i> (dimensões do QSPS)	72
1.1.2. Inventário de “Burnout” de Maslach – Prestadores de serviços Humanos (<i>Maslach Burnout Inventory – Human Services</i>)	76
1.1.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	78
2. Resultados do Teste de Hipóteses	79
2.1. Hipótese 1	79
2.2. Hipótese 2	83
2.3. Hipótese 3	84
2.4. Hipótese 4	85
2.5. Hipótese 5	87
2.6. Hipótese 6	89
2.7. Hipótese 7	90

Capítulo VI: Discussão dos resultados e conclusões

1.Discussão dos resultados	94
2.Limitações do estudo	100

Capítulo VII: Conclusão Integrativa e Implicações Futuras

102

Referências Bibliográficas

106

Anexos

Anexo I: Autorização de utilização dos instrumentos de avaliação

Anexo II: Consentimento informado

Anexo III: Instrumentos de avaliação

Lista de Figuras

Figura 1: Modelo De Exigências Controlo de Karasek	13
Figura 2: Modelo “Effort-Reward imbalance” de Siegrist	14
Figura 3: Modelo de Stress Ocupacional de Cooper e Marshall	20

Quadros

Quadro 1: Caracterização sócio-demográfica da amostra	58
Quadro 1a: Caracterização sócio-demográfica da amostra	59
Quadro 2: Dados relativos à situação profissional da amostra	59
Quadro 2a: Dados relativos à situação profissional da amostra	60
Quadro 2b: Dados sobre a situação profissional da amostra relativos às questões se pudesse deixaria a instituição onde trabalha e se pudesse mudaria de profissão por outra actividade profissional por grupo de profissionais	61
Quadro 3: Alfa de Cronbach (α) na avaliação da consistência interna	64
Quadro 5: Itens de mais elevada frequência relativa em cada grupo amostral, por opção de resposta	71
Quadro 6: Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, do total da amostra, relativamente às dimensões do Questionário de <i>Stress</i> nos Profissionais de Saúde	72
Quadro 4a: Percentagem de sujeitos “Auxiliares” e “Enfermeiros” em cada uma das opções de resposta ao Questionário de <i>Stress</i> nos Profissionais de Saúde	73
Quadro 4b: Percentagem de sujeitos “Médicos” e “Outros Profissionais de Saúde” em cada uma das opções de resposta ao Questionário de <i>Stress</i> nos Profissionais de Saúde	74
Quadro 4c: Percentagem de sujeitos do “Total da Amostra” em cada uma das opções de resposta ao Questionário de <i>Stress</i> nos Profissionais de Saúde. Teste do Qui-Quadrado	75
Quadro 7: Frequência absoluta (n) e relativa (%) em cada uma das dimensões do QSPS, por opção de resposta	76
Quadro 8: Frequência relativa (%) dos scores de <i>burnout</i> – baixo, intermédio e elevado – nos 4 grupos da amostra, bem como no total da amostra, relativamente às dimensões do Inventário de “Burnout” de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos	77
Quadro 9: Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, do total da amostra, relativamente às dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social	78
Quadro 10: Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, <i>mean rank</i> e teste H Kruskal-Wallis na comparação entre os 4 grupos de profissionais de saúde, relativamente às dimensões do Questionário de <i>Stress</i> nos Profissionais de Saúde	81

Quadro 11a: Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, <i>mean rank</i> e teste <i>H</i> Kruskal-Wallis na comparação entre os 4 grupos de profissionais de saúde, relativamente às dimensões do Inventário de “Burnout” de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos	81
Quadro 11b: Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, do total da amostra, relativamente às dimensões do Inventário de “Burnout” de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos	82
Quadro 12: Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, classificação média (<i>mean rank</i>) e comparação entre Homens <i>vs</i> Mulheres	83
Quadro 13: Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, classificação média (<i>mean rank</i>) e comparação entre os sujeitos solteiros <i>versus</i> casados	85
Quadro 14: Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, classificação média (<i>mean rank</i>) e comparação entre os sujeitos dos dois grupos etários	87
Quadro 15: Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, classificação média (<i>mean rank</i>) e comparação entre os sujeitos dos dois grupos, em função do número de horas de trabalho semanal	88
Quadro 16: Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, classificação média (<i>mean rank</i>) e comparação entre os sujeitos de diferente experiência profissional	90
Quadro 17: Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, classificação média (<i>mean rank</i>) e comparação entre os sujeitos classificados com diferente suporte social	92

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surgiu do interesse em estudar o *stress* a que os profissionais de saúde mental estão expostos regularmente e suas consequências.

Ultimamente, nos países industrializados, têm vindo a ocorrer alterações drásticas nas condições de trabalho, devido ao desenvolvimento social, económico e tecnológico. Lundberg (2000; cit in Loureiro, 2006), refere que actualmente os indivíduos estão expostos a exigências quantitativas e qualitativas elevadas, a níveis complexos de competitividade e a serem ainda pressionados a revelarem eficiência no seu desempenho.

Hoje em dia, o *stress* ocupacional e o *burnout* são vistos como um problema psicossocial, preocupando a comunidade científica e as entidades organizacionais, devido à severidade das suas consequências individuais e organizacionais (Silva, Queirós & Rodrigues, 2009). As instituições de saúde, especialmente os hospitais e os centros de saúde constituem ambientes de trabalho com características organizacionais normalmente associadas ao *stress* (Silva, Queirós & Rodrigues, 2009).

O *stress* ocupacional é um fenómeno que afecta uma grande percentagem de trabalhadores no mundo industrializado, sendo que, este *stress* ocupacional pode originar o *burnout* que pode ser conceptualizado como a fase final do *stress* profissional crónico. De acordo com Maslach (1998, 2006; cit in Oliveira 2008), o *burnout* pode ser conceptualizado como a fase final do *stress* profissional crónico, apresentando três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e diminuída realização pessoal.

Segundo Queirós (2005), o *burnout* é um tema que tem originado várias investigações pelo mundo todo. Em Portugal já se realizaram alguns estudos, principalmente com professores e profissionais de saúde.

Embora já haja estudos que evidenciam esta problemática noutras profissões, aqueles que mantêm um contacto directo com as pessoas, tal como os profissionais de saúde, apresentam-se ainda hoje como um grupo de risco extremo. Os profissionais de saúde estão diariamente expostos a inúmeras situações desgastantes, quer ao nível do contacto com os pacientes, quer com o próprio ambiente de trabalho. Acreditamos contudo que em alguns serviços, como é o caso de Psiquiatria, estes se encontrem ainda mais expostos às situações que podemos designar de *distress*, devido ao contacto emocionalmente exigente.

Num estudo realizado com 477 enfermeiras e auxiliares de seis hospitais de Palma de Maiorca, concluiu-se que as causas mais importantes de *stress* eram a sobrecarga de trabalho

(50.94%), a escassez de pessoal (18.86%), os conflitos de equipa (10.06%), a insuficiência de recursos materiais (9.95%), problemas dos turnos (6.07), e, por último, 5.45% desta amostra referiu a morte dos pacientes (Vives, 1994; cit in Queirós, 2005). Assim, de acordo com Queirós (2005), os profissionais de saúde mental em alguns estudos indicam níveis elevados de *burnout*. Por isso, torna-se relevante estudar esta temática nos profissionais de saúde mental, possibilitando a compreensão dos elevados níveis de *burnout*, que a literatura refere.

No nosso estudo, procuramos avaliar a intensidade de *stress* e *burnout* a que os profissionais de saúde mental estão expostos.

Ao nível estrutural este trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas. Na primeira parte apresentamos uma revisão da literatura científica sobre o tema, que se subdivide em três capítulos. No primeiro capítulo, efectuamos uma abordagem do conceito *stress* e da sua evolução histórica, definimos *stress* ocupacional e apresentamos os modelos explicativos que lhe estão subjacentes, os factores geradores e moderadores do *stress*. No segundo capítulo, será analisado o conceito de síndrome de *burnout* e os modelos explicativos do mesmo, bem como as suas manifestações. O terceiro capítulo visa reflectir sobre as potenciais fontes de *stress* e *burnout* dos profissionais de saúde mental.

Na segunda parte da dissertação apresentamos o estudo empírico realizado, que também inclui três capítulos. No quarto capítulo, realizar-se-á a descrição metodológica do estudo. Por sua vez, no quinto capítulo serão apresentados os resultados e, por último, no sexto capítulo apresentamos a discussão dos resultados e conclusão.

Esperamos com este trabalho poder dar um contributo para um maior conhecimento e sensibilização quanto aos factores que podem prejudicar a saúde dos profissionais de saúde mental.

Capítulo I

O *STRESS* OCUPACIONAL

1. Evolução do conceito de *Stress*

O *stress* é um dos termos mais usado no quotidiano e, na maioria das vezes é utilizado de forma incorrecta.

De acordo com Maslach (1986; cit in Loureiro, 2006) não existe um significado comum unicamente aceite e Marmot e Madge (1987; cit in Gomes, 1999) referem que este desacordo não é só ao nível do significado do *stress*, mas também quanto à forma como este deve ser avaliado.

A palavra *stress* deriva do verbo latino *stringere*, *stringo*, *strinxi*, *strinctum* que significa apertar, comprimir, restringir.

Este conceito surge no século XIV associado ao significado de adversidade ou dificuldade (Novais, 2010). Ao longo dos séculos o *stress* foi tendo diferentes definições e aplicações, assim como teorias explicativas, consoante a disciplina associada como a física, a engenharia e a biologia (Teixeira, 2010).

A primeira definição de *stress* foi concebida pelo médico Hans Selye, em 1936, este definiu-o inicialmente, como uma síndrome geral de adaptação, na qual o organismo responde de forma semelhante a diversos estímulos, voltando posteriormente ao estado de homeostase que possuía inicialmente. Esta síndrome é composta por três fases: fase de alarme, fase de resistência, fase de exaustão (Selye, 1976; cit in Odgen, 2004)

Selye, em 1976, redefiniu o conceito de *stress* como “uma resposta não específica do corpo a qualquer exigência” e stressor como “o que produz *stress*”. Teixeira (2008) refere que o termo *stress* definido por Selye evoluiu e sofreu influências de dois fisiologistas, Benard e Cannon, redefinindo o *stress* como uma perda do equilíbrio homeostático do organismo.

Já Lipp e Malagris (2001, cit in Malagris & Friorito, 2006, p. 392) mencionam que o *stress* é definido como “uma reacção do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz”.

De acordo com Santos e Castro (1998, p.677) o “*stress* é a condição que resulta quando as trocas (transacções) pessoa/meio ambiente, levam o indivíduo a perceber e sentir uma discrepância, que pode ser real ou não, entre as exigências de uma determinada situação e os recursos do indivíduo, ao nível biológico, psicológico ou de sistemas sociais”.

Por sua vez, Muniz, Primi e Miguel (2007) consideram que o *stress* é “um desgaste geral do organismo ocasionado por alterações psicofisiológicas diante de situações que despertam, emoções, tanto boas quanto más, que exijam mudanças. Essas situações constituem fontes de *stress* e chamadas estressores e podem ter causas internas (geradas no próprio indivíduo, criadas e relacionadas ao tipo de personalidade) e externas (eventos que ocorrem na vida da pessoa, podendo ser agradáveis ou desagradáveis) ”.

Assim, Lipp (1996; cit in Teixeira, 2010) afirma que as reacções ao *stress* podem desencadear quer sintomas físicos como sintomas psicológicos e contribuir para a etiologia de doenças graves e modificação significativa da qualidade de vida individual e do grupo. Porém, apesar dos aspectos negativos do *stress* devemos também percepcioná-lo como uma experiência crucial, na medida em que possui um papel fundamental para a adaptação do ser humano, crescimento e desenvolvimento pessoal e para motivar o indivíduo para a acção (Rita, Patrão & Sampaio, 2010), sendo assim, como afirma Selye (1976; cit in Odgen, 2004), o *stress* é inevitável e necessário à vida.

Também Muniz, Primi e Miguel (2007) afirmam que o *stress*, apesar de todos os seus aspectos negativos, em certo grau é fundamental e pode ser benigno ao organismo, visto que proporciona melhor desempenho das funções orgânicas e psíquicas, como o crescimento e a criatividade. Sendo assim, existe uma distinção entre o termo *distress* que origina efeitos negativos, é um *stress* desagradável, e o *eustress* que origina efeitos positivos, *stress* agradável (Selye, 1975; cit in Novais, 2010).

Selye (cit in Ogden, 2004) aponta para a utilização da palavra “*stress*” para definir o processo psicofisiológico em que o organismo se encontra; “*reacção de stress*” para definir o comportamento/resposta expressado pelo organismo resultante do processo de *stress* desenvolvido; “*stressor*” para descrever as causas que despoletam a excitação do organismo.

Cooper, Dewe e O'Driscoll (2001) e Hespagnol (2005) mencionam que o termo *stress* tem tido diversas definições, pois tem sido visto tanto como variável independente, variável dependente e como processo. Assim sendo, o *stress* foi definido como estímulo, resposta e como uma interação entre ambos (Cox, cit in Cooper, Dewe & O'Driscoll, 2001; Cunha, Cunha, & Cabral-Cradoso, 2005). Contudo, é com Lazarus, que nos anos 70, o *stress* passa a ser estudado numa perspectiva psicológica. Este autor desenvolveu o modelo transaccional de *stress*, sustentando que a resposta de *stress* surge depois de o indivíduo avaliar a situação como sendo ou não potencialmente geradora de *stress* (Lazarus, DeLongis, Folkman & Gruen, 1985).

Por sua vez Laranjeira (2009) menciona que o *stress* pode ser encarado, dependendo da perspectiva defendida, como: (a) estímulo (força externa ao sujeito), (b) resposta (reações fisiológicas ou psicológicas do sujeito na presença de estímulos stressores), (c) percepção (produto da compreensão e cognições do sujeito), (d) inadaptação, entre as exigências da situação e as estratégias que o sujeito planeia usar para enfrentar essas exigências.

Assim, pode-se proferir que o *stress* enquanto estímulo teve origem na física e é definido como uma força exercida sobre o sujeito que produz uma reacção do organismo. Os modelos de *stress* que defendem esta perspectiva procuram identificar os diversos tipos de situações ou factores que podem provocá-lo, assim como condições físicas ou psicológicas. Contudo, esta perspectiva foi criticada por não considerar que os indivíduos não reagem da mesma maneira às fontes de *stress*.

O *stress* enquanto resposta é visto numa perspectiva fisiológica. Nesta perspectiva, o *stress* é entendido como uma resposta inespecífica do organismo a qualquer pedido, isto é, a resposta ao *stress* seria a mesma independentemente dos factores geradores do mesmo (Selye, 1976; cit in Odgen, 2004). Ainda Maslach (1986; cit in Teixeira, 2008), na mesma perspectiva, refere que o *stress* emerge como uma resposta a estímulos externos. Esta abordagem fisiológica recebeu algumas críticas por parte de outros investigadores, uma vez que esta abordagem não tem em atenção os factores do meio no processo de *stress* (Cooper et al., 2001), pois focaliza-se somente nos processos biológicos tais como as alterações hormonais perante situações de *stress* (Silva, 2001).

O *stress* visto enquanto interacção tem como finalidade o estudo das interacções existentes entre estímulos e respostas, bem como, das variáveis moderadoras dessas mesmas interacções. Nesta perspectiva interaccionista, Mason em 1975 (cit in Ogden, 2004) explica que a definição de *stressor* é produto da interacção de diversos factores como por exemplo, história de vida do indivíduo, crenças do mesmo, tipo de personalidade, constituição física, psicológica do indivíduo entre outros. Hespanhol (2005), na mesma perspectiva, menciona que no modelo interactivo do *stress* é crucial considerar três domínios que se relacionam entre si: (1) causas de *stress*; (2) moderadores de *stress* e (3) manifestações de *stress*.

Por último, a abordagem do *stress* como transacção centra-se em dois processos: avaliação cognitiva e *coping* (Cooper et al., 2001). De acordo com Lazarus e Launier (1978; cit in Ogden, 2004), o *stress* é visto nesta perspectiva como uma transacção entre o indivíduo e meio ambiente. Este modelo descreve os sujeitos como seres psicológicos que avaliam, actuam e reagem às interacções com os estímulos/ambiente. Segundo este modelo, o sujeito avalia o meio ambiente de maneira a determinar se este constitui uma ameaça ou um desafio para o seu bem-estar, avalia as exigências e os recursos de que dispõem para enfrentar as ameaças e desenvolve estratégias de *coping* para minimizar o *stress* (Behson, 2002; Folkman, 1984; Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986). Assim, consoante a avaliação desta relação com o ambiente e as estratégias de *coping*, o indivíduo, vai ou não sentir *stress*.

Apesar de existirem diversas perspectivas sobre o *stress*, na visão contemporânea, o *stress* é visto à luz desta última perspectiva.

2. Definição de *Stress* Ocupacional

O estudo do *stress* ocupacional e dos seus riscos iniciou-se nos anos 60 com Khan e seus colaboradores (Quick, Piotrkowski, Jenkins & Brooks, 2004; cit in Teixeira, 2008). Ultimamente o *stress* ocupacional tem sido alvo de vários estudos devido aos elevados custos e efeitos a nível organizacional e individual e que provocam perdas de produtividade (Cooper et al., 2001). O *stress* ocupacional é um fenómeno que afecta uma grande percentagem de trabalhadores no mundo industrializado (Rosa, Albiol & Salvador, 2009), contudo Melo, Gomes e Cruz (1997) referem que existem

ainda poucos estudos que se dediquem à análise da incidência, da etiologia e da prevalência deste *stress*, sobretudo em Portugal, visto que no nosso país existe ainda uma lacuna nesta área de investigação.

Este fenómeno, segundo Holt (1991; cit in Menzani, 2006) é recente e constitui um novo campo de estudo que salienta o aparecimento de doenças relacionadas com a actividade laboral.

O *stress* pode ocorrer em qualquer pessoa e, quando este se refere especificamente à ocupação desempenhada, é designado por *stress* ocupacional ou profissional (Santos, 2010). Gomes, Cabanelas, Macedo e colaboradores (2008) declararam que este fenómeno ocorre quando os colaboradores percebem os seus recursos como diminutos para enfrentar as exigências desencadeadas pela actividade laboral.

Segundo Ross e Altmaier (1994; cit in Loureiro, 2006, p.62), o *stress* ocupacional é “a interacção das condições do trabalho com as características do trabalhador de tal modo que as exigências do trabalho excedem a capacidade do trabalhador lidar com elas”.

Por sua vez, Trucco (1998; cit in Trucco, Valenzuela & Trucco, 1999) definiu *stress* ocupacional como o conjunto de processos e respostas fisiológicas, emocionais e comportamentais perante situações que são percebidas e interpretadas pelo indivíduo como ameaça ou perigo, quer seja para a sua integridade biológica ou psicológica. Em suma, *stress* surge quando há uma discrepância entre as capacidades do indivíduo e as exigências do seu meio ambiente (Trucco, Valenzuela & Trucco, 1999).

Lazarus (1991,1995), refere também, que a experiência de *stress* ocupacional ocorre normalmente quando os trabalhadores sentem que os seus recursos pessoais são escassos para lidar com as exigências da actividade laboral. No geral, a literatura refere que o *stress* ocupacional consiste “num problema negativo, de carácter perceptual, resultante de estratégias inadequadas de combate às fontes de *stress*, e que traz consequências negativas tanto no plano mental quanto físico” (Cooper 1988; cit in Moraes, Kilimnik & Ladeira, 1993, p.146). Ainda, Cooper (1993; cit in Menzani, 2006) definiu o *stress* ocupacional como “um problema de origem perceptiva que resulta da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho, repercutindo-se em

problemas a nível físico e mental, assim como na satisfação no trabalho, afectando o indivíduo e as organizações”.

O *stress* profissional origina-se a partir da insatisfação por parte dos indivíduos quando percebem que o trabalho não satisfaz as suas necessidades de realização profissional, quando não vai ao encontro dos seus valores ou quando entende que não é recompensado adequadamente pelo seu esforço (Siegrist, 1996; cit in Loureiro, 2006).

Segundo Gomes (1998, p.12), pode-se verificar que as respostas disfuncionais por parte do indivíduo em relação à sua ocupação tendem a ocorrer sempre que se verifica uma das seguintes situações: “(1) quando o profissional se sente incapaz de controlar as condições de trabalho; (2) quando não possui estratégias de confronto adequadas e adaptadas à situação e, por fim, (3) quando não possui qualquer fonte de apoio social que o ajude a lidar com as dificuldades colocadas pela sua profissão.” Estas três situações podem originar vários tipos de reacções ao nível comportamental, fisiológico, emocional e cognitivo (Levi, 1990; cit in Gomes, 1998). Assim, Tattersall e Farmer (1995; cit in Gomes, 1998), referem que o *stress* ocupacional pode ser percebido como uma incapacidade do sujeito em adaptar-se às constantes mudanças e exigências colocadas pelo seu contexto de trabalho.

A Comissão Europeia (2002) refere que o *stress* ocupacional pode revelar-se um bom motivador, na medida em que pode encorajar o trabalhador a assumir o controlo do seu trabalho, se existir apoio social dos supervisores e colegas e se for recompensado pelo seu esforço e desempenho.

De acordo com Martins (2008), a prática de uma profissão está associada a uma articulação entre factores sociais e psicológicos que influenciam o comportamento do sujeito e o desempenho na sua profissão. Também Visser, Smets, Oort e Haes (2003), indicam que os factores individuais, organizacionais e interpessoais são os aspectos que se relacionam directamente com a manifestação do *stress* ocupacional. Raramente, este *stress* é produto duma única fonte, normalmente, este advém das características do trabalhador, do tipo de trabalho e das características da organização.

Segundo McGrath (1976; cit in Melo, Gomes & Cruz, 1997, p.54), existem seis fontes de *stress* no âmbito organizacional, tendo em conta as relações entre *stress* e o comportamento nas organizações: a) ” *Stress* baseado na tarefa” relacionado com a

sobrecarga de trabalho e o grau de dificuldade); b) “*Stress* baseado no papel” (relacionado com o conflito, ambiguidade, entre outros); c) “*Stress* intrínseco ao contexto do comportamento; d) “*Stress* proveniente do próprio meio ambiente físico” (como a temperatura ambiente); e) “*Stress* proveniente do ambiente social” (conflitos interpessoais); f) “*Stress* pessoal” (como sintomatologia depressiva).

No seu modelo (Pires & Cerdeira, 1989; Sutherland & Cooper, 1993; cit in Hespanhol, 2005) evidencia cinco categorias que podem originar *stress* ocupacional: 1) as causas intrínsecas ao trabalho; 2) o papel na organização; 3) a progressão na carreira; 4) as afinidades no trabalho; 5) a estrutura e o clima organizacional. Segundo Hespanhol (2005), o *stress* ocupacional não deve ser separado do *stress* originado por acontecimentos do dia-a-dia do indivíduo, principalmente dos conflitos familiares, sociais, conflitos de papéis, entre outros.

Quando as respostas do indivíduo perante o *stress* não são adequadas, este pode desenvolver alguns sintomas negativos ao nível da saúde física e mental, o que se vai reflectir a nível organizacional (Maslach, 2006; cit in Martins, 2008).

Em suma, o *stress* ocupacional é um estado emocional, provocado por uma disparidade entre o grau de exigência do trabalho e os recursos disponíveis do sujeito para lidar com as exigências do trabalho, sendo que nem todas as pessoas ficam stressadas com os mesmos stressores, ou seja, o que determina a ocorrência de *stress* é a interacção entre as características do ambiente e as características do sujeito.

3. Modelos de *stress* ocupacional

Ao longo das últimas décadas a literatura tem evidenciado determinados modelos que incidem nos efeitos psicossociais do ambiente laboral na doença física e psicológica (Hammer, Saksvik, Nytro, Torvatn & Bayazit, 2004).

Sendo assim, de seguida iram ser apresentados os modelos que melhor descrevem o *stress* ocupacional. Foram desenvolvidas inúmeras investigações, nos finais dos anos 70, cujo o intuito central era a saúde ocupacional e o *stress*.

Na sequência destas investigações, Karasek em 1979, propôs o Modelo de “*Demand-control*”. Este modelo tenta explicar os factores ocupacionais que influenciam o aumento do *stress*, salientando também a importância da promoção da motivação, da aprendizagem e do desenvolvimento das pessoas na realização do seu trabalho. (Theorell & Karasek, 1996).

Segundo Araújo, Graça e Araújo (2003), este modelo compreende duas dimensões básicas: (1) o grau de controlo que o sujeito percebe que tem sobre o trabalho; (2) a exigência psicológica do trabalho. De acordo com os mesmos autores, este modelo descreve que a combinação das exigências do trabalho e do controlo sobre as tarefas do trabalho originarão distintos níveis de tensão percebida, riscos associados com o *stress* e comportamentos activo-passivos relacionados com o trabalho.

Segundo Theorell e Karasek (1996), há quatro condições de trabalho: (a) “o trabalho activo que combina exigências e controlo fortes”; (b) “o trabalho passivo que combina exigências e controlo fracos”; (c) “o trabalho stressante que combina exigências elevadas e controlo fraco”, e (d) “o trabalho pouco stressante que combina controlo elevado e exigências reduzidas”.

Assim, segundo Chambel (2005; cit in Martins, 2008) pode-se distinguir o grau de actividade que alterna entre activo e passivo, e o de exigências que alterna entre elevadas e reduzidas. O nível de exigências pode ter efeitos maléficos quer na saúde física quer na saúde psicológica.

Posteriormente, Johnson e Hall (1988; cit in Chambel, 2005; cit in Martins, 2008) incorporaram neste modelo o apoio social. Uma das críticas feitas a este modelo consiste no facto de se centralizar principalmente no trabalho e excluir outras variáveis cruciais como, por exemplo, as características individuais, os factores sociais e ambientais.

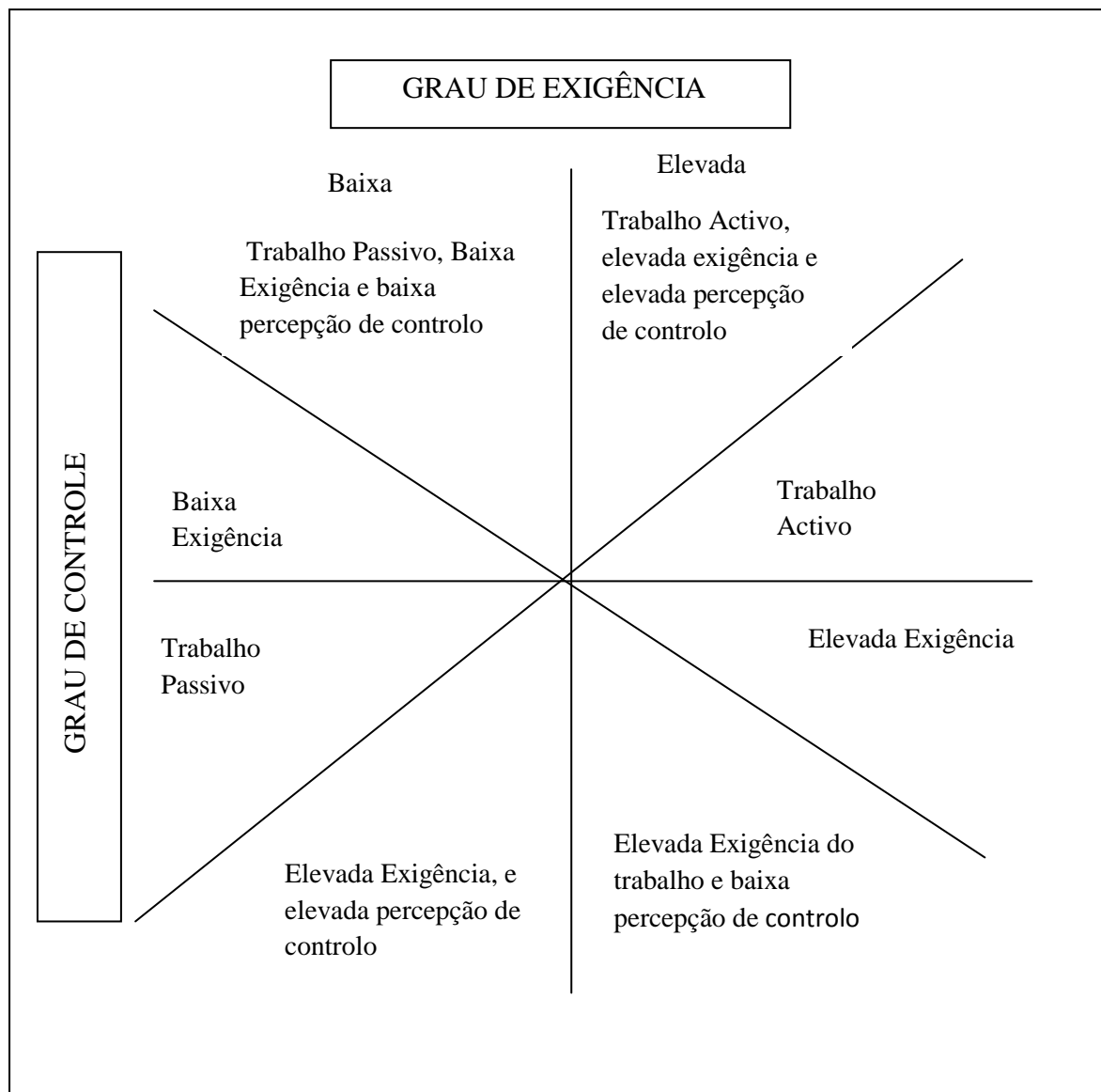


Figura 1: Modelo De Exigências Controle de Karasek (1979), Adaptado de Araújo, Graça e Araújo (2003, p. 994)

Em 1996, Siegrist desenvolveu o Modelo de discrepância entre “Esforço” e a “Recompensa” (Ostry, Kelly, Demers, Mustard, Hertzman, 2003).

O autor deste modelo defende que um elevado “esforço” sem a angariação de uma “recompensa social” ajustada leva a um desfasamento, ou seja, elevados custos *versus* baixos ganhos. Este desfasamento pode tornar-se patogénico, provocando efeitos negativos ao nível da saúde (Theorell & Karasek, 1996). Neste modelo existente têm componentes, das quais, duas delas são extrínsecas e intrínsecas. A primeira componente é de esforço extrínseco (exigências e obrigações colocadas no trabalho), a

segunda é uma componente de recompensas extrínsecas (dinheiro, estima e estatuto social), a terceira refere-se ao *coping* individual e é uma componente intrínseca (Siegrist, 2005). Assim, de acordo com Siegrist (2005), quando há uma diferença entre esforços e recompensas, o indivíduo tende a reduzir os seus esforços, para chegar a um equilíbrio entre os esforços e as recompensas, uma vez que as recompensas não se encontram de acordo com a simetria desejada.

Este modelo difere do modelo de Karasek, na medida em que o primeiro modelo combina características situacionais e individuais, focando-se nas recompensas ocupacionais e o segundo apenas se centraliza no trabalho (Siegrist, 2005).

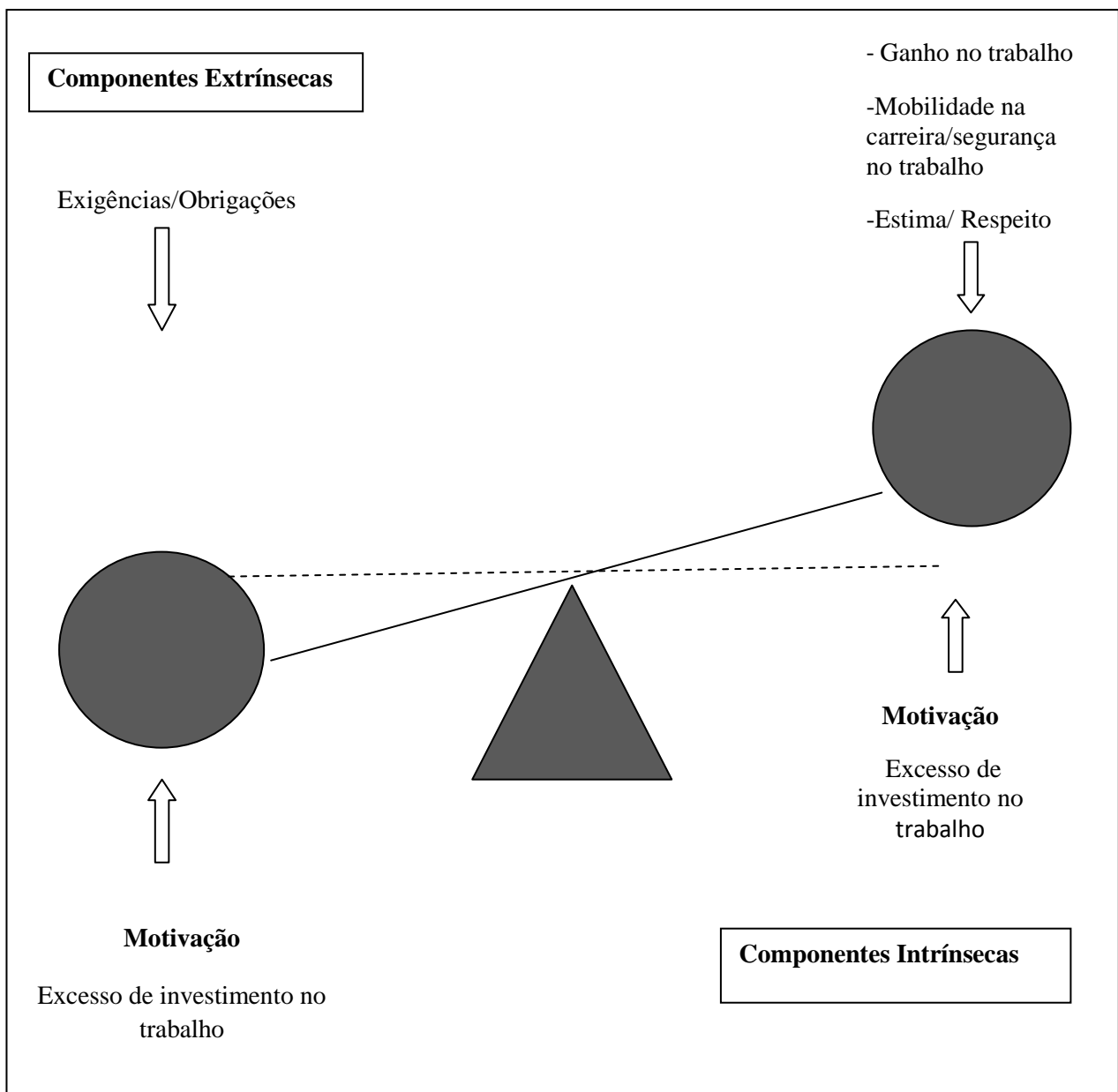


Figura 2: Modelo “Effort-Reward imbalance” de Siegrist. Adaptado de Loureiro (2006, p.74)

4. Factores geradores de *stress* ocupacional

De acordo com Vaz Serra (1999) e Hespanhol (2005) o conceito de *stress* ocupacional é complexo, uma vez que aborda não só factores específicos da actividade laboral como, também factores associados com os indivíduos. Contudo, como já foi referido anteriormente, o modelo de Cooper e Marshall (1982) proporciona a identificação dos seus principais factores e dos seus efeitos, tanto para o trabalhador como para a instituição em si. Na figura 3 encontram-se representados o modo como os vários factores ocupacionais se relacionam com os factores pessoais, podendo assim, originar respostas de *stress*.

De seguida iremos analisar cada uma das causas de *stress* ocupacional evidenciadas no modelo de Cooper e Marshall (1982).

Os aspectos do trabalho incluem as condições físicas do trabalho e as características específicas das funções a realizar. As condições físicas do trabalho referem-se a aspectos como o barulho, temperatura, ventilação e iluminação. Por sua vez, quando falamos em características das tarefas referimo-nos à quantidade de trabalho, ao número de horas de trabalho, à monotonia das tarefas, à exposição a riscos, às novas tecnologias. De acordo com Hespanhol (2005) e McIntyre (1994), estes factores podem estar associados quer a baixos níveis de desempenho organizacional como a baixos níveis de saúde dos trabalhadores.

Relativamente ao papel desempenhado na organização deve-se ter em conta quatro factores, dos quais, o conflito de papéis, a ambiguidade de papéis, o excesso de papéis e o grau de responsabilidade envolvido (Hespanhol, 2005; McIntyre, 1994). No que concerne ao conflito de papéis, este refere-se à incompatibilidade de papéis sentida por um trabalhador que pode originar emoções negativas (Cooper et al., 2001). Assim, segundo Quick e Quick (1984; cit in Cooper et al., 2001) existem quatro tipos de conflitos de papéis: (a) conflito interno de papéis, quando a comunicação e as expectativas são antagónicas com os valores do superior hierárquico que as transmite; (b) conflito externo de papéis, quando dois ou mais indivíduos expressam expectativas que são incompatíveis; (c) conflito de papéis individuais, quando uma pessoa entende um conflito entre as suas expectativas e valores e os da organização ou com as do grupo

com quem trabalha directamente; e por último (d) conflito inter-papéis, quando um indivíduo desempenha dois ou mais papéis que são incompatíveis nas expectativas e requisitos. A ambiguidade de papéis refere-se à falta de clareza sobre as consequências de um desempenho profissional e ainda pela falta de informação para a execução do papel (Cooper et al., 2001; McIntyre, 1994). O *stress* provocado pelo excesso de papéis não se restringe apenas à quantidade de papéis, mas também à incerteza de realizar esses vários papéis correctamente (Cooper et al., 2001). De acordo com o mesmo autor o excesso de papéis é o que provoca mais *stress* nos profissionais. Por último, o excesso de responsabilidade, pode ser encarada pelo trabalhador como excedendo a sua capacidade de resposta e assim tornar-se uma fonte de *stress*, contudo o contrário também pode ser uma fonte de *stress*, na medida em que o trabalhador pode encarar como insuficiente trabalho para as suas capacidades (Cooper et al., 2001). O factor de *stress* “Progressão nas diferentes fases da carreira (início, progressão e manutenção)” podem-se referir a insegurança no trabalho ou medo de perder o lugar de trabalho, a percepção de falta de promoção como também o excesso de promoção e estatuto na carreira profissional (frustração das aspirações individuais na carreira profissional) (Cooper & Marshall, 1982). No âmbito do relacionamento interpessoal, segundo Gomes (1998, p.34), “as relações estabelecidas com os superiores, subordinados e colegas de trabalho tanto podem funcionar como uma fonte de apoio e ajuda no trabalho, como podem constituir uma fonte potencial de pressão e *stress*”. O’Driscoll e Beehr (1984; cit in Cooper et al., 2001) referem que a inexistência de apoio e cooperação dos superiores, subordinados ou colegas de trabalho é uma fonte de *stress* ocupacional. Ainda Mclean (1979; cit in Cooper et al., 2001), afirma que o suporte social sob a forma de confiança interpessoal, coesão de grupo e de apreço pelo superior hierárquico, está relacionado com melhor saúde e menores níveis de *stress*. Hespanhol (2005), refere que o factor estrutura e clima organizacional engloba a falta de participação dos trabalhadores no processo de tomada de decisões, de redes de comunicação efectivas, penalizações injustificadas, políticas de organização e estilos de liderança. Assim, quando existe uma maior possibilidade de participação no processo de tomadas de decisão existe um aumento na satisfação com o trabalho e maiores níveis de comprometimento emocional com a organização (Cooper et al., 2001).

Nos factores extra-organizacionais incluem-se aspectos relacionados com a família, crises familiares, crises existenciais, conflitos sociais, dificuldades económicas,

conflitos entre as solicitações da família e as da organização, rede de suporte social e contexto social, satisfação com a vida entre outras (Sutherland & Cooper, 1993; cit in Loureiro, 2006). Os vários problemas familiares podem afectar a vida profissional, tais como o divórcio, a morte do cônjuge, a presença de uma família monoparental e os conflitos de papéis, conjugais, parentais ou os dois, num casamento com duas carreiras profissionais (Fraser, 1884; cit in Hespagnol, 2005).

Sutherland e Cooper (1993; cit in Loureiro, 2006) referem que estes factores também contribuem para os níveis baixos de bem-estar físico e psicológico do trabalhador na organização. Sendo assim, o *stress* ocupacional não deve ser isolado da tensão provocada pelo quotidiano da pessoa, principalmente dos conflitos familiares, conflitos sociais e conflitos de papéis (Hespagnol, 2005).

5. Factores moderadores de *stress*

De acordo com McIntyre, McIntyre e Silvério (2001) existem factores pessoais que podem influenciar a forma como cada indivíduo avalia o seu trabalho e o seu nível de satisfação e que o torna mais ou menos vulnerável ao *stress*. Estes factores designam-se de factores moderadores de *stress*.

Segundo Cooper e colaboradores (2001) e Vaz Serra (2005) os factores moderadores de *stress* podem ser: aspectos psicológicos como traços de personalidade e características de comportamento (e.g. extroversão ou introversão, personalidade tipo A, estados de humor, auto-conceito, auto-estima, estabilidade emocional ou neuroticismo, optimismo, *locus* de controle, interno ou externo, e estilos de *coping* utilizados pelo sujeito); aspectos físicos como bem-estar físico ou saúde, dieta e hábitos alimentares, exercício físico, sono, padrões de relaxamento e trabalho; aspectos demográficos e profissionais como idade, sexo, raça, educação, estatuto sócio-económico, ocupações, vocações e apoio social. Este último tem sido apontado pela literatura como um factor importante associado ao estudo do *stress*, existindo estudos que referem o seu efeito moderador e protector sobre as consequências do *stress*, pelo que esta variável pode ajudar o indivíduo a lidar de uma forma assertiva com os problemas (Cooper et al., 2001). O apoio social vai ser abordado de uma forma mais aprofundada mais à frente.

Deste modo, é relevante ter em atenção todos estes factores que podem influenciar a forma como o indivíduo avalia e responde ao *stress*.

6. Efeitos do *stress* ocupacional

Os efeitos potencialmente negativos que podem surgir pela forma inadequada de lidar com o *stress* podem-se repercutir a um nível físico, psicológico e/ou comportamental (Cooper et al., 2001).

A nível físico é possível verificar a ocorrência de uma diversidade de sinais e sintomas, tais como dores de cabeça, dores nos ombros, pescoço e dorso, ganho ou perda de peso, ranger de dentes e dores nos maxilares, indigestão, náuseas, úlcera péptica, impotência, diarreia ou obstipação, falta de ar, palpitações cardíacas e aumento da tensão arterial (Hespanhol, 2005).

Já em relação aos sintomas psicológicos Cooper e colaboradores (2001) referem que as variáveis mais estudadas na avaliação da tensão são a insatisfação profissional e a pressão que o trabalho acarreta. Assim, os autores Jackson e Schuler (1985; cit in Cooper et al., 2001) sustentam que poderíamos dividir as medidas de insatisfação profissional em seis categorias: insatisfação profissional e a insatisfação com a supervisão, com o trabalho, com os colegas, com o salário e com a promoção. Porém, a avaliação da tensão depende de como o indivíduo percebe o trabalho, como uma variável central na sua auto-estima e auto-conceito ou se a considera uma variável periférica (Frone, Russell & Cooper, 1995; cit in Cooper et al., 2001). A nível psicológico, segundo Hespanhol (2005), pode aparecer insónia, depressão e ansiedade.

Por último, a nível comportamental podem ocorrer tiques nervosos, chorar, fadiga crónica, indecisão, perda da eficiência no trabalho, negligência, gastar em demasia, abuso do álcool e tabaco, falar rapidamente, andar sempre apressado para todo o lado, dificuldade em relaxar (Hespanhol, 2005).

Contudo, as respostas comportamentais aos stressores, segundo a literatura podem traduzir-se em efeitos negativos quer ao nível organizacional quer ao nível individual. Os efeitos ao nível organizacional consistem num fraco desempenho profissional, atrasos e absentismo ao trabalho, sentimentos de apatia, reformas

antecipadas e greves, dificuldades nas relações interpessoais, pouco controle da qualidade do trabalho realizado e comportamento agressivo no trabalho, já os efeitos ao nível individual consistem no aumento da pressão sanguínea, alterações do estado de humor, comportamentos de risco para a saúde (abuso de álcool, tabaco e de outras substâncias), queixas psicossomáticas, arritmias cardíacas, a insatisfação profissional, aspirações reduzidas e ainda um aumento do risco de prevalência de doenças cardiovasculares e de perturbações psicológicas e/ou psiquiátricas (Cooper et al., 2001).

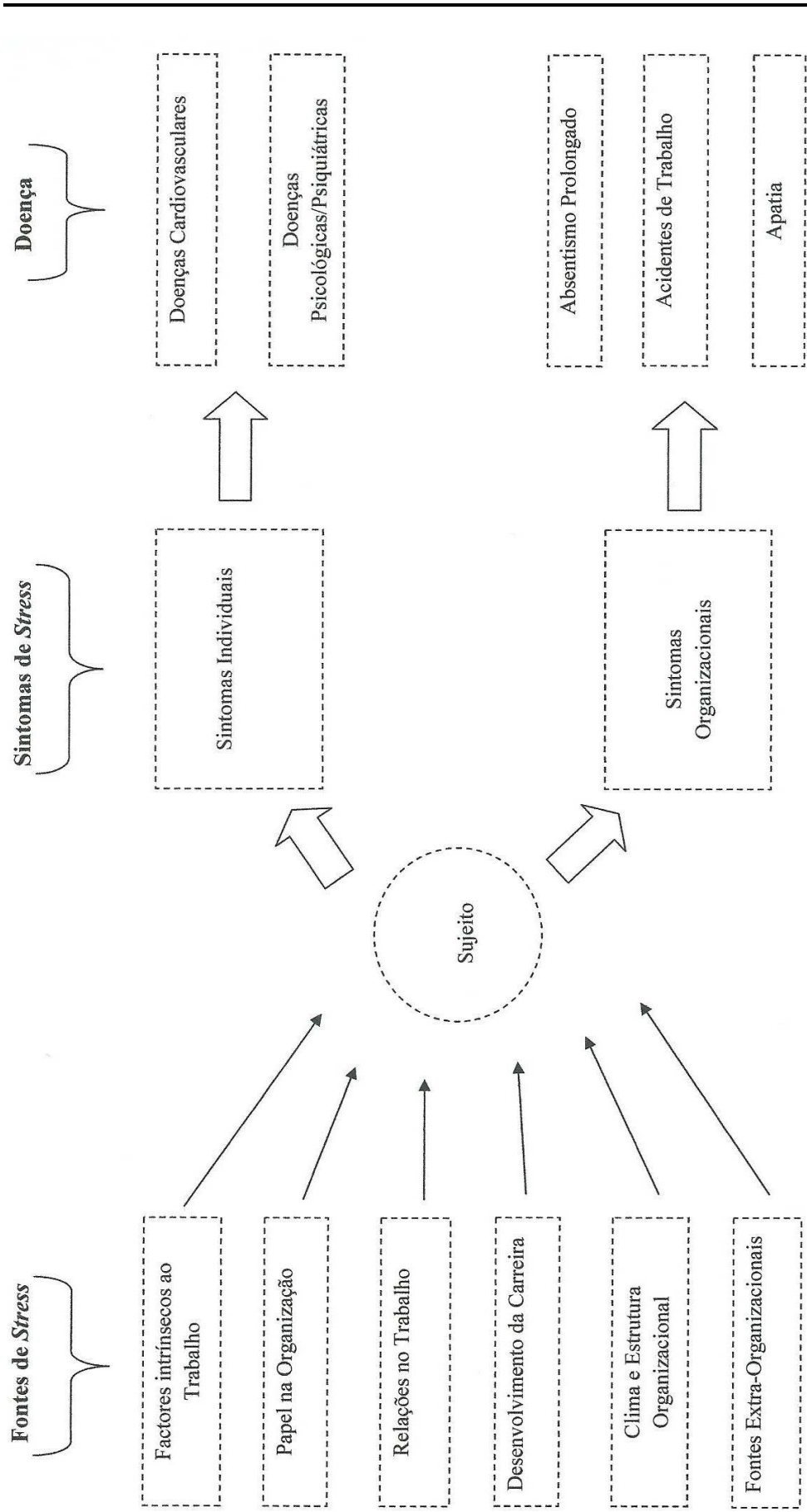


Figura 3- Modelo de Stress Ocupacional de Cooper e Marshall. Adaptado de A. Gomes, 1998.

7. *Stress* e Suporte Social

O suporte social desempenha um papel importante na moderação dos efeitos de *stress*.

Este constructo surgiu de modo proeminente na literatura em psicologia e em áreas correlatas a partir de meados dos anos 1970 (Seild & Tróccoli, 2006). Este conceito é alvo de imensas definições, que geralmente não são coincidentes entre si (Nunes, 2005). Uma das primeiras definições deste termo deve-se a Cobb (1976), que o definiu como a informação pertencente a uma das três classes: informação que leva o indivíduo a crer que ele é estimado e que as pessoas se preocupam com ele; informação que conduz o sujeito a crer que é apreciado e que tem valor; informação que leva o indivíduo a crer que faz parte de uma rede de comunicação e de obrigações recíprocas. Na proposta deste autor, o suporte social é a capacidade do indivíduo de se perceber como parte integrante de um grupo.

No entanto, a definição mais utilizada de suporte social é a dos autores Sarason, Levine, Basham e Sarason (1983, p.127) que o definem como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós”

Uma outra definição deste conceito foi concretizada por Serra (2007), que o definiu como sendo a quantidade e coesão das relações interpessoais que envolvem de forma dinâmica o indivíduo. Também, Barrón (1996; cit in Martins, s.d, p.129) o definiu como sendo “ um conceito interactivo que se refere às transacções que se estabelecem entre indivíduos”.

Para Barrios (1999; cit in Fonseca & Moura, 2008), “ter apoio social é sentir-se cuidado, amado, querido e estimado, o que favorece e promove a auto-estima de cada um, gerando uma rede social de situações, sentimentos e comportamentos bilaterais”. Wills (1985; cit in Odgen, 2004) refere que existem quatro tipos de apoio social, dentro dos quais, o apoio à estima (os outros têm uma grande influência no aumento da auto-estima do sujeito), o apoio informativo (as outras pessoas oferecem conselhos ao indivíduo) o acompanhamento social (o apoio surge através de actividades) e o apoio instrumental (por exemplo, ajuda física). Por seu turno Mazzei, Monroe, Sasaki, Gonzales e Villa (2003), mencionam que o suporte social pode ser também classificado: em suporte instrumental - que se associa com o auxílio financeiro e ao fornecimento de

bens e serviços que ajudem a resolver problemas básicos; suporte emocional – refere-se ao sentimento de estima, de pertença a um grupo e de confiança, sendo este um aspecto essencial na manutenção da saúde e do bem-estar da pessoa; suporte informativo – através deste suporte, os sujeitos procuram informação e conselhos de terceiros, de maneira a que estes os auxiliem na resolução dos problemas; suporte confirmativo – que fornece a percepção de que os sentimentos do sujeito são percebidos pelos outros; suporte corporativo – que fornece o sentimento de pertença ou manutenção da identidade social; e suporte avaliativo – que fornece *feedback* ao sujeito. Sarason, Levine, Basham e Sarason (1983) enfatizam que, para compreender de forma abrangente o suporte social, as seguintes seis dimensões de suporte social têm de ser tidos em conta: o *apego* - fornecido por relacionamentos onde uma pessoa recebe um sentido de protecção e segurança; *integração social* - fornecido por relacionamentos nos quais compartilham interesses pessoais e preocupações; *garantia de valor* - fornecido por relacionamentos nos quais a pessoa de competências e habilidades são reconhecidas; *orientação* - fornecido pelo relacionamento com e autoritária pessoas de confiança, que prestou consultoria; *aliança confiável* - derivados dos relacionamentos em que as pessoas podem contar com os outros de assistência em qualquer circunstância e *oportunidade de nutrição* - provenientes de relacionamentos nos quais uma pessoa é responsável pelo bem-estar do outro. Também Cramer, Henderson e Scott (1977; cit in Pais-Ribeiro, 1999) distinguem suporte social percebido versus suporte social recebido. O suporte social percebido diz respeito ao suporte social que o sujeito percebe como disponível se necessitar dele, e o suporte social recebido refere-se ao suporte social recebido por alguém. Por seu turno, Dunst e Trivette (1990; cit in Ribeiro, 1999) distinguem o suporte social, caracterizando em informal e formal. Na categoria informal estão presentes os tipos de apoio social provenientes da família, dos amigos, dos vizinhos e do grupo social como um todo, por exemplo da igreja, do clube. A categoria formal inclui hospitais, organizações não governamentais, serviços de saúde e profissionais, como médicos, assistentes sociais, psicólogos. A união desses dois aspectos forma uma rede maior, um sistema macro, que serve de apoio para o indivíduo em situações de adversidades. Alguns autores referem-se ao suporte social como uma acção vigorosa que envolve as relações entre as pessoas (Matsukura, Marturano, Oishi & Borasche, 2007). Matsukura, Marturano e Oishi (2002) salientam que o suporte social deve ser considerado como um meta-constructo com três componentes conceituais

distintos, ou seja, recursos de rede de suporte, comportamento de suporte e as avaliações subjectivas de suporte.

No entanto, apesar de haver diversas definições de suporte social, existe uma distinção que é comum a todas estas definições, que remete para a estrutura do apoio, a função das relações sociais e os efeitos destas relações na saúde e bem-estar dos sujeitos (Moreira, 2010). Assim, as definições de suporte social têm por base três principais aspectos, a quantidade, a qualidade e os efeitos do suporte social proporcionado pelos outros. O primeiro aspecto remete para a existência ou inexistência de relações sociais, sendo este avaliado através do número de amigos, o estado civil, a frequência dos contactos com a família e a pertença ou participação em organizações sociais (Wills & Fegan, 2001).

Inúmeras investigações têm demonstrado a relevância dos processos ligados ao *stress* na psicologia da saúde. A maior parte, porém, tem-se fixado nos possíveis efeitos que o *stress* pode ter no surgimento de doenças (Claudino, Moreira, & Coelho, 2009).

O suporte social está fortemente relacionado com o conceito de *stress*. O suporte social contribui para o ajustamento positivo e para o desenvolvimento pessoal da pessoa, permitindo combater os efeitos de *stress*. De acordo com Vaux (1988; cit in Rodrigues & Madeira, 2009), os sujeitos que recebem mais suporte social deviam apresentar maior bem-estar e valores de *stress* mais baixos do que os sujeitos que recebem menor suporte social, e que a relação entre a maior quantidade de apoio e *stress* poderia emergir da maior necessidade de suporte social, fazendo assim, com que surja o maior apoio.

Lynch (1977; cit in Odgen, 2004), menciona que o suporte social está ligado à saúde, visto que os indivíduos com baixos níveis de suporte social têm uma elevada taxa de doenças coronárias e de mortalidade. Também Bee (1997; cit in Costa, 2005) e Siqueira (2008) referem que o suporte social tem sido considerado como um dos factores protectores importantes na diminuição do risco de doenças, de carácter físico ou psicológico, aumentando a sensação de bem-estar. Assim, o efeito do *stress* ocupacional é moderado pelo suporte social. A literatura indica que o sexo masculino, para fazer face ao *stress* ocupacional, dirige-se a relações de suporte no próprio local de

trabalho, enquanto o sexo feminino recorre à família e a amigos (Etzion, 1984; cit in Martins 2008).

O suporte social tende a aumentar a auto-estima, o optimismo perante a vida, o humor positivo e a diminuir as sensações de fracasso e de isolamento (Pinheiro & Ferreira, 2001). Segundo Sarason, Levine, Basham e Sarason (1983), os indivíduos com elevado suporte social, têm um auto-conceito positivo, têm níveis reduzidos de ansiedade e possuem a convicção de que podem controlar todos os aspectos ambientais que possam gerar *stress*. Para Cobb (1976), o suporte social pode proteger as pessoas de crises oriundas de um vasto campo de estados patológicos: tendência suicida, alcoolismo, e a sociofobia, além disso, o suporte social pode reduzir a quantidade de medicamento requerida, pode apressar a recuperação e facilitar a aceitação dos regimes médicos prescritos.

Rodriguez e Cohen (1998) referem que o suporte social pode ser moderador do *stress* de duas maneiras: o suporte percebido pode moderar contra a ocorrência de um evento potencialmente stressante e a experiência de uma reacção de *stress* psicológico e fisiológico influenciando avaliações de como stressantes são os eventos, e o suporte percebido pode intervir entre a experiência de uma reacção de stress que segue um evento e o começo de um processo patológico (psicológico e/ou fisiológico) reduzindo ou eliminando a reacção de tensão.

Cohen e Wills (1985) descrevem *stress buffering* e “main effect” como modelos teóricos. A palavra inglesa *buffer* significa “protecção” e *main effect* “efeito principal”. Ambas as descrições apontam para a possibilidade de análise do efeito produzido pelo suporte social na saúde. O *stress buffering* sugere protecção ao bem-estar físico e psicológico do ser humano contra ameaças ou situações stressantes do ambiente. Segundo este modelo, pessoas com elevado suporte social são capazes de lidar melhor com as principais mudanças da vida, ao contrário das pessoas com pouco suporte social, que são mais vulneráveis às mudanças. Neste caso, pessoas com pouco suporte social podem estar mais vulneráveis à doença. O modelo de *stress buffering* demonstra que, perante um estímulo ameaçador, o suporte social funcionará como amortizador dos efeitos deste sobre a saúde do indivíduo. Sendo assim, o suporte social é considerado como factor de protecção na minimização da vivência dos acontecimentos stressantes

por parte dos indivíduos, estando associado com medidas funcionais, o que implicaria um menor comprometimento da saúde.

Por outro lado, a *hipótese do efeito principal* sugere que a existência de suporte social pode influenciar na saúde dos indivíduos, na medida em que apresenta grau de adaptação deste com seu meio social (Cobb, 1976). O *Main Effect Model*, modelo dos efeitos principais, postula que o apoio prático e financeiro dos amigos pode diminuir ou evitar que determinados acontecimentos provoquem *stress* no sujeito. O sentimento de pertença e o reforço positivo faz com que o sujeito sofra poucas perturbações. De acordo com este modelo, o suporte social influencia o sujeito (Wills & Fegan, 2001). Neste modelo, o efeito principal assume que os recursos proporcionados pelo suporte social têm um efeito benéfico na saúde psicológica, independentemente da existência do *stress*, pois revela o grau de adaptação do indivíduo ao seu contexto social.

Em suma, o modelo dos efeitos principais, menciona que o suporte social actua sobre o sujeito mesmo quando este não se encontra debaixo de *stress*, permitindo assim, uma diminuição do mal-estar psicológico. Este modelo, estando os indivíduos ou não sob *stress*, permite que os indivíduos sintam uma diminuição do seu mal-estar psicológico. (Sarason et al., 1983; Wills & Fegan, 2001). Pelo contrário, o *Buffering Model* corresponde a um efeito de interacção ou efeito amortecedor, no qual o suporte social é percebido como protector dos indivíduos contra os efeitos negativos provocados pelos acontecimentos de vida que induzem *stress*. Este modelo pressupõe que o efeito do suporte social é maior nos indivíduos com níveis de *stress* mais elevados, proporcionando o bem-estar dos indivíduos que se encontram nestas condições (Wills & Fegan, 2001).

Em suma, a inter-relação social, a vida em sociedade, possibilita a formação de suporte social nos distintos ambientes onde o ser humano se encontra, e este suporte acaba produzindo benefícios tanto para quem apoia quanto para quem recebe o apoio (Fonseca & Moura, 2008).

Neste primeiro capítulo, procurou-se através da evolução histórica, salientar a importância do *stress* para a nossa sociedade. Realizou-se uma reflexão sobre os factores desencadeadores de *stress* ocupacional, descreveu-se o conceito de *stress*

ocupacional e apresentaram-se os seus modelos teóricos, os seus sintomas, e factores moderadores

No capítulo seguinte, abordar-se-á o fenómeno de *burnout*. Posto isto, serão referidos os modelos teóricos que explicam a síndrome de *burnout*, quais as suas causas e manifestações.

Capítulo II

O BURNOUT

1. Definição de Síndrome de *Burnout*

O termo *burnout* é um termo inglês cuja sua tradução é uma composição de “*burn*”, que quer dizer “queimar”, e “*out*”, que significa “fora”, ou seja, “perder o fogo”, “perder a energia”, indicando assim que a pessoa com síndrome de *burnout* se consome, se desgasta quer fisicamente, quer psicologicamente (Santos, 2010).

O conceito de *burnout* foi descrito, assim, pela primeira vez pelo psiquiatra Herbert Freudenberger em 1974. Ele definiu-o como “um estado de fadiga ou frustração que se produz pela dedicação a uma causa, forma de vida ou a uma relação que não correspondeu às expectativas” (Martín, Fernández, Gómez & Martínez, 2001, p. 313). Contudo, foi com Cristina Maslach nos anos oitenta, que se desenvolveu e aprofundou este conceito, com a criação de um instrumento de avaliação, o *Inventário de Burnout de Maslach* composto por vinte e dois itens acerca de sentimentos e atitudes relacionadas com o trabalho, sendo esses vinte e dois itens distribuídos por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal. De acordo com Hespanhol (2005), o *stress* ocupacional em excesso pode provocar o *burnout*.

Assim, para Maslach e Schaufeli (1993; cit in Gomes & Cruz, 2004, p.195; Melo, Gomes, Cruz, 1999, p.596), “o *burnout* deve ser considerado como um prolongamento do *stress* ocupacional, sendo o resultado de um processo de longa duração, em que o trabalhador sente que os seus recursos para lidar com as exigências colocadas pela situação já estão “esgotados”. Por sua vez, Hespanhol (2005, p.161) também o definiu como sendo “o efeito incapacitante de uma exposição prolongada a condições de *stress* no trabalho”.

Sendo assim, o *burnout* pode ser encarado como o resultado do *stress* crónico, típico do quotidiano do trabalho, principalmente quando existem pressões excessivas, conflitos, recompensas emocionais baixas e pouco reconhecimento (Harrison, 1999; cit in Dias, Queirós, Carlotto, 2010).

Ballone (2002) também refere que o *burnout* é produto último do *stress* ocupacional, pois forma-se através de elevada exaustão emocional, julgamento negativo de si próprio, depressão e indiferença face às relações interpessoais e à própria vida.

Assim, de acordo com Grau, Suñer e García (2005), a síndrome de *burnout* aparece perante uma resposta contínua ao *stress* laboral, e afecta a saúde física, mental e a vida social dos trabalhadores que padecem desta síndrome, pois deixa o profissional

sem ânimo e apático, sendo que o trabalho para este deixa de ser empolgante e perde o sentido (Sousa, Mendonça, Zanini, Nazareno, 2009). Também, Sávio (2008) refere que esta síndrome tem sido considerada um sério processo de deterioração da qualidade de vida do trabalhador.

Por outro lado, Cherniss (1980; cit in Queirós, 2005, p.27) refere que o *burnout* consiste em “... mudanças pessoais negativas que ocorrem em profissionais de ajuda trabalhando em empregos exigentes ou frustrantes...”.

Pines e Aronson (1988; cit in Teixeira, 2010) definem *burnout* como sendo um estado de exaustão física, emocional e mental provocado por um longo envolvimento em situações que são emocionalmente exigentes. É importante salientar que esta síndrome é originada a partir de um processo crónico de exposição ao *stress*, não sendo consequência de um único episódio de mal-estar e pressão, devendo assim, ser percebido como um processo que se desenvolve ao longo do tempo (Teixeira, 2010).

Edelwich e Brodsky (1980; cit in Carlotto, 2009, p. 8) definiram *burnout* como sendo “um processo de perda de idealismo, energia e objectivos, vivenciado pelo indivíduo que trabalha em profissões de ajuda, originário das suas condições de seu trabalho”.

Pines (1993; cit in Loureiro, 2006) refere, ainda, que o *burnout* emerge quando as pessoas tentam encontrar significado no trabalho e não conseguem.

Cada sujeito expressa *burnout* de uma forma única, mas de uma maneira geral, este apresenta-se como um processo gradual onde a pessoa começa a perder o significado e a fascinação pelo trabalho, dando lugar a sentimentos de aborrecimento e falta de realização. Gradualmente, o sentimento de entusiasmo, dedicação e prazer com o trabalho dá lugar a sentimentos de raiva, ansiedade e depressão, fazendo com que o indivíduo acredite estar vivendo uma crise pessoal (Malach & Leiter, 1997).

O *burnout* deve ser visto, assim, como uma experiencia individual e específica do contexto de trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). O *burnout* é sobretudo predito pelas exigências do trabalho e pela falta de recursos no trabalho (Schaufeli & Bakker, 2004).

Pines (1993; cit in Loureiro, 2006) menciona que os médicos, profissionais de saúde mental, professores, assistentes sociais e gestores são os grupos profissionais que apresentam elevadas expectativas com o seu trabalho, expressando assim, elevados níveis de exigência e conseqüentemente, encontram-se mais vulneráveis à síndrome de *burnout*.

De acordo com Gil-Monte (2008) esta síndrome não surge unicamente nos contextos de trabalho e nas sociedades consideradas do primeiro mundo, apesar dos estudos realizados se concentrarem mais nestes contextos. Porém, esta síndrome é uma patologia geográfica e culturalmente mais vasta, que ocorre em vários países e culturas, podendo-se assim considerá-la como uma ocorrência transcultural. Sendo assim, considerada como um problema social grave (Carlotto, Nakamura & Câmara, 2006), que afecta quer trabalhadores, quer organizações (Pines, 2005) e por isso tem sido alvo de estudo em diversos países. Relativamente aos aspectos epidemiológicos, a prevalência do *burnout* varia entre 4% a 85.7%, dependendo da população em estudo (Trigo, Teng & Hallak, 2007).

Em suma, o *burnout* pode ser definido como um estado mental negativo, persistente, relacionado com o trabalho, que ocorre em indivíduos “normais”. Esta síndrome é fundamentalmente caracterizada pela exaustão, que é acompanhada por sofrimento, reduzida motivação e eficácia, e pelo desenvolvimento de atitudes ou comportamentos disfuncionais no trabalho (Schaufeli & Buunk, 2003; cit in Oliveira, 2008).

2. Manifestações e consequências do *Burnout*

O *burnout* manifesta-se através de uma panóplia de sinais e sintomas, sendo que estes são organizados e agrupados de várias formas, por vários autores.

Alvarez e colaboradores (1993; cit in Queirós, 2005) agrupa os sintomas desta síndrome em quatro grupos: sintomas psicossomáticos, comportamentais, emocionais e defensivos. Entre os sintomas psicossomáticos encontram-se queixas de fadiga crónica, úlceras e perturbações gastrointestinais, cefaleias e gastralgias, hipertensão arterial, asma, dores musculares, perda de peso e nas mulheres perda de ciclos menstruais. Relativamente aos sintomas comportamentais, são referidos o absentismo laboral, aumento de comportamentos violentos e de comportamentos de alto risco, assim como, condução imprudente, incapacidade para relaxar, dependência de substâncias, comportamentos suicidas, e conflitos matrimoniais e familiares (Braz, 2007; Queirós, 2005). No que concerne aos sintomas emocionais encontram-se o distanciamento afectivo, a impaciência e a irritabilidade, dificuldades de concentração, alterações da memória, decrescente capacidade de raciocínios abstractos e de elaboração de juízos, e

receio de ser uma pessoa pouco estimada que pode levar a sentimentos paranóicos. E por último, os sinais defensivos manifestam-se através da negação das suas emoções, supressão consciente de informação, o desinteresse de sentimentos por coisas e situações, a atenção selectiva e intelectualizada de forma a evitar a experiência negativa.

De acordo com Groch e Olsen (1994; citin Correia, 1997; cit in Queirós, 2005), o *burnout* nos profissionais de ajuda pode apresentar-se por sintomas fisiológicos (fadiga, irritabilidade, dores de cabeça, problemas gastrointestinais, insónias, dores nas costas e alterações de peso), comportamentais (perda de entusiasmo, atrasos no trabalho, alheamento durante horas, frustração e raiva, aumento de rigidez, dificuldade em tomar decisões, irritação face aos colegas, afastamento dos colegas e resistência à mudança), psicológicos (depressão, diminuição da auto-estima, pessimismo, sentimento de onnipotência, sentimento de afastamento/indiferença, mudança de valores, perda de objectivo, vazio, diminuição do empenho e culpa) e clínicos (cinismos face aos clientes, alheamento durante as sessões, hostilidade face aos clientes, rapidez no diagnóstico, rapidez em medicar, gritar e falar alto aos clientes).

Por outro lado, Schaufeli e Enzman (1988; cit in Queirós, 2005) enumeram possíveis sintomas de *burnout* e agrupam-nos em cinco categorias: sintomas afectivos, cognitivos, físicos, comportamentais e motivacionais, sendo que segundo estes autores estes sintomas surgem a nível individual, interpessoal e a nível organizacional.

Ao nível individual, na categoria de sintomas afectivos encontram-se humor depressivo, estado choroso, exaustão emocional, humor instável, diminuição do controlo emocional, medo indefinido, aumento da tensão, ansiedade. Na categoria de sintomas cognitivos encontram-se falta de energia, perda de significado e de esperança, medo de ficar louco, sentimentos de impotência, sentimentos de insucesso, sentimentos de insuficiência, baixa auto-estima, auto-preocupação, culpa, ideias suicidas, incapacidade de concentração, dificuldades com tarefas complexas, pensamento rígido e esquemático, dificuldades em tomar decisões, fantasiar e sonhar acordado, diminuição da tolerância à frustração. Por sua vez, na categoria de sintomas físicos encontram-se enxaquecas, náuseas, tonturas, agitação, tiques nervosos, dores musculares, problemas sexuais, distúrbios do sono (insónias, noites em branco, e dormir excessivo), perda súbita ou ganho de peso, perda de apetite, aumento da tensão pré-menstrual, perda de ciclos menstruais, suspirar, fadiga crónica, exaustão física, hiperventilação, fraqueza física, úlceras, perturbações gastrointestinais, constipações frequentes e prolongadas, lesões por comportamentos de risco, aumento do risco de problemas cardíacos,

hipertensão, aumento de problemas dérmicos, aumento dos níveis de colesterol sérico. Relativamente à categoria de sintomas comportamentais encontram-se sintomas como hiperactividade, impulsividade, aumento do consumo de substâncias, adiar coisas e tarefas, comportamentos de alto risco, aumento de acidentes, abandono de actividades recreativas e queixas compulsivas. Por último, na categoria de sintomas motivacionais, destacam-se sintomas como a perda de entusiasmo, perda de idealismo, desilusão, resignação, desapontamento, aborrecimento e desmoralização.

Já ao nível interpessoal, na categoria de sintomas afectivos encontram-se sintomas tais como irritabilidade, frio e sem emoções, não ter empatia emocional com os “receptores”, desenvolver a irritação. Na categoria de sintomas cognitivos encontram-se sintomas como: cínica e desumana percepção dos “receptores”, negativismo em relação aos “receptores”, pessimismo em relação aos “receptores”, diminuição na empatia com os “receptores”, estereótipos acerca dos “receptores”, colocar etiquetas pejorativas nos “receptores”, culpabilizar, aparência de grandiosidade, aparência de rectidão, “martírio”, hostilidade, suspeição, projecção e paranóia. Já na categoria de sintomas comportamentais, encontram-se os seguintes sintomas: violentas explosões, propensão para comportamentos violentos e explosivos, agressividade com os “receptores”, conflitos interpessoais, maritais e familiares, isolamento e afastamento social, indiferença relativamente aos “receptores”, isolamento do resto dos colegas, humor aborrecido acerca dos “receptores”, expressões de desespero, abandono e sem significado próximo dos “receptores”, usar o distanciamento e ciúme. No que concerne à categoria de sintomas motivacionais destacam-se nesta categoria a perda de interesse, desânimo, indiferença relativamente aos “receptores”, utilizar os “receptores” para as suas necessidades pessoais e sociais.

Por último ao nível organizacional, na categoria de sintomas afectivos encontra-se a insatisfação no trabalho. Já na categoria de sintomas cognitivos encontram-se os seguintes sintomas: cinismo acerca das tarefas no trabalho, sentimentos de que não é apreciado e desconfiança na direcção, colegas e supervisores. Relativamente aos sintomas comportamentais encontram-se sintomas tais como, redução da eficiência, baixo rendimento no trabalho, baixa produtividade, falta de pontualidade, aumento de ausências sem autorização, absentismo, roubo, resistência à mudança, ser dependente dos supervisores, estar constantemente a olhar para o relógio, inability para organizar, aumentar os acidentes e pouco tempo na direcção. Por fim, na categoria de

sintomas motivacionais encontramos sintomas como perda de motivação para trabalhar, resistência na ida para o trabalho, diminuição da iniciativa no trabalho e baixa moral.

Para Maslach e Schaufeli (1993; cit in Oliveira, 2008) e Schaufeli e Buunk, 2003; cit in Oliveira, 2008) é unânime que a síndrome de *burnout* surge na fase final de um processo longo, produto da exposição do indivíduo a tensões laborais. Também, relativamente aos critérios de diagnóstico desta síndrome, existe consenso em considerar-se cinco critérios: 1) predominância de sintomas disfóricos, como exaustão emocional, fadiga e depressão; 2) predominância de sintomas mentais e comportamentais relativamente à sintomatologia física, sendo que o nível físico é também importante; (3) os sintomas são específicos de situações de trabalho; (4) os sintomas podem manifestar-se em indivíduos que nunca sofreram perturbações psicológicas; (5) verifica-se uma diminuição da eficácia e rendimento no trabalho, como consequência de atitudes e comportamentos negativos.

3. Modelos de *Burnout*

De acordo com a definição tida em conta, foram desenvolvidas várias teorias explicativas da síndrome de *burnout*.

Foi através do interesse de perceber os efeitos do *burnout* nos profissionais de ajuda que foram realizadas diversas investigações com o intuito de construir um instrumento de avaliação psicológica que pudesse comparar e abranger amostras cada vez maiores. Estas investigações resultaram na construção do “Inventário de *Burnout* de Maslach” (MBI), que possibilitou a identificação de três dimensões diferentes do *burnout* (Maslach & Jackson 1982; cit in Maslach, 1998). Este modelo aparece como multidimensional por identificar o *burnout* como uma síndrome psicológica caracterizada pelas seguintes dimensões: (a) a exaustão emocional, que refere sentimentos de se ser totalmente excedido pelas exigências do trabalho e pela falta de recursos emocionais para lidar com a situação; (b) despersonalização (ou cinismo) refere uma resposta de desinteresse, negativo ou excessivo relativamente a outra pessoa; e a falta de realização pessoal (ou eficácia) que é entendida como o declínio dos sentimentos de competência e da obtenção de sucesso e realização com a profissão (Maslach & Jackson 1982; cit in Maslach, 1998). Assim, em concordância com este modelo, Maslach (1998) refere que o *burnout* é definido como uma experiência

individual de *stress* que se desenvolve num contexto complexo de relações sociais e compreende a concepção do sujeito sobre si mesmo e sobre os outros.

A exaustão emocional representa a resposta basilar de *stress* (Maslach, 1998), ocorre quando o sujeito percebe que não tem condições para lidar com as exigências do seu trabalho e manifesta-se por um estado de esgotamento emocional/psicológico e físico. De acordo com Lima e colaboradores (2007), esta dimensão refere-se à diminuição dos recursos emocionais internos provocada por comportamentos interpessoais. Os sujeitos sentem-se com falta de energia para enfrentar as exigências do trabalho, sem fontes de recompensa profissional, exaustos, cansados, com falta de entusiasmo e com diminuição de recursos emocionais e físicos. Delbrouck (2006) refere que a exaustão emocional pode assumir a aparência de frieza e distanciação face ao doente. Maslach e Leiter (1997) afirmam que a exaustão é a primeira reacção ao *stress* provocado pelas exigências do trabalho ou a grandes mudanças. Geurts, Schaufeli e De Jonge (1998; cit. Oliveira, 2008) refere que para muitos autores esta é a dimensão chave da síndrome de *burnout*. Contudo, Maslach (2003) menciona que embora seja um critério necessário para o diagnóstico da síndrome de *burnout* não é o único e não reflecte os aspectos básicos que os indivíduos estabelecem com a sua ocupação.

De acordo com Maslach (2003) e Maslach e colaboradores (2001) os estudos têm evidenciado uma correlação significativa entre a exaustão e despersonalização, pensando-se assim, que esta última aparece como resposta à exaustão emocional excessiva. A despersonalização manifesta-se, assim, como uma defesa inconsciente resultante do trabalho directo com o outro, sendo que o outro passa a ser observado como objecto e não como um ser humano (Delbrouck, 2006; Gil-Monte, 2003; Santos, 2010). Reflecte, também, o desenvolvimento de atitudes frias, negativas e insensíveis perante os utentes de um serviço e colegas de trabalho, sendo que estas manifestam-se em desumanização e por vezes hostilidade. Esta dimensão, segundo Maslach (1998), representa a componente interpessoal do *burnout*. Esta dimensão é percebida como uma tentativa de colocar alguma distância entre si próprio e os utentes. As pessoas com níveis elevados de despersonalização diminuem o tempo que passam no local de trabalho e diminuem também o seu desempenho ao mínimo (Oliveira, 2008).

Por último, a dimensão falta de realização pessoal, que representa a componente de auto-avaliação do *burnout*. Segundo Maslach e Leiter (1997), esta dimensão é caracterizada por um sentimento crescente de ineficácia profissional, em que a cada

novo projecto apresentado ao trabalhador, este o percebe como sendo demasiado exigente. Também Frásquilho (2005) refere que o trabalhador vê-se como incompetente e o seu êxito no trabalho e sentimento de competência decrescem. Nesta dimensão existe a tendência para o trabalhador se auto-avaliar pejorativamente, para se sentir triste consigo próprio e para não se sentir satisfeito com o seu trabalho (Santos, 2010).

O modelo geral explicativo de *burnout* formulado por Maslach, Jackson e Leiter (1996; cit in Maslach, 1998) considera que o *burnout* é produto de exigências, como o conflito pessoal, e a sobrecarga de trabalho, juntamente com a diminuição do controlo, do suporte social, da autonomia, da perícia e do envolvimento na tomada de decisões, levando ao aparecimento da exaustão emocional, despersonalização e falta de eficácia profissional. Este modelo refere, ainda, que as dimensões estão inter-relacionadas, sendo que a exaustão crónica pode originar despersonalização, mas também pode mediar a relação entre factores organizacionais e a despersonalização. Relativamente à falta de eficácia pessoal, esta surge como uma consequência da exaustão, ou da despersonalização, ou de ambas. Isto quer dizer, que é difícil que a pessoa se sinta realizada, quando se sente exausta ou quando tem de ajudar pessoas pelas quais nutre um sentimento de hostilidade (Oliveira, 2008).

Numa abordagem diferente, Golembiewski e Munzenrider (1988; cit in Cooper et al, 2001; Maslach, 1998) focalizaram-se no modelo de Maslach e criaram um modelo que defende que as diferentes dimensões emergiam ao mesmo tempo, contudo não de uma forma independente, resultando em oito fases diferentes de *burnout*. O aparecimento destas dimensões segue uma sequência progressiva ao longo do tempo. Neste modelo, a despersonalização é a primeira fase do *burnout*, seguida da falta de realização pessoal e por fim da exaustão emocional, ao contrário do que defende o modelo de Maslach, Jackson e Leiter (1996; cit in Maslach, 1998), onde surge primeiramente a exaustão emocional, que leva posteriormente à despersonalização e, conseqüentemente, à falta de realização pessoal. Segundo Mirvis e colaboradores (1996; cit in Fiadzo et al., 1996; cit in Queirós, 2005, p. 41) “as fases agrupam-se em três grupos que classificam o grau de severidade do *burnout*”, sendo que as fases 1,2,3 reflectem baixo *burnout*, as fases 4 e 5 indicam um nível intermédio de *burnout* e as fases 6,7,8 indicam *burnout* elevado (Queirós, 2005). Fiadzo e colaboradores (1996; cit in Queirós, 2005) referem que a definição de alto ou baixo *burnout* efectuada por Golembiewski tem por base pontes de corte, sendo que, para a dimensão despersonalização valores maiores ou iguais a 19 são considerados altos, enquanto que,

para a realização pessoal, valores menores ou iguais a 26 são considerados baixos e por fim, para a exaustão emocional valores maiores ou iguais a 24 são considerados altos.

4. Causas do *Burnout*

Segundo Maslach e Jackson (1981; cit in Oliveira, 2008), o trabalho contínuo com indivíduos que se encontram em sofrimento, psicológico, social e/ou físico, pode originar *stress* crónico e ser emocionalmente desgastante, contribuindo assim, para o aparecimento do *burnout*. Pines (2000) afirma que a principal causa do *burnout* encontra-se na necessidade de o ser humano acreditar que a vida tem sentido e que o trabalho é importante e pode fazer a diferença, sendo que, segundo este autor se a pessoa sente que falha, poderá estar em risco de apresentar *burnout*. Os profissionais mais dedicados e mais comprometidos com o trabalho são os que têm mais tendência a desenvolver *burnout* (Freudenberger, 1974; cit in Oliveira, 2008). Também, Maslach e Leiter (1997) referem que quanto maior o desfasamento entre o sujeito e o trabalho, mais elevado é o risco de desenvolver esta síndrome. Os autores ainda identificaram seis fontes de *burnout* que contribuem para o desfasamento entre a pessoa e o trabalho: sobrecarga de trabalho, controlo, comunidade, recompensa, justiça e valores. A sobrecarga consiste na quantidade e qualidade excessiva de tarefas que excedem a capacidade de desempenho, quer por insuficiência técnica, de tempo ou de infraestrutura organizacional. Esta é normalmente a componente que mais se relaciona com a dimensão exaustão emocional do *burnout* (Maslach et al., 2001). A falta de controlo de acontecimentos ou de actividades no próprio trabalho, a baixa participação na tomada de decisões sobre mudanças comportamentais relacionam-se normalmente com a dimensão de baixa realização pessoal e a maiores níveis de *stress* (Maslach et al., 2001). Para estes autores, o facto de a pessoa sentir que não tem uma recompensa justa pelo seu trabalho, que não é reconhecida, quer financeira, quer socialmente, que o seu empenho é desvalorizado ou ignorado pelos outros é um indicador de desfasamento. Estes autores afirmam, ainda, que a falta de recompensa está directamente associada a sentimentos de ineficácia.

Outro factor importante no aparecimento do *burnout* é a ausência de sentimento de comunidade. Por vezes, o trabalho isola as pessoas e pode provocar o conflito que, se não for resolvido pode tornar-se crónico e destrutivo das relações de trabalho, aumentando assim, os sentimentos de frustração, ansiedade, raiva, desrespeito e

suspeição, diminuindo o sentimento de entreaajuda entre colegas em situações de dificuldade (Maslach & Leiter, 1997).

Também a presença de justiça e de respeito entre os colegas de trabalho é crucial para o sentimento de comunidade e para um bom ambiente de trabalho. Assim, quando existe salários desiguais para o mesmo cargo, ascensão de colegas sem merecimento e desigualdade na carga de trabalho, perde-se a confiança numa organização que não mostra imparcialidade no tratamento dos trabalhadores (Maslach & Leiter, 1997). Para Maslach e colaboradores (2001), a falta de justiça exacerba o *burnout* de duas formas: se por um lado a sensação de ser tratado de forma diferente dos colegas de trabalho é emocionalmente desgastante, por outro a falta de justiça vai nutrindo um sentimento de despersonalização para com o local de trabalho.

Um outro factor para a ocorrência de *burnout* é o conflito de valores, que surge quando existe um conflito entre os requisitos da profissão e os princípios e valores do indivíduo. Este também pode ocorrer quando as aspirações pessoais não acompanham os valores da organização (Maslach & Leiter, 1997).

Maslach (1998; 2003) refere que as três dimensões do *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal) relacionam-se com as variáveis do contexto de trabalho de distintas formas. Segundo esta autora, a exaustão emocional e a despersonalização tendem a aparecer do conflito social e da sobrecarga de trabalho e a baixa realização pessoal surge da falta de recursos para desempenhar o trabalho com qualidade. Esta autora menciona ainda que elevados níveis de conflito pessoal relacionam-se a elevados níveis de exaustão emocional e por sua vez, elevados níveis de realização pessoal relacionam-se com a participação activa na tomada de decisões partilhada, relações interpessoais de apoio e aumento de competências profissionais.

Zamora, Castejón e Fernández (2004), referem que na literatura encontram-se como principais indicadores de *burnout* as variáveis organizacionais, contudo existem variáveis mediadores desta síndrome, agrupadas em variáveis sóciodemográficas (idade, sexo, estado civil, entre outras) e variáveis de personalidade (*locus* de controlo, neuroticismo, entre outras), suporte social e estratégias de *coping*. Também, Maslach e colaboradores (2001) mencionam que o *burnout* encontra-se associado a variáveis individuais como as características demográficas, características da personalidade e atitudes para com o trabalho e ainda variáveis situacionais como as características do

trabalho, características das ocupações e características organizacionais. De seguida serão exploradas as variáveis supracitadas.

4.1. Variáveis Individuais e *Burnout*

De acordo com Pines e Aronson (1981; cit in Oliveira, 2008), as pessoas experienciam níveis diferentes de *burnout* e lidam de maneira diferente com essa experiência porque são pessoas diferentes, autênticas, únicas e têm experiências de vida anteriores distintas. Oliveira (2008) refere que o *burnout* é uma consequência de factores stressantes ao nível organizacional, contudo sofre também a influência moderadora de variáveis individuais.

4.1.1. Características Demográficas e *Burnout*

Guevara, Henao e Herrera (2004) mencionam que a literatura tem vindo a descrever factores de risco para o desenvolvimento de *burnout*, tais como, indivíduos jovens, mulheres, solteiros, trabalhadores de turnos laborais, como também factores de personalidade como optimistas, idealistas, com expectativas altruístas elevadas.

Relativamente à idade, Cordes e Dougherty (1993; cit in Queirós, 2005), Magalhães e Glina (2006), Mallar e Capitão (2004) e Maslach e Jackson (1981; cit in Oliveira, 2008) verificaram nos seus estudos que sujeitos mais novos apresentam níveis mais elevados de *burnout* comparativamente com sujeitos mais velhos. Uma explicação para esta evidência é a maior probabilidade desta síndrome emergir nos primeiros anos da prática profissional, o que sugere que, se os sujeitos não conseguirem lidar com estas dificuldades, poderão abandonar a profissão, sendo que os sujeitos mais velhos podem ter conseguido ultrapassar a situação de *burnout* nos primeiros anos de profissão (Maslach & Jackson, 1981; cit in Oliveira, 2008).

No que concerne ao sexo, é importante realçar o conflito de papéis como uma das fontes de *stress* vivenciadas pelas mulheres na procura de conciliar a vida familiar com a profissional (Pines & Aronson, 1981; cit in Oliveira, 2008). Também Gomes e Cruz (2004) realçam o facto de as mulheres estarem expostas às mesmas fontes de *stress* que os homens e para além destas, a fontes de *stress* específicas e únicas de

pressão relativamente aos colegas homens. Em diversos estudos as mulheres apresentam níveis mais elevados do que os homens nas dimensões exaustão emocional, enquanto os homens apresentam níveis mais elevados na despersonalização (Gil-Monte, 2002; Maslach & Jackson, 1981).

Relativamente ao estado civil, Garcia (1990; cit. in Queirós, 2005), Guevara e colaboradores (2004), e Maslach e Jackson (1981; cit. in Oliveira, 2008) verificaram que indivíduos solteiros e divorciados experienciavam níveis mais elevados de *burnout* do que os casados, mais concretamente na dimensão exaustão emocional. E os solteiros tendem a apresentar níveis mais elevados desta síndrome, que os divorciados (Maslach et al., 2001).

A variável nível de escolaridade também se encontra associada ao *burnout*, sendo que as investigações têm evidenciado que pessoas com um nível de escolaridade elevado experienciam níveis mais altos de *burnout*, comparativamente com pessoas com um nível baixo de escolaridade, sendo que, segundo Maslach e colaboradores (2001) não existe uma explicação muito clara para esta evidência, mas referem que o nível de escolaridade elevado encontra-se associado a maiores responsabilidades e mais *stress*.

No que concerne aos anos de prática da profissão, Huebner e Mills (1997; cit in Gomes, 1998), Pines (1982; cit Gomes, 1998), mencionam que indivíduos com menos anos de prática experienciam níveis mais elevados de *stress* e *burnout* comparativamente com os indivíduos com mais prática profissional, apontando como uma explicação o facto de os indivíduos com mais anos de prática parecerem ter alcançado e assimilado melhores competências e estratégias de *coping*.

No que diz respeito ao número de horas de trabalho por semana, Varoli e Souza (2004, cit in Queirós, 2005) encontraram no seu estudo uma associação entre o número de horas de trabalho e altos níveis de *burnout*. Ao contrário destes autores, Queirós (2005), no seu estudo não encontrou diferenças estaticamente significativas entre os sujeitos que trabalham mais horas, comparativamente com os que trabalham menos horas.

4.1.2. Características da Personalidade e *Burnout*

A personalidade tipo A é mencionada como a mais predisposta ao *stress*. Este tipo de personalidade é característica de indivíduos altamente competitivos, bastante activos, com pouca tolerância perante a lentidão e com estabelecimento de objectivos pouco realistas. Maslach e colaboradores (2001) apontam para a associação deste tipo de personalidade com a dimensão exaustão emocional do *burnout*.

O neuroticismo é considerado uma variável que tem como principais características a ansiedade, hostilidade, depressão, autoconsciência e vulnerabilidade (Braz, 2007). Schaufeli (1999; cit in Oliveira, 2008) indica uma forte relação entre a dimensão exaustão emocional com o neuroticismo. Este autor considera que os indivíduos neuróticos tendem a ser emocionalmente mais instáveis e a perceberem o contexto laboral como ameaçador, o que os predispõe para o sofrimento psicológico e por esse motivo é considerado pelo autor com um factor de risco para a ocorrência de *burnout*. Outras investigações têm apontado para a associação do *burnout* com variáveis como a falta de assertividade, baixa auto-estima, dependência (Langelaan, Bakker, Van Doornen, & Schaufeli, 2006).

De acordo com Maslach e colaboradores (2001), uma outra variável da característica da personalidade é o *locus* de controlo. Estes mesmos autores enunciam que indivíduos com um *locus* de controlo externo, que atribuem a causas dos acontecimentos a outros poderosos ou ao acaso, experienciam níveis mais elevados de *burnout* do que aqueles indivíduos com *locus* de controlo interno, que atribuem a causa dos acontecimentos a si mesmos, aos seu esforço, ou competência.

Relativamente à variável *coping* (que consiste nos reforços para lidar com situações do dia-a-dia de dano, ameaça, ou de desafio) a literatura tem apontado para o facto de esta variável estar associada ao *burnout* (Pinto, Silva & Lima, 2005; Zamora, Castejón & Fernández, 2004). Tamayo e Tróccoli (2002) referem que a utilização de estratégias de *coping* de controlo ou centradas no problema previne a ocorrência do *burnout*, enquanto que, as estratégias de fuga, evitamento ou centrada nas emoções provocam a ocorrência desta síndrome.

4.1.3. Atitudes para com o trabalho

De acordo com Maslach e colaboradores (2001), indivíduos que apresentam grandes expectativas organizacionais e aspiram objectivos bastante discrepantes da realidade, tendem a apresentar níveis elevados de *burnout*, sendo que elevadas expectativas no trabalho relacionam-se com a exaustão e contingentemente ao cinismo quando os esforços investidos não têm o resultado esperado.

4.2. Variáveis Situacionais e *Burnout*

Actualmente, o mundo de trabalho requer do trabalhador uma rápida adaptação à mudança e flexibilidade. Apesar de existirem diferenças individuais na experiência do *burnout*, a principal causa reside no ambiente de trabalho.

4.2.1. Características do Trabalho e Organizacionais

Schaufeli (1999, cit in Oliveira, 2008) refere que a sobrecarga e a pressão para o cumprimento de prazos relacionam-se fortemente com o *burnout*, principalmente na dimensão exaustão. O conflito de papéis (quando existe um impacto entre as informações e as expectativas do trabalhador sobre o seu desempenho) e a ambiguidade de papéis (ocorre quando as normas, direitos e métodos estão pouco delimitados e claros por parte da instituição) revelam correlações moderadas a altas com o *burnout* (Maslach et al., 2001). Uma outra variável importante para a ocorrência desta síndrome é o suporte organizacional, sendo que a falta de suporte organizacional associa-se a níveis de *burnout* elevados (Tamayo & Tróccoli, 2002). Outras variáveis laborais fundamentais neste contexto são a informação e o controlo. A falta de informação associa-se negativamente com as três dimensões do *burnout*, bem como a pouca participação na tomada de decisões.

A falta de autonomia correlaciona-se de forma negativa com o *burnout* (Maslach et al., 2001). Uma outra variável que pode originar esta síndrome relaciona-se com as condições adversas do trabalho como calor, ruído e frio. De acordo com Tamayo e Tróccoli (2002), estilos de gestão autoritários associam-se à ocorrência de *burnout*.

Neste segundo capítulo, procurou-se descrever a síndrome de *burnout*, as suas causas, manifestações e consequências, tal como também se fez referência aos modelos mais importantes. No capítulo seguinte pretende-se abordar os profissionais de saúde mental, bem como as fontes de *stress* ocupacional nestes profissionais, uma vez que vão ser alvo desta investigação.

Capítulo III

O PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL

1. Profissionais de Saúde

A maior parte da população passa grande parte do seu dia a trabalhar, sendo que, o trabalho constitui um papel fundamental na vida das pessoas. O trabalho, dependendo das características, pode contribuir para uma vida com mais sentido, estimular sentimentos positivos, sendo também importante para a determinação do estatuto sócio-económico das pessoas. No entanto, não podemos ignorar alguns aspectos menos positivos do trabalho, que podem desencadear respostas inadequadas face ao *stress* (Lundberg, 2000; cit in Loureiro, 2006).

Segundo Gomes e Cruz (2004), o *stress* ocupacional e o *burnout* nos profissionais que prestam serviços e cuidados humanos é um tema relevante, devido às suas consequências, uma vez que estas afectam tanto o profissional, como também todos os sujeitos que são alvo de intervenção destes mesmos profissionais. Apesar de actualmente já existirem estudos que evidenciam o *stress* ocupacional noutras profissões, aquelas que mantêm um contacto directo com as pessoas, tal como com os profissionais de saúde, apresentam-se ainda hoje como um grupo de risco extremo. As consequências que advêm das experiências vivenciadas pelos profissionais de saúde, reflectem-se ao nível da qualidade dos serviços prestados aos doentes, bem como na própria qualidade de vida e bem-estar (Pereira, Rodrigues & Cunha, 2010). Por este motivo, cada vez mais, surgem diversos estudos sobre o *stress* nos profissionais de saúde, principalmente na área de medicina e enfermagem (Shapiro, Astin, Bishop & Cordova, 2005).

De acordo com Ribeiro (2005), existem diversas condições que podem originar o *stress* ocupacional nos profissionais de saúde, tais como o excesso ou a escassez de trabalho, o excesso ou défice de responsabilidades e a progressão na carreira. Para além destas condições, Delbrouck (2006) menciona a ambiguidade de papéis, a falta de segurança no emprego, conflitos entre colegas e dificuldades relacionais com o doente.

Benevides-Pereira (2002) menciona, ainda, o número insuficiente de pessoal, a falta de reconhecimento profissional, a alta exposição do profissional a riscos químicos e físicos, a sobrecarga de trabalho e ainda o contacto constante com o sofrimento, a dor e por vezes a morte como sendo os principais stressores destes profissionais. Estes profissionais têm de se envolver com pacientes em estado grave, partilhar com estes e com os seus familiares a dor, a angústia, a depressão e o medo de padecerem (Beltrán, Moreno, Estrada, López, Rodríguez & Reyes, 2004). Além disso, Melo, Gomes e Cruz (1997) referem que estes profissionais, por

vezes, têm de infligir sofrimento nos pacientes através de procedimentos técnicos de diagnóstico e tratamentos mais invasivos, tornando as interações com os pacientes diferentes das interações noutros grupos de profissionais. Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle, e Domínguez (2004) referem ainda, que trabalhar em instituições de saúde exige que os profissionais tenham experiência clínica e maturidade para enfrentarem e tomarem decisões difíceis, normalmente com implicações éticas e morais.

Assim, como forma de se observar os índices de *stress* e *burnout* nestes profissionais serão expostos posteriormente alguns estudos realizados com estes mesmos profissionais. Um estudo realizado por Silva e Melo (2009) com 155 profissionais da área de saúde, a trabalharem em instituições hospitalares e centros de saúde da região norte de Portugal, indicou que 15% destes profissionais tinham experiências significativas de *stress* e 6% destes mesmos experienciam problemas de exaustão emocional. A realização de análises comparativas nesta amostra permitiu observar ainda, os grupos com maior tendência para obter problemas de *stress* ocupacional, são eles as mulheres, enfermeiros mais novos e com menor experiência profissional, solteiros, classe profissional dos enfermeiros, profissionais que exercem funções em centros de saúde, profissionais com situações contratuais mais instáveis e, por último, profissionais que trabalham por turnos. Payne e Firth-Cozens (1987; cit in Melo & Cruz, 1997), numa breve revisão de vários estudos sobre o *stress* ocupacional em profissionais de saúde aludem para o facto de a investigação apontar para a ocorrência regular de elevados níveis de *stress* nestes profissionais. Indicam também que, os níveis de *stress* e pressão variam consoante as diferentes profissões de saúde; os psiquiatras, psicólogos cirurgiões, enfermeiros e técnicos de laboratório evidenciam níveis mais elevados de *stress* e pressão do que os outros profissionais de saúde como clínicos gerais, assistente social, técnicos de serviço, entre outros. Estes autores afirmam ainda, que os sentimentos de sobrecarga e excesso de trabalho constituem as fontes de *stress* mais comuns nestes profissionais. Os estudos analisados, por estes mesmos autores, verificam que as mulheres tendem a experienciar níveis mais elevados de *stress* e pressão do que os homens, como referido também no estudo anterior.

Por sua vez, Melo Gomes e Cruz (1997), num estudo comparativo entre profissionais de saúde e docentes relativamente ao *stress* ocupacional, concluíram que os profissionais de saúde evidenciam níveis mais elevados de *stress* ocupacional do que os docentes.

Grau, Suñer, García (2005) realizaram um estudo com 1095 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares) e verificaram que 41.6% apresentou cansaço emocional, principalmente os médicos e os enfermeiros. Ainda, neste estudo constatou-se que um baixo

nível de cansaço emocional se relaciona com a satisfação profissional. Os anos de profissão, ter a noção que o seu trabalho é útil e que os outros lhe dão valor relaciona-se inversamente com um elevado nível de despersonalização e a baixa realização pessoal associa-se inversamente com o optimismo, a valorização da utilidade do trabalho e a equipa de trabalho. Um outro estudo realizado por Ribeiro, Gomes e Silva (2010) com 141 profissionais de saúde, 73 enfermeiros e 68 médicos, indicou que os médicos experienciam menores níveis de *stress* e maiores níveis de satisfação e realização pessoal e profissional, contudo os níveis de *burnout* foram idênticos entre as duas classes profissionais. Souza e Silva (2002) realizaram um estudo com 239 profissionais de saúde e constataram que as variáveis traço de ansiedade, suporte de chefia e personalidade tipo A foram preditores significativos do *burnout* total e da exaustão emocional, enquanto as variáveis traço de ansiedade e a personalidade tipo A foram preditores da despersonalização. Dias, Queirós e Carlotto (2010) realizaram também, um estudo com 224 profissionais de saúde, 112 brasileiros e 112 portugueses e concluíram que a prevalência de *burnout* é semelhante nos dois países, não sendo encontradas diferenças significativas quanto às dimensões desta síndrome.

Assim, como podemos verificar o profissional de saúde está exposto a diversos stressores ocupacionais que afectam directamente o seu bem-estar (Carlotto, 2009), que por sua vez afecta directamente o utente (Melo, Gomes, Cruz, 1997). E como referem Shapiro, Astin, Bishop e Cordova (2005), estes profissionais precisam de mais apoio social de forma a gerirem e a enfrentarem os diversos stressores com que se deparam diariamente no seu trabalho.

Contudo, independentemente das especificidades das diversas áreas profissionais da saúde, existem muitos aspectos que são partilhados por médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, etc. Assim, o sofrimento psíquico do próprio trabalho no contexto hospitalar é considerado comum a todos estes profissionais (Nogueira-Martins, 2003).

No que concerne à profissão de psicólogo, Abreu, Stoll, Ramos, Baumgardt e Kristensen (2002), referem que esta está entre as profissões de saúde com maior propensão ao *burnout*. De acordo com Benevides-Pereira (2002), esta profissão possui diversos aspectos que a tornam propensa aos *stress* e ao *burnout*, a começar pela própria formação nesta disciplina que exige anos de preparação e constante actualização, provocando eventualmente um sentimento de insegurança e ansiedade, que pode se expressar durante o desenvolvimento da carreira. O trabalho de psicólogo é caracterizado pelo elevado investimento subjectivo nas

tarefas profissionais e pelo contacto muito próximo com pessoas que geralmente estão em sofrimento que sobrecarregam e desgastam o profissional. Para além disso, estes profissionais possuem um pluriemprego como forma de organização profissional e evitam procurar ajuda quando sentem dificuldades, uma vez que estes profissionais são instruídos para ajudar.

Apesar destas condições mencionadas em cima, estes profissionais vivenciam em muitas instituições condições inadequadas para um trabalho de qualidade, em termos físicos e materiais, como em termos de suporte (Benevides-Pereira, 2002). Gomes (1999) realizou um estudo com 419 psicólogos com diferentes formações e orientações e aferiu que cerca de 30 a 40% experienciou níveis elevados ou muito elevados de *stress* no exercício da sua profissão e concluiu que os factores de *stress* relacionados com estes elevados níveis de *stress* estavam associados ao excesso e sobrecarga de trabalho, a remuneração considerada insuficiente, as dúvidas e problemas de natureza ética e profissional, a insegurança e a instabilidade profissionais e o falar em público. O estudo realizado por Gomes e Cruz (2004) com 439 psicólogos com diferentes formações e orientações vai de encontro aos resultados obtidos no estudo de Gomes, sendo que 30% destes profissionais apresentou uma elevada experiência de *stress*, e que 15% já se encontrava em estado *burnout*, 25% encontrava-se insatisfeito com a situação profissional actual e 20% referiu que não voltaria a escolher o curso de psicologia se tivesse uma nova oportunidade de opção.

Já relativamente à enfermagem, Carvalho e Lopes (2006) referem que é uma profissão que exige uma dedicação especial do profissional, uma vez que o cuidar do outro na sua integridade não significa resolver somente os problemas físicos, mas também identificar todas as suas necessidades e tentar encontrar formas de as solucionar. Os enfermeiros são considerados também uma profissão de risco, visto estarem expostos a factores de risco de natureza física, química e biológica. O enfermeiro encontra-se ainda, permanentemente em contacto com o sofrimento, a dor, o desespero e a irritabilidade que podem aparecer nos utentes devido à sua condição (Cavalheiro, Moura Júnior & Lopes, 2008). Gomes, Cruz e Cabanelas (2009), mencionam o número reduzido de profissionais relativamente à carga de trabalho, a ambiguidade de papéis, a falta de reconhecimento social, a precariedade dos contratos e os baixos ordenados que posteriormente levam ao aumento do número de horas de trabalho, o que por sua vez torna o trabalho mais desgastante, como sendo factores stressores nesta profissão.

Murofuse, Abranches e Napoleão (2005), referem que a enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* (Autoridade de Educação em Saúde) como a quarta profissão mais stressante, no sector público, que vem tentando profissionalmente afirmar-se para obter maior reconhecimento social. Queirós (2005) num estudo realizado com enfermeiros portugueses encontrou elevados níveis de *burnout*, sobretudo na dimensão exaustão emocional com 27% e no cinismo/despersonalização com 16%. Num outro estudo realizado com 477 enfermeiras e auxiliares de seis hospitais de Palma de Maiorca, concluiu-se que as causas mais importantes de *stress* eram a sobrecarga de trabalho (50.94%), a escassez de pessoal (18.86%), os conflitos de equipa (10.06%), a insuficiência de recursos materiais (9.95%), problemas dos turnos (6.07), e, por último, 5.45% desta amostra referiu a morte dos pacientes (Vives, 1994; cit in Queirós, 2005).

2. Profissionais de saúde mental

O trabalho em saúde mental, pela sua complexidade e especificidade, é considerado um trabalho de alta vulnerabilidade à sobrecarga emocional (Santos & Cardoso, 2010). Estes profissionais encontram-se diariamente em contacto com utentes com dificuldades emocionais, tentando sempre dar-lhes atenção e cuidado às suas necessidades. Assim, o dia-a-dia do profissional de saúde mental está rodeado de expectativas que circundam à volta da cura do utente. Nalguns casos, estas exigências originam angústias, deixando-o o profissional perante sentimentos de impotência, incerteza e fracasso. Estudos internacionais mencionam que o trabalho na área da saúde mental é um factor de *stress* e de esgotamento, podendo assim interferir na qualidade da assistência e em casos extremos, inviabilizar a continuidade de serviços (Rebouças, 2007). Ramminger (2002) refere ainda, que como qualquer outro profissional, o profissional da área de saúde mental tem uma história individual construída com base nas relações interpessoais estabelecidas, primeiro com os pais e posteriormente no seu ambiente social. Contudo, a diferença entre estes profissionais e os restantes, é que estes utilizam esta rede de relações intersubjectivas como instrumento de trabalho com pessoas que se encontram institucionalizadas justamente por desagregação das suas relações interpessoais.

Lambert e Oliveira (1997; cit in Ramminger 2002) fizeram um estudo qualitativo e comparativo com profissionais de hospitais gerais, hospitais psiquiátricos e empresas de diversas actividades e concluíram que os profissionais de saúde mental evidenciavam níveis inferiores de ansiedade comparativamente com os restantes profissionais do estudo. Segundo

Ramminger (2002), estes resultados indicam que os profissionais que lidam diariamente com a loucura possuem uma capacidade maior de repressão dos seus sentimentos de ansiedade, o que pode representar um mecanismo de defesa importante para estes profissionais. Lara (1999; cit in Ramminger, 2002) realizou também um estudo com profissionais de um hospital psiquiátrico e verificou que 40% da amostra manifestou indícios de esgotamento emocional e *burnout*.

Burrows e McGrath (2000; cit in Santos & Cardoso, 2010) e Macedo (2005; cit in Santos & Cardoso, 2010) concluíram no seu estudo que os *stressores* ocupacionais identificados por estes profissionais, são o cuidado de pessoas que sofrem de transtornos mentais severos, sobrecarga de trabalho, falta de profissionais e conflitos entre colegas. Moore e Cooper, (1996; cit in Abreu, Stoll, Ramos, Baumgardt, Kristensen, 2002) e Rabin, Feldman e Kaplan (1999; cit in Abreu, Stoll, Ramos, Baumgardt, Kristensen, 2002) destacam também como possíveis factores stressantes destes profissionais a responsabilidade da vida do paciente, a falta de capacidade para estabelecer limites nas suas interacções profissionais, a preocupação constante perante os problemas e as necessidades dos pacientes, e o contacto, por longos períodos, com pessoas com transtornos mentais severos. Também Swoboda, Sibitz, Fruhwald, Klug, Bauer e Priebe (2006; cit in Santos & Cardoso, 2010) indicam ainda como factores stressantes a ambiguidade de função, conflitos na equipa, a doença do utente e a falta de tempo, e referem que o contacto com os utentes e com a equipa são percebidos como recompensadores.

Santos e Cardoso (2010) realizaram um estudo com 25 profissionais de saúde mental de serviços ambulatoriais e de internamento parcial de saúde mental e verificaram que 36.0% destes profissionais apresentavam manifestações de *stress* e que 44.0% consideravam-se sob *stress*. Neste estudo, os aspectos mais citados como fonte de *stress* percebido foram as condições de trabalho e o relacionamento no trabalho, um outro factor é decorrente da reforma psiquiátrica e refere à configuração multidisciplinar da equipa e às condições exigentes. É importante salientar a percepção destes profissionais relativamente ao contacto com os colegas e com os utentes como sendo pouco stressante, o que pode facilitar o atendimento das necessidades sociais no contexto do trabalho e oferecer possibilidades de inclusão e de ampliação dos vínculos sociais.

Relativamente ao trabalho dos terapeutas ocupacionais, Marco, Cítero, Moraes e Nogueira-Martins (2008), referem que estes profissionais agem na prevenção, no tratamento e

na recuperação das capacidades dos utentes que foram diminuídas pelo perturbação mental (Lancmam & Jardim, 2004) e têm como principal objectivo a reabilitação do utente, contribuindo assim para a avaliação, planeamento e tratamento de várias disfunções físicas, mentais e de desenvolvimento. Um estudo realizado com 203 profissionais de saúde mental, sendo quarenta e seis psiquiatras, cento e onze psicólogos, dezanove terapeutas ocupacionais, oito assistentes sociais, quatro enfermeiros, três auxiliares de enfermagem, um dentista, o antropóloga, nove educadores e uma fonoaudióloga verificou que os terapeutas ocupacionais e os assistentes sociais sentiam de maneira exacerbada o impacto do trabalho e apresentavam índices mais elevados de perturbações psiquiátricos comparativamente com os restantes profissionais. Algumas hipóteses apresentadas por estes autores para explicar os resultados consistem na carência de reconhecimento profissional pelos outros profissionais da equipa, falsa concepção da equipa de que a terapia ocupacional é somente distração e recreação para os utentes incapacitados e ambiguidade do papel profissional.

Num outro estudo efectuado por Sweeney e Nichols (1996; cit in Marco, Cítero, Moraes, Nogueira-Martins, (2008) com terapeutas ocupacionais, observou-se que os profissionais que trabalham na área da saúde mental revelaram altos níveis de *stress*. Segundo estes mesmos autores os factores que fomentaram estes elevados níveis de *stress* foram a constante exposição às angustias e dificuldades dos pacientes, frequente exposição àqueles que possuem uma má qualidade de vida e resistência que muitos utentes têm em mudar condições de vida que antes não acarretavam efeitos desagradáveis, mas que actualmente contribuem para situações difíceis.

No que concerne à profissão de assistente social, a literatura evidencia os riscos ocupacionais associados aos níveis elevados de *stress* resultantes do efeito do ambiente de trabalho e características da profissão, em que existe um paradoxo entre vivenciar situações de poder relativamente ao utente, e por outro lado, carência de autonomia relativamente à instituição e aos seus recursos (Jones, Fletcher & Ibbetson, 1991; cit in Marco, Cítero, Moraes, Nogueira-Martins, 2008). As pessoas que escolhem esta profissão têm determinadas características que são pilares para esta profissão tais como, crer na justiça social, no bem-estar das pessoas, no respeito pelas opções e autonomia, no senso de responsabilidade pelos outros (Wood, 1982; cit in Pottage & Huxley, 1996; cit in Marco, Cítero, Moraes, Nogueira-Martins, 2008).

Lloyd e King (2004) realizaram um estudo com 304 profissionais de terapia ocupacional e serviço social e verificaram elevados níveis de exaustão emocional, moderada despersonalização e baixa realização pessoal.

Um estudo realizado na Croácia com 174 profissionais de saúde mental, sendo que 86 eram enfermeiros, 27 assistentes sociais e 61 psiquiatras, estes profissionais apresentaram um grau moderado de síndrome de *burnout*, contudo não houve diferenças significativas quanto à ocupação (Ogresta, Rusac & Zorec 2008). Também Matos e Batista (2004; cit in Queirós, 2005), realizaram um estudo com 100 profissionais de saúde que trabalhavam com portadores de deficiência mental profunda e encontraram alguns preditores de *burnout* nestes profissionais, sendo eles a existência de determinadas fontes e respostas de *stress* e valores mais baixos de satisfação, de recursos e de respostas de *coping*. Um estudo realizado com 55 profissionais de um hospital psiquiátrico, das áreas da saúde mental, da toxicod dependência e da psiquiatria forense mostrou que os valores de *burnout* nestes profissionais se encontram dentro dos valores normativos e acima da média, revelou também que existe uma diferença significativa no sexo relativamente à variável *burnout* na sub-escala despersonalização, sendo que neste estudo o sexo masculino apresentou níveis mais elevados (Queirós, 2005). Ackerly, Burnell, Holder e Kurdek (1988; cit in Gomes, 1999) realizaram um estudo com 562 psicólogos a trabalharem em serviços de saúde mental e observaram que mais de um terço da amostra mencionava elevados níveis de exaustão emocional e despersonalização, e que 21% desta amostra optaria por outra profissão. Carvalho e Felli (2006) num estudo realizado com seis enfermeiros de um hospital psiquiátrico concluíram que estes profissionais apresentam um intenso desgaste mental pelas condições de trabalho vivenciadas e não pelo contacto com o utente. Em trabalhadores de saúde mental, as fontes de *stress* ocupacional estão sobretudo relacionadas com a dificuldade no funcionamento do sistema de saúde, como pressão de tempo, fadiga crónica, as incertezas no cuidado ao paciente, exigentes pacientes crónicos, pobres relações interpessoais no trabalho e ambiguidade (Ogresta, Rusac & Zorec 2008).

Em suma, os profissionais de saúde mental revelam em alguns estudos níveis elevados de *burnout*. Por isso, torna-se relevante estudar esta temática nos profissionais de saúde mental, possibilitando a compreensão dos elevados níveis de *burnout*, que a literatura refere.

Neste capítulo, na primeira parte foram expostos vários estudos sobre os profissionais de saúde e na segunda parte abordaram-se estudos referentes aos profissionais de saúde mental.

Na segunda parte da dissertação, apresentaremos o nosso estudo empírico cuja população-alvo são os profissionais de saúde mental da Casa de Saúde de S. José. Iremos testar as hipóteses propostas para este estudo e no final após a discussão dos resultados obtidos, iremos realizar uma breve conclusão acerca deste estudo.

Capítulo IV

METODOLOGIA

1. Objectivos e Tipo de Estudo

Este estudo é de natureza transversal, visto que os dados foram recolhidos num só momento (Almeida & Freire, 2007). Para além disso, tem por base a metodologia quantitativa que tem como características o positivismo, objectivismo, é reducionista, de medição controlada, está orientada para a comprovação, confirmação e resultado e é hipotético-dedutiva, precisa e fiável através da validação científica (Almeida & Freire, 2007).

Este estudo caracteriza-se também por ser um estudo observacional/descritivo e analítico, visto que o investigador não interveio, desenvolveu somente procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorreram naturalmente sem a sua intervenção. Assim, este estudo fornece apenas informação acerca da amostra em estudo e procura explicar os resultados através do exame das relações estatísticas (correlações) entre variáveis (Almeida & Freire, 2007).

O objectivo global deste estudo consistiu na identificação das fontes de *stress* ocupacional, a verificação dos níveis de *stress* e *burnout* avaliação do suporte social dos profissionais de saúde mental de uma Casa de Saúde da Região Norte. Pretendeu-se ainda verificar a associação do *burnout* com algumas variáveis sócio-demográficas e indicadores da situação profissional. Esta investigação, pretendeu desenvolver e orientar os seguintes objectivos específicos:

- 1) Caracterizar a amostra que se pretende estudar de acordo com as variáveis sócio-demográficas e indicadores da situação profissional.
- 2) Identificar as fontes de *stress* nos profissionais de saúde mental desta instituição.
- 3) Comparar os níveis de *stress* e *burnout* relativamente ao sexo, idade, estado civil, profissão, anos de profissão, número de horas de trabalho por semana.
- 4) Avaliar a relação entre o *stress*, o *burnout* e o apoio social.

2. Hipóteses

Com base na revisão da literatura e nos objectivos, formulamos as seguintes hipóteses:

H1-Espera-se que existam diferenças entre os profissionais de saúde mental quanto à expressão de *stress* e *burnout*.

H2- Espera-se que existam diferenças entre os profissionais de saúde mental do sexo feminino e masculino quanto à expressão *stress* e *burnout*

H3- Espera-se que os profissionais de saúde mental casados tenham níveis mais baixos de *stress* e *burnout* do que os solteiros.

H4- Espera-se que os profissionais de saúde mental mais novos possuam níveis mais elevados de *stress* e *burnout*.

H5- Espera-se que os profissionais de saúde mental que trabalham mais horas por semana possuam níveis mais elevados de *stress* e *burnout*.

H6- Espera-se que os profissionais de saúde com mais reduzida experiência profissional apresentem níveis mais elevados de *stress* e *burnout*.

H7- Espera-se que quanto maior o apoio social, menor serão os níveis de *burnout* e *stress* nos profissionais de saúde mental.

3. Variáveis

As variáveis sócio-demográficas consideradas neste estudo foram: sexo, idade, estado civil, número de filhos, habilitações literárias, local de residência, profissão, anos de profissão, número de anos que trabalha na instituição, número de horas de trabalho por semana, situação contratual, trabalho por turnos, especialidade de trabalho, número de instituições onde trabalha e cargo profissional.

Para além, das variáveis em cima referidas, também foram alvo de estudo as variáveis *burnout*, *stress* ocupacional e apoio social.

4. Procedimentos de recolha de dados

Esta investigação iniciou-se com um pedido de autorização por escrito aos responsáveis dos Conselhos de Administração e/ou Direcção da instituição de saúde. Juntamente com o pedido de autorização foi enviado uma descrição do projecto onde foram explicados os objectivos do estudo e os procedimentos a utilizar na recolha, análise e divulgação dos dados. Após a autorização da investigação, partiu-se para o trabalho de campo

propriamente dito, contactando os responsáveis por cada profissional de saúde, combinando assim o momento para o início da recolha de dados.

Depois de combinado um momento com os profissionais de saúde que foram inquiridos, distribuiu-se dois documentos iguais, que continham os objectivos e implicações da investigação, assegurando o carácter voluntário da participação nesta investigação, sendo necessária a assinatura dos mesmos para que se possa prosseguir com a investigação. Um dos documentos foi entregue à investigadora e o outro ficou com o inquirido como forma de garantir o carácter voluntário da participação na investigação.

De modo a garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, foram fornecidos envelopes a todos os participantes, no qual, cada participante introduziu o questionário preenchido, que posteriormente foi devolvido à investigadora devidamente fechado. A abertura dos envelopes contendo os questionários recebidos foi da inteira responsabilidade da investigadora, de forma a garantir a confidencialidade dos dados. Assim sendo, os questionários foram distribuídos pelos profissionais de saúde da instituição, que se dispuseram a participar na investigação.

5. Participantes

A amostra desta investigação é não probabilística e de conveniência, visto que os participantes são profissionais de saúde mental, que trabalham numa Casa de Saúde da Região Norte do país (Almeida & Freire, 2007). Como critério de inclusão considerámos o facto de trabalhar nesta instituição há pelo menos um ano e de saber ler e escrever. Tendo em consideração os critérios anteriores, foram distribuídos 63 inquéritos pelos profissionais de saúde mental. A participação foi voluntária sendo estes previamente informados sobre a natureza e objectivos do presente estudo. Dos 63 inquéritos distribuídos, apenas 40 foram devolvidos, sendo a amostra desta investigação constituída apenas por 40 sujeitos.

5.1. Caracterização sócio-demográfica da amostra

No quadro 1 e 1a apresentamos as características sócio-demográficas da amostra (N=40), sendo que a maioria da amostra é constituída por 28 participantes do sexo feminino (70,0%) e 12 participantes do sexo masculino (30,0%), com idades compreendidas entre os 23

e os 65 anos, e cuja média foi de 40 anos e o desvio padrão de 12.37 anos de acordo com a tabela 1b.

Relativamente à profissão, 50% dos participantes são auxiliares, 20% enfermeiros, 15% médicos e, por último, 15% o grupo “Outros”, que inclui um psicólogo, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social e três monitoras.

Observa-se pela tabela 1, que em termos de habilitações literárias, a maioria dos participantes possui o ensino superior ($n=18$; 45%), sendo que 15% possui o ensino secundário e o 4ºano, 12.5% possui o 7ºano e 9ºano, 7.5% sabe ler e escrever e os restantes participantes possuem 5º e o 6ºano (5%).

No que concerne ao estado civil, a maioria dos sujeitos é casado (57.5%), 22.5% é solteiro, dividindo-se a restante percentagem de forma relativamente aproximada, pelos estados “divorciado (7.5%)”, “viúvo” (5%), “união de facto” (5%) e “separado” (2.5%).

Quanto ao facto de ter filhos, 65% respondeu que sim e 35% respondeu que não. A totalidade da amostra não vive com outros dependentes.

Em relação ao local de residência, a maioria dos participantes reside no meio rural (72.5%), os restantes participantes reside no meio urbano (27.5%).

Quadro 1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra (N=40)

	<i>N</i>	%	M	DP	Mínimo	Máximo
Sexo						
Masculino	12	30,0				
Feminino	28	70,0				
Idade						
			40,0	12,37	23	65
Profissão						
Auxiliares	20	50,0				
Enfermeiros	8	20,0				
Médicos	6	15,0				
Outros	6	15,0				
Habilitações Escolares						
Sabe ler e/ou escrever	3	7,5				
1º - 4º ano	6	15,0				
5º - 6º ano	2	5,0				
7º - 9º ano	5	12,5				
10º - 12º ano	6	15,0				
Ensino superior	18	45,0				
Estado Civil						
Solteiro(a)	9	22,5				
Casado(a)	23	57,5				
Divorciado(a)	3	7,5				
Viúvo(a)	2	5,0				
União de Facto	2	5,0				
Separado(a)	1	2,5				
Tem filhos?						
Não	14	35,0				
Sim	26	65,0				
Nº de filhos						
			2,2	1,16	1	6
Outros dependentes?						
Não	40	100,0				

Quadro 1a – Caracterização sócio-demográfica da amostra (N=40) (continuação)

	<i>N</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo
Local de residência						
Meio Rural	29	72,5				
Meio Urbano	11	27,5				

5.2. Caracterização da situação profissional da amostra

De seguida apresentamos no quadro 2 os dados relativos caracterização da amostra relativamente à situação profissional.

Quadro 2 - Dados relativos à situação profissional da amostra (N=40)

	<i>N</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo
Trabalha por turnos						
Não	14	35,0				
Sim	26	65,0				
Trabalha em mais alguma Instituição						
Não	32	80,0				
Sim	8	20,0				
Situação contratual						
Quadro/Efectivo(a)	34	85,0				
Vínculo Precário/Termo	2	5,0				
Prestação de Serviços	4	10,0				
Cargo desempenhado						
Auxiliar	20	50,0				
Coordenador	4	10,0				
Enfermeiro(a)	7	17,5				
Médico	5	12,5				
Director Clínico	1	2,5				
Monitor(a)	3	7,5				

Quadro 2a- Dados relativos à situação profissional da amostra (N=40) (continuação)

	<i>N</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo
Tem cargo de chefia?						
Não	34	85,0				
Sim	6	15,0				
No último ano faltou ao serviço						
Nunca	27	67,5				
Raramente	9	22,5				
Algumas vezes	3	7,5				
No último mês faltou ao serviço						
Nunca	36	90,0				
Raramente	3	7,5				
Algumas vezes	1	2,5				
Se pudesse deixaria a instituição onde trabalha?						
Não	30	75,0				
Sim	10	25,0				
Se pudesse mudaria de profissão?						
Não	30	75,0				
Sim	10	25,0				
Anos de Profissão			14,9	11,63	1	38
Nº anos que trabalha na instituição			12,1	9,43	1	34
Nº de horas que trabalha por semana			37,8	8,42	6	60
Total de horas de trabalho na Instituição			33,3	12,09	1	50
Nº de horas de trabalho por semana noutra instituição			22,6	15,50	5	40

Relativamente ao trabalho por turnos, observa-se que 65% dos participantes trabalha por turnos, sendo que 35% referiu que não trabalha por turnos.

No que concerne à realização de trabalho noutra instituição, constata-se que a maioria dos participantes (80%) referiu não trabalhar noutra local, e 20% referiu que sim. Observa-se também que a maioria dos participantes encontra-se no quadro (85%), 10% encontra-se a prestar serviços e 5% tem um vínculo precário.

De uma forma geral, o cargo que desempenham enquadra-se no âmbito das competências do exercício profissional. Quanto a ter cargo de chefia, apenas 15% tem um cargo de chefia.

Quanto à questão se no último ano faltou ao serviço, a maioria dos sujeitos (67.5%) respondeu que nunca faltou. Por sua vez, à questão se no último mês faltou ao serviço, 90% dos participantes nunca faltaram no último mês.

Se pudesse deixar a instituição onde trabalha, a maioria (75%) respondeu que não o faziam, sendo que segundo o quadro 2b a totalidade dos médicos e a maioria dos auxiliares ($n=16$, 80%) e dos enfermeiros ($n=6$, 75%) mencionaram que não o faziam; já a maior parte dos outros profissionais de saúde ($n=4$, 66.7%) referiram que o faziam.

Relativamente à mudança de profissão, a totalidade dos médicos, bem como a maior parte dos auxiliares ($n=16$, 80%) e dos enfermeiros ($n=6$, 75%) mantinham-se na mesma profissão; opostamente, se pudessem, a maioria dos outros profissionais de saúde ($n=4$, 66.7%) mudaria de profissão. No que diz respeito aos anos de profissão o mínimo é 1 e o máximo 38, sendo a média de 14.9 anos.

Quadro 2b: Dados sobre a situação profissional da amostra relativos às questões se pudesse deixaria a instituição onde trabalha e se pudesse mudaria de profissão por outra actividade profissional por grupo de profissionais (N=40)

	Auxiliares (n=20)		Enfermeiros (n=8)		Médicos (n=6)		Outros (n=6)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Se pudesse deixaria a instituição onde trabalha								
Não	16	80,0	6	75,0	6	100,0	2	33,3
Sim	4	20,0	2	25,0	---	---	4	66,7
Se pudesse mudaria de profissão								
Não	16	80,0	6	75,0	6	100,0	2	33,3
Sim	4	20,0	2	25,0	---	---	4	66,7

6. Instrumentos

De forma a medirmos as variáveis em estudo foram utilizados como instrumentos de avaliação, de acordo com a ordem apresentada aos participantes, os seguintes: Questionário sócio-demográfico, Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde (QSPS), o Inventário de *Burnout* de Maslach - (MBI-HSS) e a Escala de Apoio Social (EAS).

6.1. Questionário Sócio-Demográfico

A operacionalização das variáveis foi realizada através de um questionário auto-avaliativo distribuído a cada profissional de saúde, que englobou uma ficha biográfica, que permitiu recolher dados relativos sobre a vida pessoal e profissional do profissional de saúde mental como sexo, idade, estado civil, número de filhos, habilitações literárias, local de residência, profissão, anos de profissão, número de anos que trabalha na instituição, número de horas de trabalho por semana, situação contratual, trabalho por turnos, especialidade de trabalho, número de instituições onde trabalha e cargo profissional.

6.2. Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde (QPSP)

Para a operacionalização do *Stress* Ocupacional foi utilizado o *Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde* (QSPS). Este instrumento foi desenvolvido a partir dos trabalhos de Cruz e Melo (1996; cit in Gomes et al., 2008), Gomes (1998; cit in Gomes et al., 2008) e Gomes, Melo e Cruz (2000; cit in Gomes et al. 2008). Este instrumento engloba duas partes distintas. Na primeira parte é proposto aos profissionais a avaliação do nível global de *stress* que experienciam na sua actividade, através de um único item em que 0 corresponde a nenhum *stress*; e 4 corresponde a elevado *stress*. Na segunda parte, são avaliadas as potenciais fontes de *stress* no exercício da profissão, através de 25 itens. Os 25 itens distribuem-se por seis subescalas, sendo respondidos numa escala tipo *Likert* de 4 pontos (0=Nenhum *stress*; 4=Muito *stress*). A pontuação é obtida através da soma dos itens de cada dimensão, dividindo-se depois os valores encontrados pelo total de itens da subescala. Assim sendo, valores mais elevados significam maior percepção de *stress* em cada um dos domínios avaliados. As dimensões avaliadas são lidar com clientes: refere-se aos sentimentos negativos dos profissionais relacionados com as pessoas a quem prestam os seus serviços (ex:

possibilidade de cometer erros que prejudiquem os clientes, ter de gerir problemas graves dos clientes, etc.), os itens que a constituem são o item 1, 8, 14, 20; relações profissionais: descreve o mal-estar dos profissionais relativamente ao ambiente de trabalho bem como à relação mantida com os colegas de trabalho e superiores hierárquicos (ex: conflitos com colegas, falta de apoio dos superiores, etc.) os itens que a formam são 2, 7, 9, 15, 21; excesso de trabalho: diz respeito à excessiva carga de trabalho e de horas de serviço a realizar (ex. trabalhar muitas horas seguidas, falta de tempo para realizar adequadamente as tarefas, etc.) os itens que a constituem são 4, 12, 16, 22; carreira e remuneração: indica os sentimentos de mal-estar relacionados com a falta de perspectivas de desenvolvimento da carreira profissional e de insatisfação com o salário recebido (ex: impossibilidade de progressão na carreira, baixa remuneração, etc.) os itens que a constituem são 3, 10, 13, 17, 23; acções de formação: reporta as experiências negativas dos profissionais em situações onde devem elaborar e conduzir acções de formação e efectuar apresentações públicas os itens que a formam são 6, 18, 24; problemas familiares: descreve os problemas de relacionamento familiar e a falta de apoio por parte de pessoas significativas (ex: instabilidade das relações familiares e/ou conjugais, conflitos com pessoas significativas, etc) e os itens que constituem esta dimensão são 5, 11, 19, 25.

Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas do QSPS nesta amostra utilizou-se o *alfa de Cronbach* (α), pelo quadro 3 verifica-se que a consistência interna deste instrumento na amostra total é muito boa ($\alpha=0,95$). Relativamente à consistência interna de cada dimensão, na dimensão lidar com Clientes a consistência interna é boa ($\alpha=0,86$), na dimensão relações profissionais a consistência interna foi muito boa ($\alpha=0,90$), na dimensão excesso de trabalho a consistência interna também se revelou boa ($\alpha=0,88$), na dimensão carreira e remuneração também foi boa ($\alpha=0,83$), na dimensão acções de formação a consistência interna foi $\alpha=0,89$ e, por último, na dimensão problemas familiares a consistência interna foi boa ($\alpha=0,82$)

Quadro 3 – Alfa de Cronbach (α) na avaliação da consistência interna (N=40)

	Auxiliares	Enfermeiros	Médicos	Outros	TOTAL
QSPS (total)	0,95 ^[5]	0,94 ^[5]	0,94 ^[5]	0,93 ^[5]	0,94 ^[5]
MBI-HSS (total)	0,73 ^[3]	0,67 ^[2]	0,87 ^[4]	0,81 ^[4]	0,75 ^[3]
ESSS (total)	0,18 ^[1]	0,54 ^[1]	0,21 ^[1]	0,67 ^[2]	0,31 ^[1]
QSPS					
Lidar com Clientes	0,80 ^[4]	0,91 ^[5]	0,89 ^[4]	0,94 ^[5]	0,86 ^[4]
Relações Profissionais	0,91 ^[5]	0,85 ^[4]	0,72 ^[3]	0,89 ^[4]	0,90 ^[5]
Excesso de Trabalho	0,89 ^[4]	0,82 ^[4]	0,94 ^[5]	0,56 ^[1]	0,88 ^[4]
Carreira e Remuneração	0,82 ^[4]	0,76 ^[3]	0,88 ^[4]	0,76 ^[3]	0,83 ^[4]
Acções de Formação	0,85 ^[4]	0,96 ^[5]	0,91 ^[5]	0,86 ^[4]	0,89 ^[4]
Problemas Familiares	0,80 ^[4]	0,80 ^[4]	0,63 ^[2]	0,89 ^[4]	0,82 ^[4]
MBI-HSS					
Exaustão Emocional	0,91 ^[5]	0,81 ^[4]	0,96 ^[5]	0,92 ^[5]	0,90 ^[5]
Realização Pessoal	0,61 ^[2]	0,18 ^[1]	0,89 ^[4]	0,86 ^[4]	0,69 ^[2]
Despersonalização	0,05 ^[1]	0,67 ^[2]	0,07 ^[1]	0,38 ^[1]	0,27 ^[1]
ESSS					
Satisfação com Amizades	0,58 ^[1]	0,47 ^[1]	0,67 ^[2]	0,47 ^[1]	0,56 ^[1]
Intimidade	0,41 ^[1]	0,21 ^[1]	0,48 ^[1]	0,14 ^[1]	0,27 ^[1]
Satisfação com a Família	0,77 ^[3]	0,42 ^[1]	0,56 ^[1]	0,94 ^[5]	0,70 ^[3]
Actividades Sociais	0,78 ^[3]	0,63 ^[2]	0,83 ^[4]	0,79 ^[3]	0,68 ^[2]

QSPS: Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde

MBI-HSS: Inventário de “Burnout” de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos (*Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*)

ESSS: Escala de Satisfação com o Suporte Social

^[1] α -Cronbach com consistência interna *inaceitável* ($\alpha < 0,60$)

^[2] α -Cronbach com consistência interna *fraca* ($0,60 \leq \alpha < 0,70$)

^[3] α -Cronbach com consistência interna *razoável* ($0,70 \leq \alpha < 0,80$)

^[4] α -Cronbach com consistência interna *boa* ($0,80 \leq \alpha < 0,90$)

^[5] α -Cronbach com consistência interna *muito boa* ($0,90 \leq \alpha \leq 1,0$)

6.3. Inventário de *Burnout* de Maslach

Para avaliar a Síndrome de *Burnout* foi utilizado o Inventário de *Burnout* de Maslach - (MBI-HSS). Este questionário foi validado por Maslach e Jackson aparecendo a sua versão definitiva em 1986. A consistência interna da versão original foi de .90 para a exaustão emocional, .79 para a despersonalização e .71 para a Realização pessoal, o que revela ser uma escala com boa consistência interna (Maslach & Jackson, 1986).

Neste estudo utilizou-se uma versão traduzida e validada por Zaida Azeredo em 2003. Este instrumento é de auto-avaliação e tem como objectivo avaliar como o sujeito vivência o seu trabalho, de acordo com três dimensões estabelecidas pelo Modelo Teórico de Maslach: Exaustão Emocional (9 itens) - pretende analisar sentimentos de sobrecarga emocional, Realização Pessoal no Trabalho (8 itens) – utilizada para avaliar sentimentos de incompetência e falta de realização pessoal e Despersonalização (5 itens) – pretende avaliar respostas frias, impessoais ou mesmo negativas dirigidas para aqueles a quem se prestam serviços. A frequência com que cada sentimento ocorre nas três dimensões é avaliada numa escala tipo *Lickert* de sete pontos, variando entre 0 (Nunca) e 6 (Todos os dias). Este instrumento possui no total 22 itens. A pontuação da escala total obtém-se ao somar os valores dos 22 itens. Como pontos de corte seguiu-se os critérios dos autores originais. Para isso considerou-se que na dimensão exaustão emocional as pontuações de 27 ou superiores são indicadoras de um elevado nível de *burnout*, o intervalo de 17 a 26 corresponde a pontuações intermédias, e as pontuações de 0-16 são indicadoras de níveis baixos de *burnout*. Na dimensão realização Pessoal pontuações entre 0 e 31 são indicadoras de níveis baixos de realização pessoal, as pontuações entre 32-38 são consideradas indicadoras de níveis intermédios de realização pessoal, e as pontuações entre 39 ou superiores são indicadoras de níveis elevados de realização pessoal. Esta dimensão é cotada em sentido inverso, ou seja, valores mais baixos significam menor sentimento de realização pessoal.

Assim, elevados níveis de *burnout* estão associados a elevados *scores* de exaustão e despersonalização, mas também a baixos *scores* de realização.

Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas do MBI-HSS nesta amostra utilizou-se o alfa de Cronbach (α), pelo quadro 3 verifica-se que a consistência interna deste

instrumento na dimensão exaustão emocional é muito boa ($\alpha=0,95$), na dimensão realização pessoal a consistência interna é fraca ($\alpha=0,69$), e na dimensão despersonalização a consistência interna é inaceitável ($\alpha=0,27$). Os itens desta última dimensão não estão a avaliar o que se pretende contudo, manteve-se esta dimensão no presente estudo, sendo que estes dados serão tidos em conta na discussão dos resultados.

6.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social

Por último, será utilizada a *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)* desenvolvida por Pais-Ribeiro (1999) para operacionalizar a variável apoio social. Esta escala é um instrumento de auto-avaliação com 15 frases avaliadas de acordo com uma escala tipo *Likert* de cinco posições ordinais: concordo totalmente, concordo na maior parte do tempo, não concordo nem discordo, discordo na maior parte, e discordo totalmente. As afirmações distribuem-se por quatro dimensões nomeadamente satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com família, e actividades sociais. A primeira dimensão avalia a satisfação com as amizades/amigos e é constituída por cinco itens (3,12,13,14,15) sendo a sua pontuação máxima de 25 pontos. Esta dimensão tem uma consistência interna de .83 e explica 35% da variância total. A segunda dimensão avalia a percepção da existência de suporte social íntimo e é formada por quatro itens (1,4,5,6) e a sua pontuação máxima é de 20 pontos, esta dimensão apresenta um alfa de *Cronbach* de .74, e explica 12.1% da variância. A terceira dimensão avalia a satisfação com o suporte social familiar e engloba três itens (9,10,11) e a sua pontuação máxima é de 15 pontos. Esta dimensão apresenta um alfa de *Cronbach* de .74 e explica 8.7% da variância. Por último, a quarta dimensão avalia a satisfação com as actividades sociais que efectua e é constituída por três itens (2,7,8), o seu alfa de *Cronbach* é .64 e explica 7.3% da variância total (Pais-Ribeiro, 1999). Todos os itens são cotados de 1 a 5 excepto os itens 4,5,9,10, 11, 12, 13, 14, 15 que são cotados de forma inversa. A pontuação total da escala oscila entre os 15 e os 75 pontos, sendo que as pontuações mais altas correspondem a uma percepção de maior suporte social. Relativamente à consistência interna da escala esta corresponde a .85. Pais-Ribeiro (1999), realizou a análise dos componentes principais e verificou um agrupamento dos itens de acordo com os construtos iniciais, 15 itens com uma carga factorial superior a .4. No que concerne à validade concorrente comparou-se a escala com medidas de saúde e de bem-estar e com medidas de mal-estar, e verificou-se uma associação significativa no sentido esperado. Já no que diz respeito à validade discriminante,

verificou-se um índice de discriminação dos itens superior a 20 pontos entre a magnitude da correlação com a escala a que pertence e a magnitude do segundo valor de correlação com a outra escala.

Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas do ESSS nesta amostra utilizou-se o alfa de *Cronbach* (α), pelo quadro 3 verifica-se que a consistência interna deste instrumento na dimensão satisfação com amigos ($\alpha=0.56$) é baixa, na dimensão intimidade a consistência interna revelou-se inaceitável ($\alpha=0.14$), os itens desta dimensão não estão a avaliar o que se pretende contudo, manteve-se esta dimensão no presente estudo, sendo que estes dados serão tidos em conta na discussão dos resultados. Na dimensão satisfação com a família a consistência interna apresentou-se muito boa ($\alpha=0.94$), e, por último, na dimensão actividades sociais a consistência interna é razoável ($\alpha=0.79$).

7. Procedimentos Estatísticos

Uma vez que este estudo é quantitativo, foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences-SPSS*, versão 19.0, para analisar os dados. O nível de significância estatístico adoptado foi de 5% ($p \leq 0,05$). Todavia, a existência de valores de significância superiores a 5% e iguais ou inferiores a 10%, foram considerados marginalmente significativos ($p \leq 0,10$).

A análise exploratória de dados incidu sobre as frequências absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, e sobre a média (M), o desvio-padrão (DP) e os valores mínimo ($Mín$) e máximo ($Máx$) para as variáveis quantitativas. A dispersão, foi, ainda, apreciada pelo coeficiente de variação (CV) [$CV=(DP/M)*100$]¹.

O estudo da normalidade das distribuições, para as variáveis quantitativas, foi realizado pelo teste de *Shapiro-Wilk* ($n < 50$). As variáveis com nível de significância igual ou inferior a 5% ($p \leq 0,05$) foram consideradas com distribuição não-normal; as variáveis com nível de significância superior a 5% ($p > 0,05$) foram consideradas com distribuição normal.

¹ $CV \leq 15 \Rightarrow$ fraca dispersão

$15 < CV \leq 30 \Rightarrow$ dispersão média

$CV > 30 \Rightarrow$ elevada dispersão

Nas variáveis com distribuição normal, a homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de *Levene statistics* (se $p > 0,05$ as variâncias são homogêneas; se $p < 0,05$ as variâncias são não-homogêneas).

A comparação entre os dois grupos (masculino versus feminino, 20-39 anos *versus* 40 e mais anos; até 35 horas de trabalho semanal *versus* mais de 35 horas de trabalho semanal; solteiros *versus* casados; até 10 anos de experiência profissional *versus* mais de 10 anos de experiência profissional), foi efectuada pelo teste *t* de medidas independentes, sempre que nos dois grupos a variável/dimensão em comparação apresentava distribuição normal, ou pelo teste *U Mann-Whitney* sempre que pelo menos um grupo apresentava distribuição não-normal na variável/dimensão em comparação. A comparação entre sujeitos com alto suporte social *versus* médio suporte social foi realizada pelo teste *U Mann-Whitney*.

A verificação da existência de relações de dependência entre duas variáveis qualitativas foi efectuada pelo teste de independência do qui-quadrado de *Pearson* (χ^2), com simulação de Monte Carlo (por violação dos pressupostos), com um nível de confiança de 99%.

A consistência interna de cada questionário (QSPS, MBI-HSS, ESSS) foi avaliada pelo *α -Cronbach*.

Capítulo V

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1. Caracterização das principais variáveis psicossociais estudadas

1.1. Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde - QSPS

De forma a avaliarmos as fontes de *stress* e a sua intensidade recorreremos ao QSPS. Nos quadros 4a e 4b fizemos a análise da percentagem de sujeitos em cada uma das opções de resposta ao QSPS. Em termos gerais, a maior parte dos auxiliares (40%) consideram que a sua actividade profissional lhes provoca moderado *stress* e 25% consideram que lhes provoca bastante *stress*, 50% dos enfermeiros consideram que a sua actividade lhes causa pouco *stress* e 37,5% consideram que lhes causa moderado *stress*. Por sua vez, 50% dos médicos consideram que lhes provoca pouco *stress* e moderado *stress*, no grupo “outros” 50% considera que lhes causa moderado *stress* e 33,3 % pouco *stress*.

Nestes quadros, verifica-se também que, em termos médios, a maior concentração de respostas (do item 1 ao 25) nos grupos dos auxiliares está situada nas opções de resposta «bastante *stress*» (28,6%) e «moderado *stress*» (27,6%), no grupo dos enfermeiros igualmente nas opções de resposta «bastante *stress*» (29%) e «moderado *stress*» (26%); no grupo dos médicos nas opções «moderado *stress*» (30,7%) e «pouco *stress*» (29,3%), ao passo que no grupo de outros profissionais de saúde, nas opções «bastante *stress*» (24,7%) e «elevado *stress*» (23,3%). A menor concentração de respostas na opção «nenhum *stress*» é, em termos médios, referida no grupo dos auxiliares (16,4%), enfermeiros (13,5%) e outros profissionais de saúde (14,7%). No grupo dos médicos a opção menos considerada foi «elevado *stress*» (2,7%).

Tem em conta a actividade profissional, constatamos no quadro 5 que os auxiliares apresentam como principais fontes de *stress* experienciadas com maior intensidade o salário inadequado/insuficiente, receber um salário baixo; o excesso de trabalho e/ou tarefas burocráticas; trabalhar muitas horas seguidas; os conflitos interpessoais com outros colegas; e a sobrecarga ou excesso de trabalho. Por sua vez, os enfermeiros têm como as principais fontes de *stress* o favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho; a falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores; tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes; gerir problemas graves dos meus clientes; o excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático e a falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas. No que concerne ao grupo dos médicos, as principais fontes de *stress* são gerir problemas graves dos meus clientes; tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes; não poder ou não ser capaz de corresponder

àquilo que os clientes esperam de mim e o excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático. Por último, o grupo “outros”, que inclui um psicólogo, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e três monitoras apontam como principais fontes de *stress* o facto de ter de tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes; a falta de perspectivas de desenvolvimento e progressão na carreira; a falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores; o ambiente e “clima” existentes no meu local de trabalho; o comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho e o favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho.

Quadro 5 – Itens de mais elevada frequência relativa em cada grupo amostral, por opção de resposta (N=40)

	Auxiliares	Enfermeiros	Médicos	Outros
Nenhum Stress	Item 19: 35,0% Itens 2, 5, 18, 24: 25%	Item 11: 50% Itens 18, 19: 37,5%	Item 10: 83,3% Item 11: 50%	Item 19: 50% Itens 6, 7, 11, 17: 33,3%
Pouco Stress	Itens 3, 8, 10, 13: 20%	Itens 4, 11, 19, 25: 37,5%	Itens 9, 13: 66,7% Itens 17, 18, 19, 24: 50%	Itens 12, 18, 22, 24: 50% Itens 4, 13, 17: 33,3%
Moderado Stress	Item 17: 55% Item 25: 50%	Item 22: 62,5% Itens 13, 20: 50%	Item 7, 20: 66,7% Itens 1, 4, 5, 8, 15, 16, 21, 22: 50%	Item 15, 16: 50% Itens 12, 13, 14, 19, 23: 33,3%
Bastante Stress	Item 12: 60% Itens 4, 15, 22: 45%	Itens 1, 14: 62,5% Itens 2, 12, 16: 50%	Item 14: 50% Itens 1, 8, 12: 33,3%	Itens 2, 5, 16: 50% Itens 3, 4, 10, 13, 18, 20, 22, 23, 25: 33,3%
Elevado Stress	Item 23: 35% Item 13: 30%	Itens 2, 7: 37,5%	---	Itens 1, 3, 7, 9, 10, 11, 21: 50%

Em termos globais, no *Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde*, a média percentual obtida em cada opção de resposta (item 1 a 25) foi a seguinte: nenhum *stress* (15,9%), pouco *stress* (14,9%); moderado *stress* (25,9%); bastante *stress* (26,5%) e elevado *stress* (16,8%).

O teste do qui-quadrado na tabela 4c, mostra a existência de significância estatística ($p < 0,05$), nos itens 10, 11, 12 e 18, pelo que existe relação estatística de dependência significativa entre a actividade profissional e os comportamentos expressos nestes itens. Isto significa, que estes profissionais percebem o *stress* profissional de igual modo nestes itens. Nos itens 2 e 7 a relação estatística de dependência entre os grupos é marginalmente significativa ($p < 0,10$).

Nos restantes itens, verifica-se a inexistência de significado estatístico ($p > 0,05$) entre os grupos da amostra, o que revela a inexistência de relações estatísticas entre a profissão e o modo como os sujeitos percebem o *stress* profissional. De notar, que em todos os itens do QSPS, não tendo sido possível a aplicação rigorosa do teste, por violação sistemática dos pressupostos, utilizou-se a simulação de Monte Carlos, com $p \leq 0,01$.

1.1.1. Factores de *Stress* (dimensões do QSPS)

Pelo quadro 6, observa-se que no total da amostra o valor médio situa-se bastante próximo da condição de “moderado *stress*”. De todas, as dimensões com mais baixo nível de *stress* são os «Problemas Familiares». A dispersão é elevada ($CV > 30$) em todas as dimensões.

Quadro 6 – Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, do total da amostra, relativamente às dimensões do Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde (N=40).

QSPS - dimensões	M	DP	Mín	Máx
- Lidar com Clientes	2,3	1,04	0,0	4,0
- Relações Profissionais	2,3	1,09	0,0	3,8
- Excesso de Trabalho	2,3	1,04	0,0	3,7
- Carreira e Remuneração	2,1	0,98	0,0	3,8
- Acções de Formação	2,0	1,31	0,0	4,0
- Problemas Familiares	1,7	1,06	0,0	4,0

Quadro 4a – Percentagem de sujeitos “Auxiliares” e “Enfermeiros” em cada uma das opções de resposta ao Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (N=40)

	AUXILIARES					ENFERMEIROS				
	NS	PS	MS	BS	ES	NS	PS	MS	BS	ES
Em termos gerais, a minha actividade profissional provoca-me ...	15,0	15,0	40,0	25,0	5,0	12,5	50,0	37,5		
1. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes.	15,0	10,0	40,0	20,0	15,0	12,5	---	---	62,5	25,0
2. O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho.	25,0	---	30,0	25,0	20,0	12,5	---	---	50,0	37,5
3. A falta de perspectivas de desenvolvimento e progressão na carreira.	15,0	20,0	15,0	35,0	15,0	---	25,0	12,5	37,5	25,0
4. Trabalhar muitas horas seguidas.	20,0	5,0	5,0	45,0	25,0	---	37,5	25,0	12,5	25,0
5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares.	25,0	10,0	35,0	15,0	15,0	25,0	25,0	12,5	37,5	---
6. Falar ou fazer apresentações em público.	15,0	10,0	25,0	25,0	25,0	12,5	12,5	25,0	37,5	12,5
7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores.	15,0	---	30,0	35,0	20,0	12,5	---	25,0	25,0	37,5
8. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim.	15,0	20,0	20,0	25,0	20,0	12,5	---	37,5	25,0	25,0
9. O ambiente e “clima” existentes no meu local de trabalho.	10,0	10,0	40,0	15,0	25,0	---	12,5	37,5	25,0	25,0
10. Falta de perspectivas de progressão na carreira.	20,0	20,0	15,0	30,0	15,0	---	25,0	25,0	25,0	25,0
11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou familiar.	20,0	10,0	25,0	35,0	10,0	50,0	37,5	12,5	---	---
12. O excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático.	15,0	5,0	10,0	60,0	10,0	---	---	37,5	50,0	12,5
13. Receber um salário baixo.	---	20,0	35,0	15,0	30,0	12,5	---	50,0	25,0	12,5
14. Gerir problemas graves dos meus clientes.	15,0	5,0	35,0	25,0	20,0	12,5	---	12,5	62,5	12,5
15. Os conflitos interpessoais com outros colegas.	15,0	10,0	20,0	45,0	10,0	12,5	---	25,0	37,5	25,0
16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais.	10,0	5,0	35,0	40,0	10,0	---	12,5	12,5	50,0	25,0
17. Viver com os recursos financeiros de que disponho.	15,0	10,0	55,0	10,0	10,0	---	25,0	62,5	12,5	---
18. Preparar acções de formação sob a minha responsabilidade.	25,0	---	20,0	30,0	25,0	37,5	---	12,5	37,5	12,5
19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos).	35,0	5,0	25,0	30,0	5,0	37,5	37,5	25,0	---	---
20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes.	15,0	---	35,0	35,0	15,0	12,5	---	50,0	12,5	25,0
21. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho.	15,0	15,0	20,0	25,0	25,0	12,5	12,5	12,5	37,5	25,0
22. A sobrecarga ou excesso de trabalho.	15,0	5,0	15,0	45,0	20,0	12,5	12,5	62,5	12,5	---
23. Salário inadequado/insuficiente.	5,0	15,0	35,0	10,0	35,0	---	25,0	37,5	25,0	12,5
24. Realizar actividades de formação sob a minha responsabilidade.	25,0	10,0	20,0	20,0	25,0	25,0	12,5	25,0	25,0	12,5
25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.).	10,0	---	50,0	20,0	20,0	25,0	37,5	12,5	---	25,0

NS - Nenhum *Stress*; PS- Pouco *Stress*; MS- Moderado *Stress*; BS- Bastante *Stress*; ES- Elevado *Stress*

Quadro 4b – Percentagem de sujeitos “Médicos” e “Outros Profissionais de Saúde” em cada uma das opções de resposta ao Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (N=40)

	MÉDICOS					OUTROS PROFISSIONAIS				
	NS	PS	MS	BS	ES	NS	PS	MS	BS	ES
Em termos gerais, a minha actividade profissional provoca-me ...		50,0	50,0				33,3	50,0	16,7	
1. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes.	---	16,7	50,0	33,3	---	16,7	16,7	---	16,7	50,0
2. O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho.	16,7	33,3	33,3	16,7	---	---	---	16,7	50,0	33,3
3. A falta de perspectivas de desenvolvimento e progressão na carreira.	66,7	16,7	---	16,7	---	---	---	16,7	33,3	50,0
4. Trabalhar muitas horas seguidas.	16,7	16,7	50,0	---	16,7	16,7	33,3	16,7	33,3	---
5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares.	16,7	16,7	50,0	16,7	---	16,7	16,7	16,7	50,0	---
6. Falar ou fazer apresentações em público.	16,7	33,3	---	50,0	---	33,3	16,7	---	16,7	33,3
7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores.	16,7	16,7	66,7	---	---	33,3	---	---	16,7	50,0
8. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim.	16,7	---	50,0	33,3	---	16,7	16,7	16,7	16,7	33,3
9. O ambiente e “clima” existentes no meu local de trabalho.	16,7	66,7	---	16,7	---	16,7	---	16,7	16,7	50,0
10. Falta de perspectivas de progressão na carreira.	83,3	---	---	16,7	---	16,7	---	---	33,3	50,0
11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou familiar.	50,0	16,7	33,3	---	---	33,3	---	16,7	---	50,0
12. O excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático.	33,3	---	16,7	33,3	16,7	---	50,0	33,3	16,7	---
13. Receber um salário baixo.	16,7	66,7	---	16,7	---	---	33,3	33,3	33,3	---
14. Gerir problemas graves dos meus clientes.	---	16,7	33,3	50,0	---	16,7	16,7	33,3	16,7	16,7
15. Os conflitos interpessoais com outros colegas.	---	33,3	50,0	16,7	---	---	16,7	50,0	16,7	16,7
16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais.	---	33,3	50,0	---	16,7	---	---	50,0	50,0	---
17. Viver com os recursos financeiros de que disponho.	16,7	50,0	33,3	---	---	33,3	33,3	16,7	---	16,7
18. Preparar acções de formação sob a minha responsabilidade.	33,3	50,0	---	16,7	---	16,7	50,0	---	33,3	---
19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos).	33,3	50,0	16,7	---	---	50,0	---	33,3	---	16,7
20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes.	---	33,3	66,7	---	---	16,7	16,7	16,7	33,3	16,7
21. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho.	16,7	33,3	50,0	---	---	---	16,7	16,7	16,7	50,0
22. A sobrecarga ou excesso de trabalho.	16,7	16,7	50,0	---	16,7	---	50,0	16,7	33,3	---
23. Salário inadequado/insuficiente.	16,7	33,3	33,3	16,7	---	---	16,7	33,3	33,3	16,7
24. Realizar actividades de formação sob a minha responsabilidade.	33,3	50,0	---	16,7	---	16,7	50,0	---	16,7	16,7
25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.).	16,7	33,3	33,3	16,7	---	16,7	16,7	16,7	33,3	16,7

NS - Nenhum *Stress*; PS- Pouco *Stress*; MS- Moderado *Stress*; BS- Bastante *Stress*; ES- Elevado *Stress*

Quadro 4c – Percentagem de sujeitos do “Total da Amostra” em cada uma das opções de resposta ao Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde. Teste do Qui-Quadrado (N=40)

	TOTAL DA AMOSTRA					Teste do Qui-Quadrado	
	NS	PS	MS	BS	ES	χ^2	<i>p</i>
Em termos gerais, a minha actividade profissional provoca-me ...	7,5	22,5	45,0	22,5	2,5	9,704	0,706
1. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes.	12,5	10,0	27,5	30,0	20,0	16,469	0,168
2. O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho.	17,5	5,0	22,5	32,5	22,5	20,493	0,055**
3. A falta de perspectivas de desenvolvimento e progressão na carreira.	17,5	17,5	12,5	32,5	20,0	17,938	0,114
4. Trabalhar muitas horas seguidas.	15,0	17,5	17,5	30,0	20,0	17,421	0,129
5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares.	22,5	15,0	30,0	25,0	7,5	9,254	0,726
6. Falar ou fazer apresentações em público.	17,5	15,0	17,5	30,0	20,0	9,450	0,713
7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores.	12,5	7,5	30,0	25,0	25,0	19,767	0,066**
8. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim.	12,5	15,0	27,5	25,0	20,0	6,716	0,916
9. O ambiente e “clima” existentes no meu local de trabalho.	7,5	20,0	30,0	17,5	25,0	15,986	0,188
10. Falta de perspectivas de progressão na carreira.	22,5	17,5	12,5	27,5	20,0	21,699	0,037*
11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou familiar.	32,5	15,0	22,5	17,5	12,5	22,641	0,024*
12. O excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático.	12,5	10,0	20,0	47,5	10,0	21,264	0,041*
13. Receber um salário baixo.	5,0	25,0	32,5	20,0	17,5	18,027	0,112
14. Gerir problemas graves dos meus clientes.	12,5	7,5	30,0	35,0	15,0	8,612	0,783
15. Os conflitos interpessoais com outros colegas.	10,0	12,5	30,0	35,0	12,5	11,021	0,567
16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais.	5,0	10,0	35,0	37,5	12,5	13,145	0,355
17. Viver com os recursos financeiros de que disponho.	15,0	22,5	47,5	7,5	7,5	11,589	0,513
18. Preparar acções de formação sob a minha responsabilidade.	27,5	15,0	12,5	30,0	15,0	20,761	0,047*
19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos).	37,5	17,5	25,0	15,0	5,0	17,263	0,134
20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes.	12,5	7,5	40,0	25,0	15,0	15,664	0,206
21. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho.	12,5	17,5	22,5	22,5	25,0	9,796	0,683
22. A sobrecarga ou excesso de trabalho.	12,5	15,0	17,5	40,0	15,0	17,188	0,136
23. Salário inadequado/insuficiente.	5,0	20,0	35,0	17,5	22,5	8,221	0,821
24. Realizar actividades de formação sob a minha responsabilidade.	25,0	22,5	15,0	20,0	17,5	10,754	0,590
25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas.	15,0	15,0	35,0	17,5	17,5	14,683	0,265

*diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$)** diferenças marginalmente significativas ($0,05 < p < 0,10$)

NS - Nenhum *Stress*; PS- Pouco *Stress*; MS- Moderado *Stress*; BS- Bastante *Stress*; ES- Elevado *Stress*

Pelo quadro 7, considerando a totalidade da amostra, observa-se que nas dimensões «Lidar com Clientes», «Relações Profissionais», «Excesso de Trabalho» e «Carreira e Remuneração» predomina o estado de “moderado *stress*”; na dimensão «Acções de Formação» predominam equilibradamente os estados de “pouco *stress*” e “bastante *stress*”; na dimensão «Problemas Familiares» predomina o “pouco *stress*”, ainda que muito próximo do “moderado *stress*”. Os níveis de “elevado *stress*” são inexistentes ao nível das relações profissionais, excesso de trabalho e carreira e remuneração, e em frequência muito baixa nas restantes dimensões.

Quadro 7 – Frequência absoluta (*n*) e relativa (%) em cada uma das dimensões do QSPS, por opção de resposta (N=40)

	Nenhum <i>Stress</i>		Pouco <i>Stress</i>		Moderado <i>Stress</i>		Bastante <i>Stress</i>		Elevado <i>Stress</i>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	- Lidar com Clientes	4	10,0	8	20,0	16	40,0	11	27,5	1
- Relações Profissionais	5	12,5	7	17,5	16	40,0	12	30,0	---	---
- Excesso de Trabalho	6	15,0	5	12,5	15	37,5	14	35,0	---	---
- Carreira e Remuneração	5	12,5	10	25,0	18	45,0	7	17,5	---	---
- Acções de Formação	10	25,0	9	22,5	7	17,5	10	25,0	4	10,0
- Problemas Familiares	8	20,0	14	35,0	13	32,5	4	10,0	1	2,5

1.1.2. Inventário de “Burnout” de Maslach – Prestadores de serviços Humanos (*Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*) - MBI-HSS

O quadro 8, relativo à classificação das dimensões do MBI-HSS em 3 categorias (baixo, intermédio e elevado)¹, mostra que a maioria dos auxiliares, enfermeiros e médicos partilham do mesmo denominador comum na dimensão “exaustão emocional”, pois a maioria apresenta baixos índices de cansaço emocional. Pelo contrário, o grupo de outros profissionais regista, nesta dimensão, elevados níveis de esgotamento emocional, devido sobretudo às exigências impostas pelo trabalho. Ao nível da despersonalização, ou seja, à avaliação das respostas

¹

	Baixo	Intermédio	Elevado
Exaustão Emocional	0-16	17-26	27 ou +
Realização Pessoal*	0-31	32-38	39 ou +
Despersonalização	0-6	7-12	13 ou +

* cotação em sentido invertido, ou seja, valores mais baixos significam menor sentimento de realização pessoal.

“frias”, impessoais ou mesmo negativas dirigidas às pessoas a quem prestam serviço, os auxiliares, enfermeiros e outros profissionais, registam a maior frequência (absoluta e relativa) na opção baixo nível de *burnout*, enquanto que os médicos situam-se maioritariamente num nível intermédio. Ao nível da realização pessoal (de notar que nesta dimensão a cotação é invertida, onde baixos valores significam menores sentimentos de realização pessoal, e elevados valores correspondem a sentimentos muito favoráveis de realização pessoal), ou seja, na avaliação dos sentimentos de competência profissional e de sucesso no trabalho com pessoas, a maioria dos enfermeiros situa-se no nível intermédio, a maioria dos médicos num nível elevado, a maioria dos outros profissionais de saúde num nível baixo, ao passo que os auxiliares distribuem-se equilibradamente entre sentimentos intermédios e elevados de realização pessoal. De uma forma geral, podemos afirmar, que os sujeitos que compõem cada grupo da amostra não parecem ser afectados por níveis significativos de *burnout*.

Quadro 8 – Frequência relativa (%) dos scores de *burnout* – baixo, intermédio e elevado – nos 4 grupos da amostra, bem como no total da amostra, relativamente às dimensões do Inventário de “Burnout” de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos (N=40)

	Auxiliares			Enfermeiros			Médicos			Outros			TOTAL		
	B	I	E	B	I	E	B	I	E	B	I	E	B	I	E
Exaustão	55,0	30,0	15,0	50,0	25,0	25,0	50,0	33,3	16,7	16,7	33,3	50,0	47,5	30,0	22,5
Emocional	(n=11)	(n=6)	(n=3)	(n=4)	(n=2)	(n=2)	(n=3)	(n=2)	(n=1)	(n=1)	(n=2)	(n=3)	(n=9)	(n=12)	(n=9)
Realização Pessoal*	20,0	40,0	40,0	37,5	50,0	12,5	33,3	---	66,7	50,0	33,3	16,7	30,0	35,0	35,0
	(n=4)	(n=8)	(n=8)	(n=3)	(n=4)	(n=1)	(n=2)		(n=4)	(n=3)	(n=2)	(n=1)	(n=2)	(n=14)	(n=4)
Despersonalização	90,0	10,0	---	62,5	37,5	---	33,3	66,7	---	83,3	16,7	---	75,0	25,0	---
	(n=18)	(n=2)		(n=5)	(n=3)		(n=2)	(n=4)		(n=5)	(n=1)		(n=30)	(n=10)	

*cotação em sentido invertido, ou seja, valores mais baixos significam menor sentimentos de realização pessoal.

B- Baixo

I- Intermédio

E- Elevado

1.1.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Em termos médios, no ESSS total (pontuação máxima), os grupos estão situados no intervalo 51-75 pontos, ou seja, alto suporte social, ainda que mais próximo do limite inferior, ou seja, intermédio suporte social. Com base na amplitude variação, percebe-se que existem sujeitos colocados no médio suporte social (26-50 pontos). Não existem sujeitos no baixo suporte social (até 25 pontos). A avaliação da pontuação média obtida em cada dimensão mostra que, em todos os grupos e em todas as dimensões, o valor médio está próximo da pontuação máxima possível de ser obtida em cada dimensão (satisfação com a família: 5-25 pontos; intimidade: 4-20 pontos; satisfação com a família: 3-15 pontos; actividades sociais: 3-15 pontos).

A dispersão, avaliada pelo coeficiente de variação, é baixa-moderada na globalidade das dimensões. Este dado revela que a amostra, quando observada no conjunto do ESSS é relativamente homogénea.

O quadro 9, referente à totalidade da amostra, mostra que os sujeitos estão colocados na situação de médio suporte social.

Quadro 9 – Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, do total da amostra, relativamente às dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social (N=40)

ESSS - dimensões	M	DP	Mín	Máx
ESSS total	56,2	8,40	36,0	72,0
Satisfação com Amizades	19,3	3,27	10,0	25,0
Intimidade	15,3	3,33	9,0	20,0
Satisfação com a Família	11,8	2,73	5,0	15,0
Actividades Sociais	9,7	2,99	3,0	15,0

2. Resultados do Teste de Hipóteses

2.1. Hipótese 1 – Espera-se que existam diferenças entre os profissionais de saúde mental quanto à expressão de *stress* e *burnout*

a) Estudo comparativo – *Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde*

No quadro 10, recorreremos ao teste *H* Kruskal-Wallis, de forma a compararmos os quatro grupos profissionais. Pode-se observar que na comparação simultânea entre os quatro grupos de profissionais de saúde, relativamente ao Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde, apenas as dimensões “Relações Profissionais” ($p=0,057$) e “Carreira e Remuneração” ($p=0,060$) registam diferenças marginalmente significativas. Sendo que o grupo “outros” é o que apresenta índices médios mais elevados de *stress* na dimensão “Relações Profissionais” ($M=26,17$; $DP=0,99$) comparativamente com os restantes grupos, enfermeiros ($M=24,88$; $DP=1,039$), auxiliares ($M=20,23$; $DP=2,3$) e médicos ($M=9,92$; $DP=0,62$), embora esteja perto da significância (é superior a 0,05), não podemos considerar este resultado estatisticamente significativo. Na dimensão “Carreira e Remuneração” o grupo “outros” profissionais também apresentam índices médios mais elevados de *stress* ($M=24,58$; $DP=0,80$) comparativamente com os restantes grupos, contudo não podemos considerar este resultado estatisticamente significativo, apesar de estar perto da significância. As restantes dimensões não registam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p>0,05$), o que equivale a afirmar a existência de percepção de índices de *stress* equivalentes entre os grupos de profissionais de saúde.

Na comparação dos valores médios face à escala de *stress*, verificamos que de todos, os médicos são os que revelam índices mais baixos de *stress*, ao passo que os enfermeiros surgem como o grupo mais exposto a situações de *stress*. Os auxiliares e os outros profissionais situam-se, genericamente, na condição de “moderado *stress*”. Todavia, importa referir que apenas o grupo de outros profissionais de saúde, na dimensão «Relações Profissionais», regista um valor médio muito próximo da condição de “bastante *stress*”. Os restantes grupos e dimensões situam-se num nível baixo-moderado de *stress*.

A dispersão é elevada ($CV>30$) em todas as dimensões e em todos os grupos, o que mostra a heterogeneidade da amostra relativamente à forma como vivenciam as diferentes situações de *stress*.

b) Estudo comparativo – *Inventário de “Burnout de Maslach - Prestadores de Serviços Humanos*

No quadro 11a recorremos ao teste *H* Kruskal-Wallis de forma a compararmos os quatro grupos de profissionais, relativamente ao MBI-HSS. Podemos constatar a inexistência de diferenças estatisticamente significativas na comparação simultânea entre os quatro grupos da amostra, nas três dimensões do MBI-HSS ($p > 0,05$).

Em termos médios, podemos afirmar que os auxiliares são os que menos padecem de exaustão emocional; os médicos situam-se na fronteira entre baixo-intermédio esgotamento emocional; os enfermeiros e os outros profissionais de saúde estão situados no nível intermédio de cansaço emocional. A despersonalização é baixa em todos os grupos, ainda que mais evidente nos grupos dos auxiliares e outros profissionais; os enfermeiros e os médicos, ainda que classificados no nível baixo, estão próximos do limite superior. A realização pessoal, em termos médios, classifica-se em todos os grupos com nível intermédio.

De uma forma geral, o coeficiente de variação indica que apenas a dimensão realização pessoal, nos grupos dos auxiliares, enfermeiros e outros profissionais, regista baixa-média dispersão, nas restantes dimensões e em todos os grupos, existe uma elevada dispersão ($CV > 30$), o que indicia a ausência de comportamentos homogêneos entre os sujeitos da amostra.

Quadro 10 – Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, *mean rank* e teste *H* Kruskal-Wallis na comparação entre os 4 grupos de profissionais de saúde, relativamente às dimensões do Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (N=40)

QSPS - dimensões	Auxiliares (n=20)			Enfermeiros (n=8)			Médicos (n=6)			Outros (n=6)			H Kruskal-Wallis	
	M	DP	Mean Rank	M	DP	Mean Rank	M	DP	Mean Rank	M	DP	Mean Rank	χ^2	p
- Lidar com Clientes	2,2 (0-3,7)	1,03	19,65	2,6 (0-3,5)	1,12	25,69	2,1 (1-2,7)	0,63	16,00	2,3 (0-4)	1,45	20,92	2,603	0,457
- Relações Profissionais	2,3 (0-3,8)	1,15	20,23	2,7 (0,6-3,8)	1,03	24,88	1,5 (0,4-2,2)	0,62	9,92	2,9 (1,4-3,8)	0,99	26,17	7,508	0,057**
- Excesso de Trabalho	2,5 (0-3,7)	1,12	23,10	2,6 (1-3,7)	0,89	23,56	1,9 (0,2-3,7)	1,26	15,25	1,9 (1-2,5)	0,61	13,00	5,274	0,153
- Carreira e Remuneração	2,2 (0,4-3,8)	0,97	21,63	2,3 (1-3,4)	0,76	23,38	1,0 (0-2,6)	0,87	8,83	2,5 (1,4-3,8)	0,80	24,58	7,421	0,060**
- Acções de Formação	2,2 (0-4)	1,31	22,93	2,0 (0-4)	1,41	20,38	1,3 (0-3)	1,08	14,42	1,7 (0,7-3,7)	1,39	18,67	2,658	0,447
- Problemas Familiares	2,0 (0-4)	1,04	23,45	1,2 (0-2,7)	0,92	15,06	1,2 (0-1,7)	0,66	14,33	2,0 (0,2-3,5)	1,39	24,08	5,271	0,153

** diferenças marginalmente significativas ($p < 0,10$)

Quadro 11a – Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, *mean rank* e teste *H* Kruskal-Wallis na comparação entre os 4 grupos de profissionais de saúde, relativamente às dimensões do Inventário de “Burnout” de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos (N=40)

MBI-HSS dimensões	Auxiliares (n=20)			Enfermeiros (n=8)			Médicos (n=6)			Outros (n=6)			H Kruskal-Wallis	
	M	DP	Mean Rank	M	DP	Mean Rank	M	DP	Mean Rank	M	DP	Mean Rank	χ^2	p
Exaustão Emocional	15,3 (0-49)	13,90	17,43	19,4 (7-33)	9,83	23,00	16,5 (1-37)	13,13	19,75	25,3 (5-42)	12,03	28,17	4,373	0,224
Realização Pessoal	34,7 (8-43)	8,06	21,48	33,5 (28-39)	4,04	17,25	35,5 (15-47)	12,86	25,83	31,8 (20-41)	7,68	16,25	2,813	0,421
Despersonalização	3,2 (0-12)	3,49	18,08	5,5 (0-9)	3,96	25,25	5,8 (0-9)	4,22	25,92	2,8 (0-7)	2,93	16,83	4,162	0,244

Quadro 11b – Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, do total da amostra, relativamente às dimensões do Inventário de “Burnout” de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos (N=40)

MBI – dimensões	M	DP	Mín	Máx
- Exaustão Emocional	17,8	12,84	0,0	49,0
- Realização Pessoal	34,1	8,04	8,0	47,0
- Despersonalização	4,0	3,69	0,0	12,0

2.2. Hipótese 2 – Espera-se que existam diferenças entre os profissionais de saúde mental do sexo feminino e masculino quanto à expressão de *stress* e *burnout*

Pelo quadro 12, relativo à comparação entre profissionais de saúde de ambos os sexos, Homens vs Mulheres, observa-se que ao nível do QSPS existem diferenças estatisticamente significativas no total do questionário ($p=0,006$) e nas dimensões carreira e remuneração ($p=0,001$), acções de formação ($p=0,041$) e problemas familiares ($p=0,041$), em todos os casos devido ao valor médio (no caso das dimensões) ou à classificação média (no caso do total do QSPS) das mulheres comparativamente aos homens. Nas restantes dimensões verifica-se a existência de diferenças marginalmente significativas ($p<0,10$), também motivado pelo valor médio (no caso de lidar com os clientes) ou da classificação média (relações profissionais e excesso de trabalho) das mulheres. Sendo que as mulheres expressão níveis mais elevados de *stress* comparativamente com os homens.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres relativamente às dimensões de *burnout*, o que mostra a homogeneidade dos grupos em relação à exposição emocional, independentemente do género.

Quadro 12 – Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, classificação média (*mean rank*) e comparação entre Homens vs Mulheres (N=40)

	Homens (n=12)			Mulheres (n=28)			Comparação	
	M	DP	Mean Rank	M	DP	Mean Rank	t ou Z	p
QSPS	1,6 (0,4-2,9)	0,87	12,71	2,4 (0,4-3,2)	0,72	23,84	-2,762	0,006*
Lidar com clientes	1,8 (0-3,8)	1,29	---	2,5 (0,3-4)	0,87	---	-1,861	0,070* *
Relações Profissionais	1,8 (0,2-3,8)	1,11	15,33	2,6 (0-3,8)	1,02	22,71	-1,836	0,066* *
Excesso de Trabalho	1,9 (0,3-3,8)	1,13	15,83	2,5 (0-3,8)	0,96	22,50	-1,662	0,097* *
Carreira e Remuneração	1,4 (0-2,8)	0,96	---	2,4 (0,6-3,8)	0,82	---	-3,482	0,001*
Acções de Formação	1,3 (0-3)	1,14	---	2,3 (0-4)	1,30	---	-2,118	0,041*
Problemas Familiares	1,2 (0-2,8)	0,81	---	1,9 (0-4)	1,09	---	-2,110	0,041*
MBI-HSS	59,1 (17-88)	20,60	---	54,5 (24-82)	13,29	---	0,836	0,408
Exaustão Emocional	19,4 (0-49)	16,25	---	17,1 (1-40)	11,36	---	0,524	0,603
Realização Pessoal	34,1 (15-47)	9,39	20,92	34,1 (8-43)	7,59	20,32	-0,148	0,882
Despersonalização	5,6 (0-12)	4,36	25,04	3,3 (0-10)	3,22	18,55	-1,629	0,103

* diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) ; ** diferenças marginalmente significativas ($p<0,10$)

2.3. Hipótese 3 – Espera-se que os profissionais de saúde mental casados tenham níveis mais baixos de *stress* e *burnout* do que os solteiros

No quadro 13, recorreremos ao teste t *Student* e ao teste *U Mann-Whitney*, para as variáveis com distribuição normal e para as variáveis com distribuição não-normal respectivamente, de forma a verificarmos se existem diferenças na expressão de *stress* e *burnout* tendo em conta a variável estado civil.

Pelo quadro 13, relativo à comparação entre sujeitos solteiros *versus* casados, observa-se que ao nível do QSPS apenas a dimensão excesso de trabalho apresenta diferenças estatisticamente significativas (ainda que perto da não-significância) ($p=0,050$) e a dimensão relações profissionais regista diferenças marginalmente significativas ($p=0,082$). Em ambos os casos devido aos valores mais elevados de classificação média (*mean rank*) e média aritmética, respectivamente, por parte dos sujeitos solteiros, revelador da presença de níveis mais elevados de *stress* (apenas nestas variáveis).

Ao nível do MBI-HSS, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na realização pessoal ($p=0,003$) e despersonalização ($p=0,020$). No primeiro caso, devido ao valor médio mais elevado por parte dos solteiros (38,3 *vs* 31,0); no segundo, devido à classificação média (*mean rank*) mais elevada dos casados (10,39 *vs* 18,89).

Quadro 13 – Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, classificação média (*mean rank*) e comparação entre os sujeitos solteiros *versus* casados (N=40)

	Solteiros (n=9)			Casados (n=23)			Comparação	
	M	DP	Mean	M	DP	Mean	t ou Z	p
			Rank			Rank		
QSPS	2,6 (2,2-3,2)	0,35	20,33	2,1 (0,4-3,2)	0,89	15,00	-1,447	0,148
Lidar com clientes	2,7 (1,3-3,5)	0,79	---	2,4 (0-4)	1,02	---	0,889	0,381
Relações Profissionais	3,0 (1,6-3,8)	0,80	---	2,2 (0-3,8)	1,15	---	1,799	0,082**
Excesso de Trabalho	2,9 (1,8-3,5)	0,55	21,67	2,2 (0-3,8)	1,09	14,48	-1,963	0,050*
Carreira e Remuneração	2,8 (2-3,8)	0,79	20,72	2,0 (0,4-3,4)	0,95	14,85	-1,599	0,110
Ações de Formação	2,2 (0,7-3,7)	1,07	---	2,0 (0-4)	1,36	---	0,281	0,781
Problemas Familiares	2,1 (0,3-4)	1,13	---	1,8 (0-3,5)	0,95	---	0,821	0,418
MBI-HSS	57,6 (42-73)	11,08	---	52,9 (17-88)	17,35	---	0,741	0,464
Exaustão Emocional	17,2 (1-33)	11,57	---	16,7 (0-49)	13,28	---	0,113	0,911
Realização Pessoal	38,3 (30-43)	3,87	---	31,0 (8-43)	8,82	---	3,245	0,003*
Despersonalização	2,0 (0-6)	2,78	10,39	5,2 (0-12)	3,74	18,89	-2,336	0,020*

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$)

** diferenças marginalmente significativas ($p < 0,10$)

2.4. Hipótese 4 - Espera-se que os profissionais de saúde mental mais novos possuam níveis mais elevados de *stress* e *burnout*

No quadro 14 recorreremos ao teste t *Student* e ao teste *U Mann-Whitney*, para as variáveis com distribuição normal e para as variáveis com distribuição não-normal respectivamente, de forma a verificarmos se existem diferenças na expressão de *stress* e *burnout* tendo em conta a variável idade.

Pelo quadro 14, referente à comparação entre sujeitos de dois estratos etários (20-39 anos *versus* 40 e mais anos, esta categorização da idade foi feita com base no estudo de Queirós, 2005), observa-se que ao nível do QSPS existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões relações profissionais ($p=0,004$), carreira e remuneração ($p<0,001$) e no total do QSPS ($p=0,040$). Do mesmo modo, diferenças marginais verificam-se na dimensão lidar com clientes ($p=0,093$). No MBI-HSS, regista-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na dimensão exaustão emocional ($p=0,036$), sendo que os mais novos ($M=23,83$; $DP=12,25$) encontram-se mais exaustos emocionalmente comparativamente com os mais velhos ($M=16,00$; $DP=12,719$). No caso da carreira e remuneração tal diferença é devida ao valor médio mais elevado do grupo mais jovem ($M=2,5$; $DP=0,87$) (variável com distribuição normal), sendo que nas restantes variáveis as diferenças são motivadas pela classificação média (*mean rank*) mais elevada por parte dos sujeitos mais jovens, o que significa que os sujeitos mais novos estão mais expostos ao *stress* à sobrecarga emocional comparativamente com os mais velhos.

Quadro 14 – Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, classificação média (*mean rank*) e comparação entre os sujeitos dos dois grupos etários (N=40)

	20-39 anos (n=23)			40 e mais anos (n=17)			Comparação	
	<i>Mean</i>			<i>Mean</i>			<i>t</i> ou <i>Z</i>	<i>p</i>
	M	DP	<i>Rank</i>	M	DP	<i>Rank</i>		
QSPS	2,3 (0,4-3,2)	0,77	23,76	1,9 (0,4- 2,8)	0,86	16,09	-2,054	0,040*
Lidar com clientes	2,4 (0-4)	1,09	23,15	2,1 (0-3,7)	0,96	16,91	-1,677	0,093**
Relações Profissionais	2,7 (0,2-3,8)	1,00	25,09	1,8 (0-3,8)	0,99	14,29	-2,896	0,004*
Excesso de Trabalho	2,5 (0,5-3,7)	0,92	22,43	2,0 (0-3,2)	1,15	17,88	-1,224	0,221
Carreira e Remuneração	2,5 (0,6-3,8)	0,87	---	1,5 (0-2,8)	0,78	---	3,989	<0,001*
Ações de Formação	1,9 (0-4)	1,33	20,20	2,0 (0-4)	1,31	20,91	-0,192	0,847
Problemas Familiares	1,6 (0-3,5)	1,08	---	1,9 (0-4)	1,05	---	-0,747	0,460
MBI-HSS	59,0	12,56	---	51,7 (17-88)	18,74	---	1,475	0,149
Exaustão Emocional	21,0	12,25	23,83	13,5 (0-49)	12,71	16,00	-2,097	0,036*
Realização Pessoal	34,0	6,15	19,15	34,4 (8-47)	10,28	22,32	-0,850	0,395
Despersonalização	4,1	3,67	20,85	3,9 (0-12)	3,84	20,03	-0,222	0,825

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$)

** diferenças marginalmente significativas ($p < 0,10$)

2.5. Hipótese 5 - Espera-se que os profissionais de saúde mental que trabalham mais horas por semana possuam níveis mais elevados de *stress* e *burnout*

No quadro 15 recorreremos ao teste *t Student* e ao teste *U Mann-Whitney*, para as variáveis com distribuição normal e para as variáveis com distribuição não-normal respectivamente, de forma a verificarmos se existem diferenças na expressão de *stress* e *burnout* tendo em conta a variável horas de trabalho.

No quadro 15, relativo à comparação entre sujeitos que trabalham até 35 horas por semana *versus* sujeitos que trabalham mais de 35 horas por semana, observa-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) em todas as dimensões e totais do QSPS e MBI-HSS, o que é revelador da homogeneidade da amostra nos indicadores avaliados, independentemente do número de horas de trabalho semanal.

Quadro 15 – Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, classificação média (*mean rank*) e comparação entre os sujeitos dos dois grupos, em função do número de horas de trabalho semanal (N=40)

	Até 35 horas/semana (n=13)			Mais de 35 horas/semana (n=27)			Comparação	
	M	DP	Mean Rank	M	DP	Mean Rank	t ou Z	p
QSPS	2,2 (0,6-3,2)	0,87	21,69	2,1 (0,4-3,2)	0,84	19,93	-0,448	0,654
Lidar com clientes	2,3 (0-4)	1,27	---	2,3 (0-3,8)	0,94	---	0,084	0,934
Relações Profissionais	2,6 (0,6-3,8)	1,12	---	2,2 (0-3,8)	1,07	---	1,238	0,223
Excesso de Trabalho	2,2 (0,8-3,8)	0,94	18,15	2,4 (0-3,8)	1,09	21,63	-0,885	0,376
Carreira e Remuneração	2,2 (0,6-3,8)	0,94	---	2,0 (0-3,8)	1,01	---	0,465	0,645
Acções de Formação	1,8 (0-4)	1,39	---	2,0 (0-4)	1,29	---	-0,511	0,612
Problemas Familiares	1,6 (0-3,5)	1,18	---	1,8 (0-4)	1,02	---	-0,450	0,655
MBI-HSS	54,9 (17-83)	16,96	---	56,4 (24-88)	15,37	---	-0,270	0,789
Exaustão Emocional	19,8 (1-42)	12,85	23,31	16,8 (0-49)	12,96	19,15	-1,056	0,291
Realização Pessoal	31,7 (15-41)	7,83	16,50	35,3 (8-47)	8,02	22,43	-1,505	0,132
Despersonalização	3,4 (0-10)	3,25	19,00	4,3 (0-12)	3,91	21,22	-0,570	0,569

2.6. Hipótese 6 - Espera-se que os profissionais de saúde mental com mais reduzida experiência profissional apresentem níveis mais elevados de *stress* e *burnout*

No quadro 16, recorreremos ao teste t *Student* e ao teste *U Mann-Whitney*, para as variáveis com distribuição normal e para as variáveis com distribuição não-normal respectivamente, de forma a verificarmos se existem diferenças na expressão de *stress* e *burnout* tendo em conta a variável experiência profissional.

Pelo quadro 16, relativo à comparação entre sujeitos que têm até 10 anos de experiência profissional *versus* sujeitos com 11 e mais anos de actividade profissional, observa-se que em relação ao QSPS registam-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões lidar com clientes ($p=0,007$), relações profissionais ($p=0,002$), excesso de trabalho ($p=0,023$), carreira e remuneração ($p<0,001$) e total do QSPS ($p=0,002$), em todos os casos motivado pelos *mean ranks* e/ou pelas médias mais elevadas dos sujeitos com menor experiência profissional. Ou seja, a maior percepção de *stress* por parte dos sujeitos com menos experiência profissional releva-os para um plano de maior exposição a situações stressantes. Relativamente ao *burnout* e ao suporte social, quer no total quer ao nível das dimensões, os grupos são homogéneos ($p>0,05$).

Quadro 16 – Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, classificação média (*mean rank*) e comparação entre os sujeitos de diferente experiência profissional (N=40)

	Até 10 anos (n=20)			11 e mais anos (n=20)			Comparação	
	M	DP	Mean Rank	M	DP	Mean Rank	t ou Z	p
QSPS	2,5 (0,4-3,2)	0,64	26,30	1,7 (0,4-2,8)	0,85	14,70	-3,140	0,002*
Lidar com clientes	2,7 (0,3-4)	0,82	25,48	1,9 (0-3,8)	1,10	15,53	-2,705	0,007*
Relações Profissionais	2,9 (0,2-3,8)	0,96	26,20	1,8 (0-3,8)	0,98	14,80	-3,094	0,002*
Excesso de Trabalho	2,7 (0,5-3,8)	0,76	---	2,0 (0-3,8)	1,16	---	2,382	0,023*
Carreira e Remuneração	2,6 (0,6-3,8)	0,90	---	1,6 (0-2,8)	0,79	---	3,865	<0,001*
Ações de Formação	2,3 (0-4)	1,29	---	1,7 (0-4)	1,30	---	1,342	0,188
Problemas Familiares	1,9 (0-3,5)	0,99	---	1,5 (0-4)	1,13	---	1,005	0,321
MBI-HSS	56,9 (39-82)	11,66	---	54,9 (17-88)	19,17	---	0,399	0,693
Exaustão Emocional	18,4 (1-40)	11,72	---	17,2 (0-49)	14,16	---	0,304	0,763
Realização Pessoal	34,4 (20-43)	6,15	19,88	33,9 (8-47)	9,74	21,13	-0,339	0,735
Despersonalização	4,2 (0-10)	3,65	20,88	3,9 (0-12)	3,83	20,13	-0,205	0,837

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$)

** diferenças marginalmente significativas ($p < 0,10$)

2.7. Hipótese 7 - Espera-se que quanto maior o apoio social, menor serão os níveis de *stress* e *burnout*

Os resultados obtidos apenas permitiram a formação de dois grupos – alto suporte social e médio suporte social – dada a inexistência de sujeitos classificados com baixo suporte social (até 25 pontos).

Em face do tamanho bastante reduzido por parte do grupo de sujeitos com médio suporte social ($n=7$), a comparação entre os grupos alto suporte social *versus* médio suporte social foi efectuada por recurso ao teste *U* Mann-Whitney, o que dispensa a avaliação do pressuposto da normalidade das distribuições. Não obstante, apresentamos os valores da média, desvio-padrão e mínimo e máximo, como factor discriminatório e orientador face aos valores recomendados para cada dimensão, bem como para o total de cada instrumento utilizado.

Assim, pelo quadro 17, relativo à comparação entre sujeitos com alto suporte social *versus* sujeitos com médio suporte social, observa-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da realização pessoal ($p=0,023$) e da despersonalização ($p=0,014$), devido à classificação média mais elevada dos sujeitos com alto suporte social ao nível da realização pessoal (22,42 *vs* 11,43), mas devido à classificação média mais elevada dos sujeitos com médio suporte social ao nível da despersonalização (18,42 *vs* 30,29), o que significa níveis de *burnout* mais baixos por parte dos sujeitos com elevado suporte social. A percepção de *stress* é independente do suporte social ser alto ou médio.

Quadro 17 – Média (M), desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo, classificação média (*mean rank*) e comparação entre os sujeitos classificados com diferente suporte social (N=40)

	Alto Suporte Social (n=33)			Médio Suporte Social (n=7)			Comparação	
	M	DP	Mean Rank	M	DP	Mean Rank	t ou Z	p
QSPS	2,1 (0,4-3,2)	0,84	20,02	2,3 (0,5-2,8)	0,87	22,79	-0,570	0,569
Lidar com clientes	2,3 (0-4)	1,09	20,27	2,5 (1-3,8)	0,81	21,57	-0,268	0,788
Relações Profissionais	2,3 (0,2-3,8)	1,06	20,14	2,5 (0-3,8)	1,33	22,21	-0,429	0,668
Excesso de Trabalho	2,3 (0,3-3,8)	1,01	20,44	2,3 (0-3,8)	1,22	20,79	-0,072	0,943
Carreira e Remuneração	2,1 (0-3,8)	0,98	20,41	2,1 (0,8-3,4)	1,04	20,93	-0,107	0,915
Acções de Formação	1,9 (0-4)	1,30	19,91	2,3 (0-4)	1,39	23,29	-0,697	0,486
Problemas Familiares	1,7 (0-4)	1,07	20,08	1,9 (0-3,5)	1,11	22,50	-0,500	0,617
MBI-HSS	55,3 (17-83)	15,13	20,08	58,6 (24-88)	19,25	22,50	-0,499	0,618
Exaustão Emocional	16,5 (0-42)	12,55	19,27	24,0 (10-49)	13,33	26,29	-1,445	0,149
Realização Pessoal	35,5 (15-47)	6,93	22,42	27,4 (8-41)	10,05	11,43	-2,266	0,023*
Despersonalização	3,3 (0-10)	3,42	18,42	7,1 (2-12)	3,48	30,29	-2,469	0,014*

Capítulo VI

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Discussão dos Resultados

De forma a caracterizarmos os profissionais de saúde mental recorreremos à avaliação das fontes *stress*, apoio social e *burnout*.

Estudos efectuados ao nível dos profissionais de saúde têm comprovado a exposição destes profissionais a algumas fontes de *stress*, nomeadamente o excesso de trabalho ou a escassez dele, o excesso ou défice de responsabilidades e progressão na carreira (Ribeiro, 2005), ambiguidade de papéis, conflitos entre colegas e dificuldades relacionais com o doente (Delbrouck, 2006).

No presente estudo, avaliamos as principais fontes de *stress* e verificamos que os profissionais de saúde mental elegem como principais fontes de *stress* experienciadas com maior intensidade as seguintes: a falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores, o ambiente e o “clima” existentes no local de trabalho, o facto de gerir problemas graves dos clientes, o excesso de trabalho e o salário insuficiente. Posto isto, podemos dizer que o nosso estudo, no que se refere às principais fontes de *stress* vai de encontro aos resultados de outros estudos tais como o de Santos e Cardoso (2010) e também de Benevides-Pereira (2002). Curiosamente alguns dos aspectos que parecem pressionar menos estes profissionais prendem-se com a falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos) e problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares, o que também vai de encontro ao estudo realizado por Gomes (1999) com psicólogos.

No nosso estudo os profissionais de saúde mental não evidenciaram níveis elevados de *stress*, sendo que o grupo que evidenciou níveis mais baixos de *stress* foi o dos médicos ao passo que os enfermeiros surgem como o grupo mais exposto a situações de *stress*, o que também vai de encontro a alguns estudos anteriores como o de Ribeiro, Gomes e Silva (2010), em que os médicos evidenciaram níveis inferiores de *stress* comparativamente com os enfermeiros e auxiliares.

Relativamente à avaliação dos níveis de *burnout* existentes na nossa amostra verificamos que a maioria dos auxiliares, enfermeiros e médicos apresentam baixos índices de cansaço emocional e físico. Opostamente, o grupo de outros profissionais regista, nesta dimensão, elevados níveis de esgotamento emocional e físico, devido sobretudo às exigências impostas pelo trabalho e a falta de reconhecimento profissional

pelos outros profissionais da equipa (Ramminger, 2002). Ao nível da despersonalização, ou seja, à avaliação das respostas “frias”, impessoais ou mesmo negativas dirigidas às pessoas a quem prestam serviço, os auxiliares, enfermeiros e outros profissionais, registam a maior frequência (absoluta e relativa) na opção baixo nível de *burnout*, enquanto os médicos situam-se maioritariamente num nível intermédio. Ao nível da realização pessoal (de notar que nesta dimensão a cotação é invertida, onde baixos valores significam menor sentimentos de realização pessoal, e elevados valores correspondem a sentimentos muito favoráveis de realização pessoal), ou seja, na avaliação dos sentimentos de competência profissional e de sucesso no trabalho com pessoas, a maioria dos enfermeiros situa-se no nível intermédio, a maioria dos médicos num nível elevado, a maioria dos outros profissionais de saúde num nível baixo, ao passo que os auxiliares distribuem-se equilibradamente entre sentimentos intermédios e elevados de realização pessoal.

De uma forma geral, podemos afirmar, que os sujeitos que compõem cada grupo da amostra não parecem ser afectados por níveis significativos de *burnout*.

No que concerne à satisfação com o suporte social, a maioria da nossa amostra (n=33) evidenciou alto suporte social. De acordo com Cobb (1976), a existência de suporte social pode influenciar a saúde dos indivíduos, na medida em que este faz com que o sujeito sofra poucas perturbações. O que pode justificar no nosso estudo a ausência de níveis elevados de *stress* e *burnout*.

Na hipótese 1 esperávamos que existissem diferenças entre os profissionais de saúde mental quanto à expressão de *stress* e *burnout*.

Ao comparar os quatro grupos de profissionais de saúde, relativamente à expressão de *stress* verificamos que apenas existem diferenças marginalmente significativas nas dimensões “Relações Profissionais” ($p=0,057$) e “Carreira e Remuneração” ($p=0,060$), sendo que o grupo “outros” é o que apresenta índices médios mais elevados de *stress* na dimensão “Relações Profissionais” ($M=26,17$; $DP=0,99$) comparativamente com os restantes grupos, enfermeiros ($M=24,88$; $DP=1,039$), auxiliares ($M=20,23$; $DP=2,3$) e médicos ($M=9,92$; $DP=0,62$), embora esteja perto da significância (é superior a 0,05), não podemos considerar este resultado estatisticamente significativo. Na dimensão “Carreira e Remuneração” o grupo “outros” profissionais também apresentam índices médios mais elevados de *stress* ($M=24,58$; $DP=0,80$) comparativamente com os restantes grupos, contudo não podemos considerar este resultado estatisticamente significativo, apesar de estar perto da significância. Sendo

que nas restantes não se evidenciaram diferenças estatisticamente significativas, o que sugere que estes profissionais percebem o *stress* de forma equivalente. Relativamente ao *burnout* os resultados também evidenciam a ausência de diferenças estatisticamente significativas na comparação simultânea entre os 4 grupos da amostra, o que é revelador da forma homogênea como os sujeitos destes grupos profissionais registam os sentimentos relacionados com o *burnout* e a actividade profissional. Posto isto, não podemos confirmar a hipótese 1.

Sendo assim, os nossos resultados não vão de encontro à literatura, uma vez que de acordo com uma revisão efectuada por Payne e Firth-Cozens (1987, cit in Melo & Cruz, 1997) de vários estudos indica que os níveis de *stress* variam consoante as diferentes profissões de saúde.

Na hipótese 2 esperávamos que existissem diferenças entre os profissionais de saúde mental do sexo masculino e do sexo feminino quanto à expressão de *stress* e *burnout*.

Payne e Firth-Cozens (1987, cit in Melo & Cruz, 1997) verificaram numa meta análise que as mulheres tendem a experimentar níveis mais elevados de *stress* e pressão do que os homens. Gomes e Cruz (2004), explicam esta evidência apontando o facto de as mulheres estarem expostas a fontes de *stress* específicas e únicas de pressão relativamente aos colegas homens. Nos estudos de Gil-Monte (2002) e de Maslach e Jackson (1981) as mulheres apresentam níveis mais elevados do que os homens nas dimensões exaustão emocional, enquanto os homens apresentam elevados níveis na dimensão despersonalização.

Ao nível do Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde, aferimos que existem diferenças estatisticamente significativas no total do questionário e nas dimensões “carreira e remuneração”, “acções de formação” e “problemas familiares”, Nas restantes dimensões verificou-se a existência de diferenças marginalmente significativas. Opostamente, não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres relativamente às dimensões de *burnout*, o que mostra a homogeneidade dos grupos em relação à exposição emocional, independentemente do género.

Assim, com base nos resultados apresentados apenas podemos confirmar parcialmente a hipótese 2.

Esperávamos, na hipótese 3 que os profissionais de saúde mental casados tivessem níveis mais baixos de *stress* e *burnout* do que os solteiros.

Garcia (1990; cit in Queirós, 2005), Guevara e colaboradores (2004) verificaram nos seus estudos que indivíduos solteiros e divorciados experienciavam níveis mais elevados de *burnout* comparativamente com os casados, mais especificamente na dimensão exaustão emocional.

No presente estudo, verificámos que os nossos resultados não confirmam os dados apresentados na literatura, que contrariamente aos estudos enumerados não encontramos diferenças estatisticamente significativas quanto ao estado civil. Relativamente ao QSPS, apenas na dimensão excesso de trabalho se verifica a existência de diferenças estatisticamente significativas. Ao nível do MBI-HSS, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na realização pessoal e despersonalização. No primeiro caso, devido ao valor médio mais elevado por parte dos solteiros (38,3 vs 31,0); no segundo, devido à classificação média (*mean rank*) mais elevada dos casados (10,39 vs 18,89). Isto revela que os casados possuem sentimentos de menor realização pessoal e, ainda que baixos, também valores mais elevados de despersonalização, ou seja, de dificuldades em manter/cultivar boas relações interpessoais, especialmente no local de trabalho. Desta forma, a hipótese 3 não é confirmada.

Na hipótese 4, esperava-se que os profissionais de saúde mental mais novos possuíssem níveis mais elevados de *stress* e *burnout*?

Ao analisarmos os resultados verificamos que relativamente à comparação entre sujeitos de dois estratos etários (20-39 anos *versus* 40 e mais anos), constatamos que ao nível do QSPS existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões relações profissionais, carreira e remuneração e no total do QSPS e diferenças marginalmente significativas na dimensão lidar com clientes. No MBI-HSS, regista-se a existência de diferença estatisticamente significativa na dimensão exaustão emocional.

Assim, com base no valor global do QSPS, onde se regista uma maior exposição ao *stress* por parte dos sujeitos mais novos, e o facto dos sujeitos mais novos estarem mais expostos à sobrecarga emocional, ainda que o valor global do MBI-HSS não tenha registado diferenças estatisticamente significativas, podemos afirmar sobre a confirmação da hipótese 4. Os resultados do presente estudo confirmam os estudos

Magalhães e Glina (2006) e Mallar e Capitão (2004), uma vez que verificamos a existência de diferenças entre os sujeitos mais novos comparativamente com sujeitos mais velhos, sendo que os primeiros experimentos níveis mais elevados de *stress* e *burnout*. Uma explicação para esta evidência é a maior probabilidade desta síndrome surgir nos primeiros anos de prática profissional, o que sugere que, se os indivíduos não conseguirem desenvolver estratégias de *coping* adequadas, de controlo ou centradas no problema, (Tamayo & Tróccoli (2002) poderão abandonar a profissão, sendo que os indivíduos mais velhos podem ter desenvolvido estratégias de *coping* adequadas, que o permitiram o ultrapassar a situação de *burnout* (Maslach & Jackson, 1981; cit in Oliveira, 2008).

Na hipótese 5 esperávamos que os profissionais de saúde mental que trabalhassem mais horas por semana possuísem níveis mais elevados de *stress* e *burnout*.

No presente estudo não se verificaram diferenças entre os sujeitos que trabalham até 35 horas por semana *versus* sujeitos que trabalham mais de 35 horas por semana, em todas as dimensões e totais do QSPS, MBI-HSS, o que indica homogeneidade da amostra nos indicadores avaliados, independentemente do número de horas de trabalho semanal. Este facto não confirma a hipótese 5. Estes resultados vão de encontro ao que verificou Queirós (2005) no seu estudo, sendo que este também não encontrou diferenças ao nível das dimensões de *burnout*. Por outro lado, contradizemos Varoli e Souza (2004; cit in Queirós, 2005), uma vez que referem que existe relação entre a carga horária semanal de 40 horas e a pontuação no MBI.

Na hipótese 6 esperávamos que os profissionais de saúde com reduzida experiência profissional apresentassem níveis mais elevados de *stress* e *burnout*. De acordo com a literatura os profissionais com menos anos de experiência profissional possuem níveis mais elevados de *stress* e *burnout* (Gomes, 1998). Cherniss (1980; cit in Gomes 1998) e Maslach e Jackson (1991; cit. in Oliveira, 2008) mencionam uma explicação para esta ocorrência, que consiste na maior probabilidade desta síndrome surgir nos primeiros anos de profissão, o que indica que, os indivíduos não conseguiram lidar com as adversidades, podendo estes abandonar a profissão, ao contrário dos indivíduos com mais anos de prática profissional que podem ter ultrapassado a situação de *stress* e *burnout* nos primeiros anos de profissão, sendo assim o que parece acontecer

é que os sujeitos com mais anos de prática profissional, parecem ter obtido e aprendido melhores competências e estratégias de *coping* comparativamente com os sujeitos com menos anos de experiência. Uma outra explicação para a ocorrência de *burnout* nos profissionais mais novos, tem a ver com o facto de estes terem baixas expectativas de sucesso e optimismo, e elevados níveis de pessimismo e desilusão (Kahill, 1986; cit in Gomes, 1998).

Os dados obtidos no nosso estudo estão de acordo com a literatura, uma vez que o grupo de sujeitos com menos anos de experiência profissional (até 10 anos de experiência profissional) registam diferenças estatisticamente significativas ao nível do QSPS, nas dimensões lidar com clientes, relações profissionais, excesso de trabalho, carreira e remuneração e total do QSPS em comparação com os sujeitos com 11 e mais anos de actividade profissional, ou seja, os sujeitos com menos anos de profissão apresentam maior percepção de *stress* do que os restantes. Relativamente ao *burnout*, quer no total quer ao nível das dimensões, os grupos são homogéneos. Assim, a Hipótese 6 é confirmada relativamente ao *stress* mas não é confirmada em relação às situações de *burnout*.

Esperávamos na hipótese 7, que quanto maior o apoio social, menor seriam os níveis de *burnout* e *stress* nos profissionais de saúde mental. Os nossos dados revelam que apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre sujeitos com alto suporte social *versus* sujeitos com médio suporte social, ao nível da realização pessoal ($p=0,023$) e da despersonalização o que significa níveis de *burnout* mais baixos por parte dos sujeitos com elevado suporte social. A percepção de *stress* é independente do suporte social ser alto ou médio. Segundo Tamayo e Tróccoli (2002) a falta de suporte social associa-se a níveis mais elevados de *burnout*. Relativamente ao *stress*, existem estudos que referem que o suporte social tem um efeito moderador e protector sobre as consequências do *stress*, pelo que esta variável pode ajudar o indivíduo a lidar de uma forma assertiva com os problemas (Cooper et al., 2001). Assim podemos dizer, que os nossos dados estão parcialmente de acordo com a literatura, uma vez que a hipótese 7 é confirmada parcialmente.

2. Limitações do Estudo

Para melhor interpretarmos os resultados deste estudo, é importante considerar algumas limitações metodológicas associadas a este em termos da sua validade interna e externa.

Em primeiro lugar, importa salientar o número reduzido de sujeitos que coloca entraves ao nível da generalização dos resultados (validade externa) e da representatividade da amostra em relação à população em estudo. O reduzido tamanho da amostra poderá também ter contribuído para a dificuldade em verificar diferenças entre os grupos, tornando-se relevante alargar o estudo para outras instituições ao nível da saúde mental.

Uma segunda limitação diz respeito aos instrumentos utilizados que são todos questionários de auto-relato, podendo originar alguma dificuldade na sua interpretação e o viés da deseabilidade social, provocando erros, daí que devem ser analisados com alguma precaução.

Uma outra limitação diz respeito à quantidade de instrumentos utilizados neste estudo, que poderá ter sido excessiva e ter originado cansaço nos participantes. Ainda relativamente aos instrumentos utilizados poderemos indagar-nos sobre se estes instrumentos serão os instrumentos mais adequados. Nesta investigação o instrumento QSPS apresentou muito boa consistência interna, o MBI-HSS consistência razoável e o ESSS apresentou fraca consistência interna, sendo que seria pertinente a utilização de um outro instrumento que avalia-se a variável suporte social e que possuísse boa consistência interna.

Em futuras investigações poder-se-á criar um modelo de regressão logística onde se possa avaliar a relação e influência entre as variáveis *stress*, *burnout*, apoio social, anos de prática da profissão, número de horas de trabalho e género e interacção trabalho-casa-família. Esta regressão descreve a relação entre a variável dependente e um conjunto de variáveis explicativas (preditoras ou independentes). Este procedimento estatístico não foi utilizado neste estudo, pelo facto de a maior parte das hipóteses terem sido apenas verificadas parcialmente.

Contudo, apesar das limitações mencionadas em cima, pensamos ter dado um contributo científico, através do nosso estudo, no que se refere ao *stress*, *burnout* e suporte social.

Capítulo VII

CONCLUSÃO INTEGRATIVA E IMPLICAÇÕES FUTURAS

Estamos expostos, diariamente, a vários stressores ambientais que podem prejudicar a nossa rotina diária (Charles & Almeida, 2007). De acordo com Kirshof e colaboradores (2009), o trabalho é uma actividade na qual aspectos físicos e psíquicos estão directamente relacionados e podem representar equilíbrio, desenvolvimento e satisfação, como também podem originar tensão, desequilíbrio e consequentemente distúrbios.

Ultimamente, nos países industrializados têm ocorrido alterações nas condições de trabalho, sendo que as relações entre trabalho, *stress* e as consequências deste na saúde mental dos profissionais têm sido abordados em vários estudos (Elias & Navarro, 2006).

Se o *stress* ocupacional for muito elevado pode gerar um fenómeno denominado *burnout*, levando a fadiga crónica, atitudes de indiferença e perda de interesse (Llorens, Bakker, Schaufeli & Salanova, 2006). Segundo Carson e Fagin (1996; cit in Santos & Cardoso, 2010), o *stress* e o *burnout* prejudicam os cuidados oferecidos ao paciente, o nível de desempenho profissional, a satisfação profissional e a própria saúde dos profissionais.

Dentro das profissões mais estudadas relativamente ao *stress* e à síndrome de *burnout* destacam-se profissões da área da saúde e principalmente relacionadas com a saúde mental, devidas às consequências que estes podem originar nos cuidados dos pacientes, pois estes profissionais encontram-se diariamente em contacto com usuários com dificuldades emocionais, oferecendo-lhes atenção e cuidado às suas necessidades (Rebouças, 2007). Sendo considerado o trabalho na área de saúde mental, pela sua complexidade e especificidade, de alta vulnerabilidade à sobrecarga emocional.

A literatura tem apontado para a implicação de alguns factores psicossociais no desenvolvimento do *stress*. É particularmente importante aprofundar os conhecimentos acerca do papel dos factores psicossociais no processo desenvolvimento de *stress* e das principais fontes de *stress* consideradas por estes profissionais no sentido de fomentar programas de intervenção de forma a podermos diminuir o sofrimento destes profissionais de saúde, a dotá-los de competências relacionais e comunicacionais de *coping*, gestão de expectativas e de toda a dinâmica envolvente na relação profissional-paciente, permitindo que estes profissionais diminuam os seus stressores pessoais e melhorem o seu desempenho e qualidade de vida (Sadir, Binotto, & Lipp, 2010).

O objectivo global do nosso estudo consistiu na identificação das fontes de *stress* ocupacional, na verificação dos níveis de *burnout*, na avaliação do suporte social

e ainda verificar a associação do *burnout* com algumas variáveis sócio-demográficas e indicadores da situação profissional.

Após a análise e discussão dos resultados obtidos no nosso estudo podemos dizer que os profissionais de saúde mental deste estudo, encontram-se moderadamente stressados e parecem não ser afectados por níveis significativos de *burnout*. Tendo como referência os dados analisados, pode-se dizer que o estudo não evidenciou a ocorrência de níveis elevados de *stress* nestes profissionais de saúde mental, como refere a literatura. Ao nível do sexo existem diferenças estatisticamente significativas no total do questionário ($p=0,006$) e nas dimensões carreira e remuneração ($p=0,001$), acções de formação ($p=0,041$) e problemas familiares ($p=0,041$). Nas restantes dimensões verifica-se a existência de diferenças marginalmente significativas ($p<0,10$). As mulheres apresentam-se mais susceptíveis ao *stress*, comparativamente com os homens. Pelo contrário, não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres relativamente às dimensões de *burnout*. A idade diferencia os níveis de *stress* e *burnout*, sendo que no questionário MBI, apenas se encontram diferenças na dimensão exaustão. Neste estudo os jovens encontram-se mais stressados e exaustos emocionalmente comparativamente com os mais velhos e relativamente ao estado civil, os casados possuem sentimentos de menor realização pessoal e, ainda que baixos, também valores mais elevados de despersonalização, ou seja, de dificuldades em manter/cultivar boas relações interpessoais, especialmente no local de trabalho. Relativamente ao *stress*, apenas nas dimensões excesso de trabalho se registam diferenças estatisticamente significativas e nas relações interpessoais diferenças marginalmente significativas, apenas nestas dimensões, os profissionais de saúde mais jovens apresentam níveis mais elevados de *stress*.

No que concerne aos anos de profissão, os sujeitos com menos experiência profissional revelam níveis mais elevados de *stress* comparativamente com os que têm mais anos de experiência, contudo não existem diferenças significativas em relação ao *burnout*.

A abordagem do *stress* é complexa. O *stress* é fenómeno humano e isto sugere que a sua abordagem não deve ser vista unicamente sob os aspectos biológico, mas,

com enfoque psíquico e social, considerando-se, as características individuais e os condicionantes do processo saúde doença (Costa, Lima & Almeida, 2003). Deste modo, o ser humano deve ser visto numa perspectiva sistémica, tendo em consideração os aspectos condicionais integrados aos psicossociais, isto é, o *stress* depende de factores intrínsecos e extrínsecos do sujeito em constante interacção com o seu meio ambiente.

Embora o nosso estudo não esteja totalmente de acordo com a maior parte da literatura existente acerca desta problemática, nomeadamente na ocorrência do *stress* e *burnout* nestes profissionais, bem como na percepção do suporte social como factor moderador destes e na diferença entre sexos, estado civil, número de horas de trabalho na percepção de *stress*, esperamos poder alertar para a necessidade de continuar a investir na prevenção destes fenómenos nestes profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu K. L., Stoll, I., Ramos, L.S., Baumgardt, R.A. & Kristensen, C.H. (2002). Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia: ciência e profissão*, 22(2), 22-29.
- Alan, J., Kee, Ph. D., Don Johnson, Ph. D., & Portia Hunt, Ph. D. (2002). Burnout and Social Support in Rural Mental Health Counselors. *Journal of Rural Community*. Acedido em 23/01/2011 a partir de <http://www.marshall.edu/jrcp/sp2002/Kee.htm>.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P. Astasio, P., Calle, ME. & Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516.
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios
- Araújo, T., Graça, C. & Araújo, E. (2003). Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda Controle. *Ciência e Saúde Colectiva*, 8(4), 991-1003.
- Ballone, G. J. (2003). Estress. Acedido em 10/11/2010 a partir de <http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress.htm>.
- Behson, S. (2002). Coping With family-to-work: the role of informal work accommodations to family. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(4), 324-341.
- Beltrán, C., Moreno, M., Estrada, J., López, T., Rodríguez, Ma. & Reyes, Ma. (2004). Factores psicosociales laborales y síndrome de Burnout en médicos del primer nivel de atención. *Investigación en salud*, 6(1), 28-34.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo. Acedido em 20/01/2011 a partir de <http://www.google.com/books?hl=ptPT&lr=&id=EMnnJklADqIC&oi=fnd&pg=PA9&dq=BenevidesPereira,+2002&ots=rbhCBRZ4Ij&sig=jlDHZmcuw5TmeKWKpPjd-P2Iwts#v=onepage&q&f=false>

- Braz, P. L. (2007). Os factores organizacionais desencadeadores do estress ocupacional e da síndrome de burnout: suas implicações para o trabalho do administrador. *Trabalho apresentado no 7ª Congresso Nacional de Iniciação Científica – CONIC – SEMESP e no VIII Encontro Anual de Iniciação Científica do UNASP – ENAIC.*
- Biehl, K. A. (2009). *Burnout em Psicólogos*. Tese de Doutorado Publicada, Pontificada Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia, Porto Alegre.
- Carlotto, M. (2009). A relação profissional-paciente e a síndrome de Burnout. *Encontro: Revista de Psicologia, XII(17)*, 7-20.
- Carlotto, M., Nakamura, A. & Câmara, S. (2006). Síndrome de Burnout em estudantes universitários da área da saúde. *PSICO, 37(1)*, 57-62.
- Carvalho, M. & Felli, V. (2006). O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. *Revista Latino-am Enfermagem, 14(1)*, 61-69.
- Carvalho, G. & Lopes, S. (2006). Satisfação profissional do enfermeiro em uma unidade de emergência de hospital geral. *Arquivo Ciência Saúde, 13(4)*, 215-219.
- Cavalheiro, A. M., Moura Junior, D. F. & Lopes, A. C. (2008). Stress in nurses working in intensive care units. *Rev Latino-am Enfermagem, 16(1)*, 29-35.
- Charles, S. & Almeida, D. (2007). Genetic and environmental effects on daily life stressors: more evidence for greater variation in later life. *Psychology and Aging, 22(2)*, 331-340.
- Claudino, A. D., Moreira, J. M. & Coelho, V. (2009). Robustez Psicológica, Apoio Social e Sintomas Físicos no Processo de Stress. *Psicologia, Saúde & Doenças, 10(1)*, 115-125
- Cobb, S. (1976). Social Support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38(5)*, 300-314.
- Cooper, C. L., Dewe, P. J. & O'Driscoll, M. P. (2001). *Organizational Stress: A Review and Critique of Theory, Research, and Applications*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

- Cooper, C. & Marshall, J. (1982). Fontes ocupacionais de *stress*: uma revisão da literatura relacionada com doenças coronárias e com saúde mental. *Análise Psicológica*, 2(2-3), 153-170.
- Costa, E. (2005). *Um olhar sobre a saúde dos estudantes do ensino superior*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Cunha, M. P., Cunha, R. C. & Cabral-Cradoso, C. (2005). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa: Editora RH, Lda.
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dias, S., Queirós, C. & Carlotto, M. (2010). Síndrome de burnout e factores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*, 32, 4-21.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852.
- Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Fonseca, I. S. S & Moura, S. B. (2008). Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. *Psicologia America Latina*, 15. Acedido em 23/01/2011 a partir de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870350X2008000400012&script=sci_arttext&tlng=pt.
- Frasquilho, M.A. (2005). Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: prevenção e tratamento. *Saúde Mental*, 23(2) 89-98.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicologia em Estudo*, 7(1) 3-10.
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) em profissionais de enfermaría. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 19-33.

- Gil-Monte, P. R. (2008). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. *Informació Psicológica*, 91-92, 4-11.
- Gomes, A. R. S. (1998). *Stress e "Burnout" Nos Profissionais de Psicologia*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Gomes, A. R. & Cruz, J. F. (2004). A experiência de stress e "burnout" em psicólogos portugueses: um estudo sobre as diferenças de género. *Teoria, investigação e prática*, 2, 193-212.
- Gomes, R., Cabanelas, S., Macedo, V., Pinto, C. & Pinheiro, L. (2008). Stress, "Burnout", Saúde Física, Satisfação e Realização em Profissionais de Saúde: Análise das Diferenças em Função do Sexo, Estado Civil e Agregado Familiar. In M. G. Pereira, C. Simões, & T. McIntyre, (Eds.), *Actas do II congresso família, saúde e doença: Modelos, investigação e prática em diferentes contextos de saúde* (2ª ed.), IV, 178-192, Braga: Universidade do Minho.
- Grau, A., Suñer, R. & García, M. (2005). Desgaste Profesional en el personal sanitario y su relación com los factores personales y ambientales. *Gac Sanit.*, 19(6), 463-470.
- Guevara, C.A., Henao, D.P. & Herrera, J.A. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Colombia Médica*, 35(4), 173-178.
- Hammer, T., Saksvik, P., Nytro, K., Torvatn, H. & Bayazit, M. (2004). Expanding the psychosocial work environment: workplace norms and work-family conflict as correlates of stress and health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(1), 83-97.
- Hespanhol, A. (2005). *Burnout* e Stress ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(½), 153-162.
- Kirchhof, A & Colaboradores. (2009). Condições de Trabalho e Características Sócio-Demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 18(2), 215-23.

- Lancman, S. & Jardim, T. (2004). O impacto da organização do trabalho na saúde mental: um estudo em psicodinâmica do trabalho. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 15(2), 82-89.
- Langelaan, S., Bakker, A. B., Van Doornen, L. J. P. & Schaufeli, W. B. (2006). Burnout and Work engagement: Do individual differences make a difference? *Personality and Individual Differences*, 40, 521-532.
- Laranjeira, C. A. (2009). O Contexto organizacional e a experiência de estresse. Uma perspectiva integrativa. *Revista Salud Pública*, 11(1), 123-133.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1995). Psychological stress in the workplace. In R. Crandall & P. L. Perrewé (Eds.), *Occupational stress: A handbook*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Lazarus, R., DeLongis, A., Folkman, S. & Gruen, R. (1985). Stress and Adaptational Outcomes: The Problem of Confused Measures. *American Psychological Association*, 40, 7, 770-779.
- Lima, F. D., Buunk, A. P., Araújo, M., Chaves, J., Muniz, D., Queiroz, F. e Luana B. (2007). Síndrome de burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31 (2), 137 – 146.
- Loureiro, E. M. F. (2006). *Estudo da Relação entre o Stress e os Estilos de Vida nos Estudantes de Medicina*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Magalhães, R.A. & Glina, D.M. (2006). Prevalência de Burnout em médicos de um Hospital Público de São Paulo. *Saúde, Ética & Justiça*, 11(½), 29-35.
- Malagris, L. E. N. & Priorito, A. C. C. (2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. *Estudos de Psicologia*, 23(4), 391-398.
- Mallar, S.C. & Capitão, C.G. (2004). Burnout e hardiness: um estudo de evidência de validade. *Psico-USF*, 9(1), 19-29.

- Martín, M., Fernández, F., Gómez, R. & Martínez, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27(5), 313-317.
- Martins, R. M. L. (s.d). A relevância do apoio social na velhice. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 128-133.
- Martins, S. S. T. (2008). *Stress e Estilos de Vida nos Estudantes de Medicina da Universidade do Minho*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Maslach C. (1998). A multidimensional theory of burnout. In C.L. Cooper (Ed.), *Theories of Organizational Stress* (pp. 68–85). Oxford, UK: Oxford Univ. Press.
- Maslach, C. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189-192.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: how organization cause, personal stress and what to do about it*. San Francisco-US: Jossey-Bass.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Matsukura, T.S., Marturano, E. M. & Oishi, J. (2002). O questionário de suporte social (SSQ): estudos para a adaptação para o português. *Rev Latino-am Enfermagem*, 10(5), 675-81.
- Matsukura, T.S., Marturano, E. M., Oishi, J. & Borasche (2007). Estress e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. *Revista Brasileira da Educação Especial*, 13(3), 415-428.
- Mazzei, A. M. A., Monroe, A. A., Sasaki, C. M., Gonzales, R. I. C., & Villa, T. C. S. (2003). Suporte social para portador de tuberculose no serviço de saúde e na comunidade. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, 11(2), 41-46.
- McIntyre, T. (1994). Stress e os Profissionais de Saúde: Os que tratam também Sofrem: *Análise Psicológica*, 2-3, série XII, 193-200.

- McIntyre, T., McIntyre, S. & Silvério, J. (2001). *Estudo da satisfação profissional, respostas de stress, recursos de coping e clima organizacional dos profissionais de saúde da Região Norte*. Porto: Administração Regional de Saúde Norte.
- Melo, B., Gomes, A. & Cruz, J. (1997). Stress Ocupacional em profissionais de saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-72.
- Melo, B. T., Gomes, A. R. & Cruz, J. F. (1999). Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do burnout para os profissionais de psicologia. *APPORT*, VI, 596-603.
- Menzani, G. (2006). *Stress entre Enfermeiros Brasileiros que atuam em Pronto Socorro*. Tese de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Moaraes, L. F. R., Kilimnik, Z. M. & Ladeira, M. B. (1993). A problemática do stress ocupacional: Revisão baseada em pesquisas brasileiras. *Análise & Conjuntura*, 8(2-3), 145-153.
- Moreira, M. S. (2010). *Stress e Suporte Social em Pais de Crianças com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto.
- Muniz, M., Primi, R. & Miguel, F. K. (2007). Investigação da inteligência emocional como factor de controle do stress em guardas municipais. *Psicologia: Teoria e Prática*, 9(1), 27-41.
- Murofuse, N., Abranches, S., Napoleão, A. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. *Rev. Latino- americana de Enfermagem*, 13(2), 255-261.
- Nogueira-Martins, L. A. (2003). Saúde Mental dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 1(1), 59-71.
- Novais, J. T. (2010). *Stress Ocupacional num Serviço de Urgência - Estudo de Caso Exploratório*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Nunes, M. (2005). Apoio Social na Diabetes. *Millenium: Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 31, 135-149.

- Odgen, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ogresta, J., Rusac, S. & Zorec, L. (2008). Relation Between Burnout Syndrome and Job Satisfaction Among Mental Health Workers. *Croat Med Journal*, 49, 364-374.
- Oliveira, M. M. C. M. Q. (2008). *Burnout e Emoções: Estudo exploratório em médicos de um Hospital do Porto*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Ostry, A. S., Kelly, S., Demers, P. A., Mustard, C. & Hertzman, C. (2003). A comparasion between the effort-Reward imbalance and demand control models. *BMC Public Health*, 3, consultado em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/3/10>
- Pereira, J., Rodrigues, J. & Cunha, M. (2010). Stress, Burnout e Desordens Emocionais em Profissionais de Saúde de Oncologia. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 1448-1462. Braga: Universidade do Minho.
- Pestana, MH; Gageiro, JN (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS*, 4ª ed. Lisboa: Edições Sílabo
- Pines, A. (2000). Treating Career burnout: A Psychodynamic Existencial Perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 56(5), 633-642.
- Pines, A. (2005). The burnout measure, short version. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 78-88.
- Pinheiro, M. & Ferreira, J. (2001). *Avaliação do suporte social em contexto de Ensino Superior*. Comunicação apresentada no “V Seminário de Investigação e Intervenção Psicológica no Ensino Superior”-Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Viana do Castelo, Portugal.
- Pinto, A. M., Lima, M.L. & Silva, A.L. (2005). Stress sources, burnout and coping among Portuguese teachers. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1/2), 125-143.
- Queirós, P. J. P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde.

- Ramminger, T. (2002). A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. *Boletim da Saúde*, 16(1), 111-124.
- Ribeiro (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ribeiro, L., Gomes, A. & Silva, M. (2010). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M. C. Taveira (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 1494-1508. Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia.
- Rita, J. S., Patrão, I. & Sampaio, D. (2010). Burnout, Stress Profissional e Ajustamento Emocional em Professores Portugueses do Ensino Básico e Secundário. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Braga: Universidade do Minho.
- Rodrigues, V. B., & Madeira, M.(2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 390-399.
- Rodriguez, M. S. & Cohen, S. (1998). Social Support. *Encyclopedia of Mental Health*, 3, 535-544.
- Rosa, M., Albiol, L. & Salvador, A. (2009). Estrés laboral y salud: Indicadores cardiovasculares y endocrinos. *Anales de Psicología*, 25(1), 150-159.
- Santos, A. M. & Castro, J. J. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 4, série XVI, 675-690.
- Santos, A. & Cardoso, C. (2010). Profissionais de Saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e stressores ocupacionais em saúde mental. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 245-253.
- Santos, J. M. O. (2010). *Stress Profissional. Consumo de bebidas alcoólicas. Estudos numa amostra de enfermeiros*. Tese de Doutoramento, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Sarason, L.G., Levine, H. M., Basham, R. B. & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.

- Sávio, S. A. (2008). El síndrome del burnout: un proceso de estrés laboral crónico. *Hologramática*, 8(5), 121-138.
- Seild, E. M. F & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-326.
- Serra, A. V. (2007). *O stress na vida de todos os dias*. (3ª ed. rev e aumentada) Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Shapiro, S., Astin, J., Bishop, S. & Cordova, M. (2005). Mindfulness based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164-176.
- Schaufeli, W. & Bakker, A. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Siegrist, J. (2005). Work stress and health in a globalized economy: contribution of the effort-reward imbalance model. 2nd *ICOH International Conference on Psychosocial Factors at Work, Satellite program, Okayama, August 24-26*.
- Silva, A. (2001). Estudando o stress: Considerações preliminares. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 28, 79-89.
- Silva, M. & Gomes, A. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248.
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388.
- Sousa, I., Mendonça, H., Zanini, D. & Nazareno, E. (2009). Estress Ocupacional, Coping e Burnout. *Estudos Goiânia*, 36(½), 57-74.
- Souza, W. & Silva, A. (2002). A influência de factores de personalidade e de organização do trabalho no burnout em profissionais de saúde. *Rev. Estudos de Psicologia*, 19(1), 37-48.

- Tamayo, M. R. & Tróccoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7(1) 37-46.
- Teixeira, F. C. C. (2010). *Stress e Saúde Ocupacional em Profissionais de Risco: Um Estudo com Bombeiros Voluntários Do Distrito do Porto*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Teixeira, S. M. J. (2008). *Stress Ocupacional numa Unidade de Administração Pública Local*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Theorell, T. & Karasek, R. (1996). Current Issues Relating to Psychosocial Job Strain and Cardiovascular Disease Research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 9-26.
- Trigo, T., Teng C. & Hallak, J. (2007). Síndrome de *Burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(5), 223-233.
- Trucco, M. B., Valenzuela, P. A. & Trucco, D. H. (1999). Estrés ocupacional en personal de salud. *Revista Médica de Chile*, 127(12).
- Vaz Serra, A. (2005). As múltiplas facetas do stress. In A. Pinto & A. Silva (Eds.), *Stress e bem-estar* (pp.17-42). Lisboa: Climepsi Editores.
- Vaz Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias* (3ª ed., rev. e aumentada). Coimbra: A. V. Serra.
- Visser, M. R., Semets, E. M. A., Oort, F. J. & Haes, H. C. J. M. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*, 168 (3), 271-274.
- Wills, T. A., & Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp.209-234). New Jersey: LEA.
- Zamora, G., Castejón, E. & Fernández, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 323-336.

ANEXOS

ANEXOS I

Autorização de Utilização dos Instrumentos



Universidade Minho
Escola de Psicologia
Campus de Gualtar. 4710-057 Braga. Portugal

DECLARAÇÃO (6 de Janeiro de 2011)

Venho por este meio autorizar a utilização do “**Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS)**” por parte do(a) aluno(a) Susana Cristina Cerqueira Miranda, para efeitos do seu trabalho de investigação no **Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde** na instituição de ensino superior Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Filosofia.

Para tal, é enviada a ficha técnica do instrumento, com todas as informações necessárias à sua utilização.

A utilização do instrumento implica o cumprimento das seguintes regras e directivas:

1. A aplicação do instrumento será supervisionada por um orientador doutorado e/ou com formação e conhecimentos na área da psicometria e da investigação na área das ciências humanas, respeitando os procedimentos de investigação com seres humanos;
2. Não é permitida a reprodução integral do instrumento em qualquer parte do trabalho final, nomadamente no texto ou anexos do mesmo. No entanto, e caso seja necessário, é permitida a utilização dos itens de modo a exemplificar as respectivas dimensões ou como forma de apresentação de quadros e tabelas de dados ao longo do trabalho;
3. A utilização do instrumento está circunscrita à realização deste trabalho, não servindo para outros efeitos (e.g., avaliação e intervenção psicológica);
4. Está vedada a troca ou transmissão do instrumento a outras pessoas ou instituições que não aquelas directamente relacionadas com a realização do trabalho citado.

Sem outro assunto, com os melhores cumprimentos.

CONTACTO

Rui Gomes (rgomes@psi.uminho.pt)
Universidade do Minho
Escola de Psicologia
Campus de Gualtar
4710-057 Braga. Portugal
Telf. +253604232; Fax: +253604221

Tomei conhecimento e aceito as condições referidas.

NOME, ASSINATURA e CONTACTO do(a) Orientador(a)

Eleonora Luísa Veiga Costa
eleonora@brag.ucp.pt

NOME, ASSINATURA e CONTACTO do(a) aluna

Susana Cristina Gouveia Miranda

susano.miranda_88_@hotmail.com



www.mindgarden.com

To whom it may concern,

This letter is to grant permission for the above named person to use the following copyright material;

Instrument: *Maslach Burnout Inventory, Forms: General Survey, Human Services Survey & Educators Survey*

Authors

MBI-General Survey: Wilmar B. Schaufeli, Michael P. Leiter, Christina Maslach & Susan E. Jackson

MBI-Human Services Survey: Christina Maslach & Susan E. Jackson

MBI-Educators Survey: Christina Maslach, Susan E. Jackson & Richard L. Schwab

Copyright: *Copyright © 1986 by CPP, Inc. All rights reserved in all mediums.*

for his/her thesis research.

Three sample items from a single form of this instrument may be reproduced for inclusion in a proposal, thesis, or dissertation.

The entire instrument may not be included or reproduced at any time in any other published material.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Robert Most", with a horizontal line extending to the right from the end of the signature.

Robert Most
Mind Garden, Inc.
www.mindgarden.com

ANEXOS II

Consentimento informado



Universidade Católica Portuguesa

Faculdade de Filosofia



CONSENTIMENTO INFORMADO

Estamos a realizar uma investigação que tem como objectivo principal estudar o *stress* e o *burnout* nos profissionais de saúde mental. Procura-se através desta, contribuir para um maior conhecimento e sensibilização quanto aos factores que podem afectar a saúde física e psicológica destes profissionais.

Neste sentido, solicitamos a sua participação nesta investigação, concedendo-nos o seu consentimento para que lhe sejam aplicados alguns instrumentos de avaliação psicológica.

A sua participação é **voluntária** e os dados que fornecer serão estritamente **confidenciais**, sendo unicamente utilizados para os objectivos desta investigação. É também livre de abandonar o estudo, se for esse o seu desejo.

Eu _____ dou o meu consentimento informado para participar nesta investigação, sabendo que a assinatura deste documento não interfere nos meus direitos legais.

Data: ____/____/____

Nome do Investigador:

Susana Cristina Cerqueira Miranda

Orientadores da Investigação:

Prof^a. Dr^a. Eleonora Cunha Veiga Costa (Universidade Católica Portuguesa-Faculdade de Filosofia, Braga)

ANEXOS III

Instrumentos de Avaliação

Questionário Sócio-Demográfico

1. Sexo:

Masculino Feminino

2. Idade: _____(anos)

3. Habilitações escolares:

Não sabe ler nem escrever Sabe ler e/ou escrever 1º- 4ºANO 5º - 6ºANO
7º - 9º ANO 10º-12º ANO Ensino Superior

4. Estado Civil:

Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a) União de facto Separado(a)

5. Tem Filhos:

Não Sim

Se respondeu sim, quantos _____

Outros Dependentes: Não Sim

Quantos? _____ Quem? _____

6. Local de Residência: Rural Urbano

7. Profissão: _____

8. Anos de Profissão: _____(anos)

9. Há quantos anos trabalha na instituição? _____(anos)

10. Quantas horas trabalha por semana? _____

11. Trabalha por turnos? Não Sim

12. Trabalha parcialmente em mais alguma instituição? Não Sim

Se respondeu que sim, diga quantas horas trabalha por semana nessa mesma instituição

13. Situação contratual: Do quadro/effectivo Vínculo precário/termo Prestação de serviços

14. Cargo desempenhado: _____

15. Tem um cargo de Chefia? Não Sim

16. No último ano faltou ao serviço? Nunca Raramente Algumas vezes Bastantes vezes

17. No último mês faltou ao serviço? Nunca Raramente Algumas vezes Bastantes vezes

18. Se pudesse deixaria a instituição onde trabalha? Não Sim

19. Se pudesse mudaria de profissão? Não Sim

Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS)

(Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009)

Inventário de *Burnout* de Maslach - Prestadores de Serviços Humanos

(MBI-HSS)

(Maslach, Jackson, 1986, versão portuguesa de Azeredo, 2003)

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

(Pais-Ribeiro, 1999)