



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# A RELAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO COM O BEM- ESTAR DE MÉDICOS E ENFERMEIROS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau  
de mestre em Psicologia e Desenvolvimento de Recursos Humanos

*Joana Isabel Barros Pinto*

Porto, julho de 2019



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# A RELAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO COM O BEM- ESTAR DE MÉDICOS E ENFERMEIROS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau  
de mestre em Psicologia e Desenvolvimento de Recursos Humanos

*Joana Isabel Barros Pinto*

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof. Dra. Adélia Monarca

Porto, julho de 2019

## **Agradecimentos**

À Universidade Católica e à FEP por terem permitido e proporcionado toda esta experiência de aprendizagem.

Aos meus professores, em especial à professora Adélia por me orientar quando mais precisei e incentivar a dar o melhor de mim.

Aos meus pais, por serem os meus pilares, pelo apoio incondicional e por serem um exemplo a seguir.

Às minhas irmãs, Sofia e Lara, por ouvirem os meus desabafos e frustrações.

Ao meu namorado, Pedro, pelo apoio, compreensão e paciência, e por ser o meu porto seguro que me dá forças todos os dias.

Ao Bruno, o meu “Quiduxo”, pelo companheirismo durante todos estes anos de aprendizagem.

Por fim, a todos aqueles que de uma forma ou outra, e sem saberem, me ajudaram e incentivaram neste caminho e fizeram de mim uma pessoa melhor.

## **Resumo**

Tendo como premissa que o bem-estar no trabalho é influenciado pelo contexto organizacional, o presente estudo quantitativo, teve como objetivo a análise da relação entre as características da atividade de trabalho e o bem-estar (nas dimensões *engagement* e *burnout*) dos médicos e enfermeiros e a relação da percepção dos trabalhadores sobre as exigências da sua atividade de trabalho (capital psicológico positivo) com o seu bem-estar. Para tal, foi considerada uma amostra de 88 sujeitos, médicos e enfermeiros, mediante a administração de um questionário que avalia as dimensões da atividade de trabalho, assim como o bem-estar no trabalho o capital psicológico positivo. A análise dos dados permitiu constatar que existem correlações positivas e negativas entre as variáveis propostas, ou seja, quanto maior forem as exigências do trabalho, maior será o *burnout* assim como quanto maior for a autonomia no trabalho, maior será o *engagement*, e ainda, quanto maior o *burnout*, menor será o bem-estar do profissional de saúde.

**Palavras-chave:** Exigências do Trabalho; Autonomia no trabalho; Bem-Estar; *Burnout*; *Engagement*; Capital Psicológico Positivo; Médicos; Enfermeiros.

## **Abstract**

Based on the premise that well-being in work is influenced by organizational context, the present correlational study aimed to evaluate the relation between the characteristics of the work activity and the well-being (engagement and burnout dimensions) of the doctors and nurses, as well as the relation between the worker's consciousness of the demands of their works (psychological capital) and their well-being. Therefore, a sample of 88 workers, doctors and nurses, were evaluated through a questionnaire that assesses the dimensions of work activity, as well as well-being at work and the positive psychological capital. The analysis of the data showed that there are positive and negative correlations between the proposed variables. Hence, if there are more demands at work, the worse the burnout will be, such as if there is more autonomy at work, there will be more engagement. With a bigger burnout, the well-being of these health professionals will be decrease.

**Keywords:** Job demand; Engagement; Burnout; Well-Being; Doctor; Nurse; Psychological Capital.

## Índice

Introdução.....	8
1. A atividade de trabalho de médicos e enfermeiros: características e exigências.....	10
1.1. A percepção dos profissionais de saúde face às características da sua atividade de trabalho.....	12
2. Bem-estar.....	14
2.1 Bem-estar subjetivo.....	16
2.2 Bem-estar psicológico.....	16
2.3 Bem-estar no trabalho.....	17
3. Consequências/Efeitos das exigências da atividade de trabalho dos médicos e enfermeiros.....	19
3.1 Burnout .....	19
3.2 Engagement.....	20
4. Método.....	22
4.1 Amostra.....	22
4.2 Instrumentos.....	24
4.2.1 Características do trabalho.....	24
4.2.2 Engagement .....	25
4.2.3 Burnout .....	25
4.2.4 Escala do capital psicológico positivo no trabalho .....	26
4.3 Procedimento de recolha de dados.....	26
4.4 Procedimento de tratamento dos dados.....	26
Resultados.....	28
Tabela 3. Coeficiente do Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) .....	28
Tabela 4. Coeficiente de correlação de Spearman entre o capital psicológico positivo e o burnout e o engagement .....	29
Tabela 5. Coeficiente de correlação de Spearman entre exigências do trabalho e o burnout .....	30
Tabela 6. Coeficiente de correlação de Spearman entre as exigências do trabalho e o engagement .....	31
Tabela 7. Comparação das dimensões em estudo em função da categoria profissional .....	32
Tabela 8. Comparação das dimensões em estudo em função do sexo dos sujeitos .....	33
Tabela 9. Coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis em estudo e a idade dos sujeitos/antiguidade no local de trabalho atual.....	34
Discussão.....	35
Conclusões.....	37
Referências Bibliográficas.....	38
Anexos.....	42

## **Índice de tabelas**

Tabela 1. Caracterização das variáveis sociodemográficas

Tabela 2. Caracterização das variáveis socioprofissionais

Tabela 3. Coeficiente do Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )

Tabela 4. Coeficiente de correlação de *Spearman* entre o capital psicológico positivo, o *burnout* e o *engagement*

Tabela 5. Coeficiente de correlação de *Spearman* entre as exigências do trabalho e o *burnout*

Tabela 6. Coeficiente de correlação de *Spearman* as exigências do trabalho e o *engagement*

Tabela 7. Coeficiente de correlação de *Spearman* entre a autonomia no trabalho e o *engagement*

Tabela 8. Comparação das dimensões em estudo em função da categoria profissional

Tabela 9. Comparação das dimensões em estudo em função do sexo dos sujeitos

Tabela 10. Coeficiente de correlação de *Spearman* entre as variáveis em estudo, a idade dos sujeitos e a antiguidade no local de trabalho atual.

## **Lista de abreviaturas**

BEP – Bem-estar Psicológico

BES – Bem-estar Subjetivo

BET – Bem-estar no Trabalho

CPP – Capital Psicológico Positivo

## Introdução

É inegável que a vida profissional e o trabalho em geral, tal como são entendidos na atualidade, exercem uma enorme influência sobre o comportamento humano. O mundo do trabalho tem sofrido muitas alterações, entre as quais as referentes à tecnologia e os estilos de gestão organizacional, tendo assim surgido novas formas de organizar o trabalho e a relação do ser humano com o mesmo. As tarefas profissionais são cada vez mais variadas e exigentes, exigindo dos profissionais uma maior responsabilidade, maior qualidade na execução, assim como mais qualificações e competências. Estas transformações, apesar de serem transversais em todas as áreas de trabalho, ocorrem especificamente na área da saúde, devido, essencialmente ao desenvolvimento da ciência médica, onde a cada dia são incorporadas novas tecnologias e novos métodos de diagnóstico e terapêutico. Este novo contexto exige aos profissionais de saúde uma alteração na sua forma de atuar para que, desta forma, consigam acompanhar devidamente as inovações tecnológicas e científicas inerentes à sua área. Este esforço é suscetível de desencadear um grande desgaste físico e mental, tornando-se a atividade de trabalho destes profissionais de saúde um elemento gerador de *stress* (Dias, 2015).

As descobertas e os desafios que estes indivíduos enfrentam todos os dias, proporcionam dificuldades em atingir metas e objetivos e, estas dificuldades têm impacto no bem-estar e saúde mental das pessoas tanto a nível pessoal, como social ou profissional (Nogueira-Martins, 2003). O trabalho, visto como uma fonte imprescindível de sobrevivência para o Homem pode ser, por um lado, um gerador de gratificações profissionais e pessoais, mas também desencadear fortes níveis de *stress* que, por sua vez condiciona o estado emocional da pessoa prejudicando a sua vida familiar e social assim como a sua saúde. De entre os vários profissionais de saúde, os médicos e enfermeiros têm sido apontados como profissionais que merecem uma particular atenção no que diz respeito aos efeitos da atividade de trabalho na sua saúde e bem-estar (Frasquilho, 2005). A saúde e o bem-estar dos profissionais de saúde têm sido associados às características organizacionais das instituições de saúde como a sobrecarga de trabalho, ritmos intensos de trabalho e conseqüentemente a falta de tempo para a realização das suas tarefas. Uma das conseqüências desta multiplicidade de exigências emocionais e laborais é o *burnout*, frequentemente entendido como um prolongamento do *stress* ocupacional crónico, no qual o trabalhador sente como esgotados os seus recursos para lidar com as exigências (Nogueira-Martins, 2003). Freudenberger (1974) definiu o *burnout* como um estado de esgotamento ou exaustão, resultante da grande dedicação e esforço no trabalho, resultando numa perda gradual de energia e reduzida motivação para o trabalho. As conseqüências individuais e sociais dos

problemas associados ao *burnout* são preocupantes, uma vez que, estas consequências podem ser observadas quando os profissionais de saúde passam a desempenhar as suas atividades de trabalho adotando comportamentos distantes e frios, com baixo envolvimento com o trabalho e uma reduzida realização pessoal, até que desistem dos seus ideais. Para além de que, a exaustão física e emocional podem prejudicar a qualidade do trabalho desenvolvido. As características individuais dos indivíduos e a forma como estes lidam com as exigências da sua atividade de trabalho indutoras de *stress* têm um papel importante nesta temática, uma vez que, para uns o que pode ser um fator motivador, permitindo-lhes adquirirem novas competências, para outros, pode ser um fator depressor, tornando-os incapazes e indiferentes às necessidades dos que estão a seu cargo (Ribeiro, Gomes & Silva, 2010). Uma vez que os indivíduos percecionam as exigências da sua atividade de trabalho de forma diferente, as consequências podem ser, não só a nível de *burnout*, como também no oposto, isto é, o *engagement*, considerado como um estado de saúde mental positivo e bem-estar, relacionado com o contexto laboral e implicando mais do que a ausência de *burnout* (Rodrigues & Barroso, 2008).

O interesse pelo estudo desta temática incide, não só no facto das alterações substanciais de questões relacionadas com os conteúdos de trabalho (em termos administrativos e contratuais) resultarem em aumentos das cargas de trabalho, degradação a nível das condições de trabalho (tanto a nível contratual como o número de horas) e no sistema nacional de saúde, mas também pelas implicações que o *burnout* tem a nível individual e, sobretudo, pelas implicações sociais que se traduz na qualidade do seu desempenho profissional e no relacionamento, tanto com os seus doentes, como com os seus colegas de trabalho e também a nível pessoal. É um setor que tem sentido bastante turbulência devido à fuga dos pacientes do contexto público para o privado, assim como o aumento da emigração destes profissionais de saúde, e daí a pertinência em estudar estas questões.

## **1. A atividade de trabalho de médicos e enfermeiros: características e exigências**

O trabalho é uma centralidade enorme na vida das pessoas que ocupa grande parcela do tempo de cada um e das suas relações sociais e nem sempre possibilita a realização profissional, podendo, muitas vezes, causar problemas desde insatisfação até exaustão (Frasquilho, 2005). Nos últimos cinquenta anos, ocorreram mudanças significativas nos contextos de trabalho em várias esferas, nomeadamente no contexto dos profissionais de saúde, exigindo a estes trabalhadores uma grande capacidade de adaptação. Estas mudanças têm sido transversais em todas as áreas, mas, no caso do setor da saúde, estas mudanças ocorreram em consequência do grande desenvolvimento científico, tecnológico e da institucionalização da assistência da saúde, das parcerias público-privadas e na visão dos hospitais como empresas onde o objetivo não consiste em ter lucro, mas também não haver prejuízo financeiro. O desenvolvimento de novos recursos de diagnóstico e terapêuticos, a crescente influência da indústria farmacêutica, o aumento do número de empresas compradoras de serviços médicos, a deslocação do consultório individual para instituições hospitalares mais modernas têm instigado marcadas alterações na área da saúde, condicionando o exercício da atividade originando mudanças em vários níveis, onde o médico e o enfermeiro viram a tensão e exigência tomadas no lugar da autonomia e alterações na relação médico-paciente, no comportamento ético e no seu estilo de vida (Gracino, Zitta, Mangili & Massuda, 2016).

A medicina e a enfermagem são áreas que estão diretamente ligadas à vida dos seres humanos, e que pode suscitar sentimentos fortes e contraditórios como piedade, compaixão e amor, culpa e ansiedade, assim como os pacientes demonstram apreço e gratidão, respeito e consideração e em oposição, ressentimento face à sua dependência. Embora cada profissão conserve características próprias, vários aspetos da atividade profissional em saúde são partilhados por médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas, como o sofrimento psíquico inerente ao trabalho no contexto hospitalar (Frasquilho, 2005). Esta atividade de trabalho, apesar de já ser complexa tornou-se ainda mais, resultando num nível de exigência mais elevado e, complexificou-se devido a diversos fatores que se assumem como constrangimentos ao exercício da atividade, como por exemplo exigências organizacionais, de tempo, tecnológicas, diminuição de recursos humanos, não esquecendo a componente relacional. A prática destes profissionais é uma função que, na sua essência, privilegia a relação humana mas, a relação entre o profissional de saúde e o paciente tem-se

tornado vez mais complexa, ou seja, por um lado, estes profissionais são olhados com desconfiança pelos pares e outros profissionais, por outro lado, os médicos e enfermeiros sentem-se insatisfeitos e *stressados* devido ao excesso de trabalho, a remunerações baixas, às condições de trabalho menos favoráveis, à elevada responsabilidade profissional e pela dificuldade nas relações com os pacientes (Nogueira-Martins, 2003). A humanização das relações é simplesmente primordial. O elo entre o profissional de saúde deve ser necessariamente entretecido pela empatia, cumplicidade, respeito e cuidado. No caso dos médicos, atualmente, muitos nem olham nos olhos do paciente, parecendo que a anamnese, uma fase primordial para o diagnóstico do paciente, perdeu a importância. O toque, a conversa e o escutar vão, aos poucos, sendo descartados, vencidos pela falta de tempo (Kee, Khoo, Lim & Koh, 2018).

Segundo Demerouti, Bakker, Nachreiner e Schaufeli (2001), as exigências são definidas como os aspetos físicos, psicológicos, organizacionais e sociais da atividade profissional que exigem um suportável esforço psicológico (cognitivo ou emocional) e/ou físico, e constituem os principais preditores de mal-estar e desgaste profissional. Questões como sobrecarga de trabalho (ininterruptamente causada pelas urgências), falta de tempo para a realização das tarefas devido ao excesso de trabalho, o facto de ter que lidar com exigências contraditórias, o tempo que dedicam à sua atividade profissional, falta de autonomia (referente ao nível de controlo face ao que acontece no trabalho e impossibilidade de tomada de decisão face à organização do mesmo, questões éticas implícitas ao exercício da sua atividade têm impacto significativo na saúde destes profissionais (Frasquilho, 2005). Estas exigências têm efeitos/consequências na saúde e no bem-estar dos trabalhadores, uma vez que as situações de trabalho exigem do trabalhador exagerados níveis de concentração, trabalho excessivo em consequência do tempo determinado para a realização de tarefas e relacionamento interpessoal (Dias, 2015). Perante tão desmedidas exigências, no contexto de trabalho, desmotivam os profissionais de saúde e mobilizam-nos, muitas vezes, a procurarem outras alternativas de trabalho, provocando assim sentimentos de insatisfação (Pierantoni, Vianna, França, Magnago & Rodrigues, 2015).

Karasek (1979), no seu modelo do *stress* ocupacional, enfatizou a importância do controlo e da autonomia no trabalho para as respostas funcionais do indivíduo. Para este autor, os efeitos das exigências do trabalho, sobre a saúde do indivíduo, podem variar de acordo com o nível de autonomia do mesmo. Um alto nível de autonomia no trabalho protege o trabalhador dos efeitos negativos das exigências do seu trabalho, uma vez que permite a tomada de decisões, a resolução dos problemas e a capacidade de enfrentar desafios. Segundo Ferreira e Ferreira

(2001), a autonomia consiste na capacidade que o indivíduo tem para se governar a si mesmo, ou de se governar por leis próprias, ou ainda, a condição pela qual pretende escolher as leis que a regem, podendo ser considerada como um sinónimo de autodeterminação e liberdade. Os autores consideraram dois tipos de autonomia, nomeadamente a autonomia emocional e autonomia instrumental, sendo que, a autonomia emocional pressupõe uma ausência de necessidade constante de segurança, afeto ou aprovação, diminuição da dependência em relação aos pares e a transformação das relações institucionais e, em contrapartida, a autonomia instrumental, traduz-se nas capacidades de executar atividades por iniciativa própria e ser autossuficiente na resolução de problemas. Este construto consiste no grau de liberdade, independência e discernimento do trabalhador, que a organização permite para o desempenho das suas tarefas, na perspetiva de um plano de trabalho, da tomada de decisão e da escolha dos métodos que lhe parecem mais adequados. Esta promove a motivação dos trabalhadores, e pode ser considerado autodeterminante para conviver com os riscos, conflitos e incertezas. Consequentemente, um trabalhador autónomo será efetivamente mais participativo, propenso a estar mais satisfeito com a sua vida profissional, familiar e a vida em geral (Kraemer, Duarte & Kaiser, 2011).

### *1.1. A perceção dos profissionais de saúde face às características da sua atividade de trabalho*

Sendo a atividade de trabalho dos profissionais de saúde um contexto bastante complexo e que exige respostas variadas por parte destes e, tendo em conta que existem inúmeras variações nas respostas dos indivíduos face ao *stress*, para uns o que pode ser um fator motivador, permitindo-lhes adquirirem novas competências, para outros, pode ser um fator depressor, tornando-os incapazes e indiferentes às necessidades dos que estão a seu cargo. As pessoas percecionam de modo diferente as exigências da sua atividade profissional e a capacidade de lidar com essas exigências. É importante ter em atenção que o fator gerador de *stress* pode variar conforme o setor de saúde que o profissional de saúde está inserido, uma vez que para os médicos, a sobrecarga de trabalho é visto como o fator fundamental, os enfermeiros, apontam as situações inesperadas e urgentes e, no contexto dos hospitais mentais, o fator dominante consiste no carácter monótono e rotineiro da sua atividade (Ferreira & Assamar, 2008). A teoria do capital humano refere que a educação é um instrumento fundamental para

aumentar a produtividade (Olanlyan & Okemakinde, 2008). O conceito de capital psicológico positivo (CPP), foi conceptualizado por Luthans, Avolio e Avey (2006), para referir as capacidades positivas flexíveis que promovem o crescimento e o desenvolvimento pessoal e um melhor desempenho organizacional. Tendo como suporte a visão da psicologia positiva, os autores desenvolveram um novo paradigma e propõem o construto do capital psicológico positivo, tendo como critérios de inclusão: ser positivo, ser único, ter uma base teórica e empírica, ser aberto ao desenvolvimento, ser mensurável e ter impacto no desempenho. Para estes autores o construto pode ser definido como um estado psicológico positivo de um indivíduo e que é caracterizado por: (1) ter confiança (autoeficácia) para enfrentar e empregar o esforço necessário para ter sucesso em tarefas desafiadoras; (2) fazer uma atribuição positiva (otimismo) sobre obter sucesso no presente e no futuro; (3) progredir em direção a objetivos (esperança) com o intuito de os superar; e (4) quando confrontado com problemas e dificuldades, resistir e recuperar e ir mais além (resiliência) para obter sucesso.

Segundo Luthans, Luthans e Luthans (2004), a autoeficácia, caracteriza-se pela percepção do indivíduo sobre a sua capacidade de executar, com sucesso, uma tarefa específica num determinado contexto. Para os autores, e numa perspetiva organizacional, um indivíduo é considerado eficaz quando define objetivos desafiantes e auto seleciona tarefas desafiadoras com motivação e esforço suficiente para alcançar o sucesso. A esperança, descrita como uma combinação entre a força de vontade e planos alternativos, é vista numa vertente de objetivos, uma vez que a forma como um objetivo é atingido depende do nível individual da força de vontade e da existência de planos alternativos. O otimismo é considerado um estilo passível de ser desenvolvido e permite justificar os acontecimentos positivos como capacidades pessoais (internos), possível no mesmo contexto, assim como noutros contextos. Esta capacidade é responsável pela estimulação de dois tipos de expectativas, a expectativa do futuro como resultados positivos, e a expectativa do sucesso. O conceito de resiliência é frequentemente utilizado na literatura, e é muitas vezes conceitualizada como um traço que é determinado por fatores psicológicos, neurobiológicos e sociais. A resiliência representa uma adaptação positiva face a contextos adversos ou de risco e tem implicações na promoção das competências e do capital humano (Bernandes & Baixinho, 2018). A forma como os indivíduos avaliam os fatores *stressantes* é importante nesta temática. Aqui estão envolvidas variáveis individuais como características de personalidade, estilo de vida e experiências passadas que definem as estratégias de confronto (*coping*) e que são utilizadas para lidar com essas mesmas situações, assim como a resiliência, que permite suportar e lidar de forma positiva com as sobrecargas da vida (seja a nível pessoal ou profissional), e que explica a forma como alguns indivíduos

desenvolvem condições bastante favoráveis face a contextos de tensão (Nogueira-Martins, 2003). A maneira que os médicos e enfermeiros respondem às situações de *stress* é fundamental. As estratégias de *coping* são entendidas como um conjunto de esforços assumidos pelos indivíduos face a situações consideradas ameaçadoras e geradoras de mal-estar. Os autores consideram, no entanto, que existe a possibilidade de determinadas estratégias de confronto conduzirem a efeitos negativos nos indivíduos, principalmente na capacidade de se adaptarem às exigências laborais, como por exemplo, estratégias de *coping* centradas no evitamento das situações que podem levar a problemas de saúde mental. As estratégias de *coping* proactivo (confronto mais ativo), como a resolução de problemas, nos casos em que efetivamente tem a possibilidade de converter a situação em que se encontra a exercer controlo sobre as fontes de tensão, representam formas mais ajustadas de forma a que o trabalhador se possa adaptar às exigências laborais (Silva, 2005). Desta forma, formularam-se as seguintes hipóteses:

H1: Existe correlação negativa entre o capital psicológico positivo (autoeficácia, esperança, resiliência e otimismo) e o *burnout*.

H2: Existe correlação positiva entre o capital psicológico (autoeficácia, esperança, resiliência e otimismo) e o *engagement*.

## 2. Bem-estar

Os estudos iniciais no campo do bem-estar foram marcados com a conceção do bem-estar subjetivo, surgindo no final dos anos 50 como um indicador de qualidade de vida. Atualmente, as conceções de bem-estar psicológico (BEP), bem-estar social (BES) e bem-estar no trabalho (BET) representam evoluções mais recentes nesta temática. Como conceito geral, o bem-estar consiste numa perceção e avaliação que as pessoas fazem de si próprias e da sua vida, ou seja, consiste nas experiências psicológicas que ocorrem na vida destas e que refletem o bom funcionamento psicológico do indivíduo (Siqueira & Padovam, 2008). Saúde e bem-estar são conceitos frequentemente relacionados, referindo que cada um costuma ser utilizado para definir ou explicar o outro. Segundo a Organização Mundial de Saúde (1947), o conceito de saúde não se define apenas pela ausência de doença, mas como um estado de bem-estar físico, mental e social completo, englobando aspetos como a vitalidade, a energia e a eficácia no desempenho, enfatizando a presença de algo positivo. No entanto, o bem-estar é um conceito mais lato e abrangente, considerando a pessoa na sua globalidade, incluindo a sua saúde física

e mental, o bem-estar físico e psicológico manifestando-se ao nível da satisfação e da felicidade. A visão de duas perspetivas de felicidade, uma centrada nas virtudes do ser, e a outra mais orientada para a satisfação do ter, estão relacionadas com as perspetivas teóricas relativas ao bem-estar no âmbito da psicologia, ou seja, quanto maior a concentração em objetivos materiais, menor o bem-estar e, pelo contrário, o desenvolvimento e o foco em objetivos mais intrínsecos e persistentes, estão mais associados à felicidade. O bem-estar tem sido observado em duas áreas indispensáveis, uma no âmbito do desenvolvimento do adulto e outra, referente aos aspetos psicossociais, qualidade e satisfação com as circunstâncias da vida (Novo, 2005). A autora entende duas formas distintas de conceptualização de bem-estar. Uma, procedente dos anos 60, que entende este construto como um agregado de diversos conceitos, de felicidade, de satisfação e de experiências subjetivas, designando-o de bem-estar subjetivo (BES), e outra forma, proposta nos anos 80, sob a designação de bem-estar psicológico (BEP), tendo como objetivo caracterizar este domínio a partir das dimensões básicas de funcionamento positivo que surgem de diferentes modelos teóricos da psicologia do desenvolvimento, da psicologia clínica e da saúde mental. O bem-estar pode estar identificado através destes dois tipos, BES e BEP, sendo que o primeiro refere-se a uma conceção hedónica e o segundo, a uma conceção eudaimónica (Ryan & Deci, 2001). O bem-estar é visto através de considerações temporais, contextuais e culturais, mas também distingue a perspetiva hedónica (BES) da eudaimónica (BEP). Na perspetiva hedónica, o bem-estar consiste na felicidade ou prazer face a experiências de sentimentos agradáveis, ou no equilíbrio entre afeto positivo e negativo, caracterizando-se pela identificação do nível de felicidade e de satisfação dos indivíduos e na identificação das condições sociodemográficas, políticas e culturais que lhe estão associadas. Esta centralidade hedónica pode referir-se à forma como nos sentimos bem, tanto a nível físico como a nível psicológico. Na perspetiva eudaimónica, enraizada no pensamento clássico desenvolvido por Aristóteles, o bem-estar envolve mais do que a felicidade pessoal. Caracteriza-se pela exigência de rentabilizar o potencial humano, para a realização pessoal do seu *daimon* ou verdadeiro self e foca-se no desenvolvimento dos indivíduos enquanto seres sociais, com responsabilidades a assumir, tarefas a cumprir e com direitos essenciais a fruir. Esta perspetiva é mais abrangente do que a hedónica, estando associada ao desafio e empenho e envolve um conjunto de diversas experiências e mecanismos através dos quais as pessoas atingem o desenvolvimento, o crescimento psicológico e o significado de vida (Novo, 2005).

## *2.1 Bem-estar subjetivo*

O construto do bem-estar subjetivo, desenvolvido a partir de base teórica construída a partir da década de 60 traduz uma perspetiva individual e subjetiva do bem-estar particularizando a vertente emocional (Novo, 2005). A felicidade, valorizada e vivida por cada pessoa, é vista como uma motivação fundamental da vida humana e considerada como um critério inquestionável do bem-estar. O modelo do bem-estar subjetivo veio afirmar-se como uma proposta que visa, principalmente, considerar a avaliação que as pessoas fazem das suas vidas, tendo como referência as experiências emocionais, positivas e negativas, e como base valores, necessidades, expectativas e crenças pessoais. Desta forma, a felicidade, satisfação com a vida e afeto positivo e negativo, tornaram-se indicadores específicos da experiência subjetiva do bem-estar (Galinha & Ribeiro, 2005). Diener, Scollon e Lucas (2003) consideram o BES como uma avaliação cognitiva e afetiva que os indivíduos fazem das suas vidas, sendo que a avaliação cognitiva se refere à satisfação com a vida e a avaliação afetiva relativamente à felicidade. Na dimensão cognitiva existe um juízo avaliativo, traduzindo-se em satisfação com a vida e uma dimensão emocional, positiva ou negativa, que corresponde à felicidade, quando as experiências vividas forem avaliadas mais por emoções de prazer do que de sofrimento. O afeto positivo é percebido como um sentimento hedónico puro, experienciado num determinado momento, enquanto o afeto negativo consiste numa experiência de emoções como ansiedade, depressão e pessimismo (Galinha & Ribeiro, 2005). Os autores referem que as pessoas consideradas mais felizes, são-no mais intensamente, grande parte do tempo, e que uma pessoa com apresenta um nível elevado de BES, quando se verifica preponderância do afeto positivo sobre o negativo. Este conceito requer autoavaliação, que pode só pode ser feita pela própria pessoa e não por indicadores externos escolhidos e definidos por terceiros, ou seja, cada um avalia a sua própria vida, aplicando conceções subjetivas e apoiando-se nas suas expectativas, valores, experiências passadas e emoções (Diener, Scollon & Lucas, 2003).

## *2.2 Bem-estar psicológico*

O construto do bem-estar psicológico foi apresentado no final dos anos 80 do séc. XX por Ryff, com o objetivo de representar o bem-estar num modo mais abrangente do ponto de vista das dimensões psicológicas. Este construto integra conceitos provenientes de diferentes teorias da psicologia do desenvolvimento, psicologia clínica e da saúde mental. A abordagem do BEP adota uma visão eudaimónica da felicidade, que se refere, não só à felicidade hedónica

como também à realização do potencial humano e das metas estabelecidas, descrevendo o funcionamento positivo global do indivíduo (Novo, 2005). A procura de linhas de convergência das diferentes fontes e propostas clássicas, conduziu à identificação de um conjunto de seis dimensões ou áreas de potencial desenvolvimento e expressão humana: aceitação de si (*i.e.*, avaliação positiva de si próprio); relações positivas com os outros, que se expressa na preocupação genuína com a saúde e bem-estar dos outros; autonomia, que se refere à autodeterminação, independência e autorregulação do comportamento humano, permitindo responder a pressões externas ou sociais de determinada forma; crescimento pessoal, referente ao crescimento e desenvolvimento contínuo da pessoa e abertura a novas experiências; objetivos de vida (a crença que a vida tem um propósito); e domínio do meio, que se refere à capacidade do indivíduo em gerir eficazmente a sua vida e o meio envolvente. Assim, o bem-estar psicológico surge como um conceito que traduz o funcionamento positivo neste conjunto de dimensões que abrangem a área da perceção pessoal e interpessoal, o envolvimento no presente, mobilização para o futuro e a perceção do passado (Siqueira & Padovam, 2008).

### *2.3 Bem-estar no trabalho*

Os conceitos de saúde mental e bem-estar assumem um papel fundamental no contexto de trabalho e, uma vez que o trabalho ocupa grande parte da vida da pessoa, constitui-se como um dos principais determinantes para o bem-estar e felicidade da pessoa (Novo, 2005). Ao trabalho, são atribuídos vários significados por comportar vários sentidos, desde o sentido existencial, estruturação da personalidade, subsistência, estruturação da identidade do indivíduo, ao reconhecimento e definição do estatuto social, ocupando, desta forma, um papel central da organização da sociedade (Sant'anna, Paschoal & Gosendo, 2012). As experiências do trabalho têm influência no indivíduo, com implicações na sua saúde e bem-estar, podendo acarretar consequências, tanto para o trabalhador, como para a organização. As experiências vividas no trabalho, de natureza física, emocional, mental ou social, afetam a pessoa no seu ambiente laboral assim como noutros domínios da sua vida, uma vez que a vida pessoal e a vida no trabalho não são entidades separadas, pelo contrário, são domínios interligados, com efeitos recíprocos (Santos & Ceballos, 2013). O conceito de bem-estar no trabalho foi muito influenciado por Diener, Scollon e Lucas (2003), com base no conceito de BES, visto como um modelo hierárquico de felicidade, satisfação geral com a vida e com o trabalho. Este modelo concebe o BET como um construto psicológico multidimensional, abrangendo três conceitos

com conotações positivas de prazer no contexto de trabalho: satisfação no trabalho como prazer resultante do ambiente, das relações com chefias e colegas, do salário e das oportunidades de promoção e satisfações com as tarefas realizadas; envolvimento com o trabalho e o seu reflexo na autoestima e o comprometimento organizacional afetivo como adoção dos objetivos da organização. Segundo o modelo de saúde mental ou modelo vitamínico de Warr (1990), a saúde mental do indivíduo é influenciada pela situação vivida no trabalho e resulta de quatro fatores: (1) competência, que consiste na capacidade do indivíduo em lidar com problemas e atuar no meio envolvente com sucesso; (2) autonomia, que consiste na capacidade do indivíduo resistir a pressões externas e manter-se fiel às suas ações e opiniões; (3) aspiração, referente à tendência do indivíduo para delinear objetivos realistas e a aptidão para dirigir a sua energia para outros objetivos visando o seu crescimento pessoal e (4) o bem-estar afetivo, referente aos afetos positivos e negativos associados ao trabalho. Van Horn, Taris, Schaufeli e Schreus (2004) propuseram um modelo onde o BET é igualmente um construto multidimensional que pode ser definido através da avaliação positiva das diversas características presentes no contexto de trabalho representadas por cinco dimensões principais: dimensão afetiva, onde inclui a exaustão emocional, satisfação no trabalho e empenho organizacional; dimensão profissional ou motivacional, onde engloba os conceitos de autonomia, aspiração e competência profissional; dimensão comportamental, também designada de bem-estar social; dimensão cognitiva, referente a cansaço ou fadiga cognitiva e à sua capacidade em processar novas informações e concentrar-se no trabalho e dimensão psicossomática, referente à existência ou ausência de queixas ou sintomas psicossomáticos (dores de cabeça e dores músculo-esqueléticas). O estudo dos autores, realizado com uma amostra de professores holandeses, confirmaram a estrutura multidimensional do BET e revelaram que o afeto foi a dimensão mais representativa deste construto e, apesar de terem sido utilizadas medidas especificamente desenvolvidas para a população de professores, sugeriram que a estrutura proposta de BET pode ser generalizada para outros contextos e grupos organizacionais. Para Siqueira e Padovam (2008), o BET é composto por três componentes, nomeadamente a satisfação no trabalho, caracterizada pelo estado emocional positivo ou de prazer resultante de experiências no trabalho; o envolvimento com o trabalho, referente ao grau em que o desempenho da pessoa no trabalho afeta a sua autoestima e o comprometimento organizacional afetivo, referente ao estado em que o indivíduo se identifica com a organização e com os seus objetivos.

### 3. Consequências/Efeitos das exigências da atividade de trabalho dos médicos e enfermeiros

#### 3.1 *Burnout*

Perante as exigências da atividade de trabalho dos profissionais de saúde descritas anteriormente, é cada vez mais frequente vermos associações destas características de trabalho com o bem-estar dos mesmos, a nível de *burnout* e *engagement*. Os profissionais de saúde são trabalhadores com vocação e motivação para ajudar os outros, no entanto, também apresentam elevado *stress* provocado pela sua atividade de trabalho, uma vez que lidam com o sofrimento alheio, sendo muitas vezes esquecidos no que se refere à sua saúde ocupacional (Silva, Queirós, Cameira, Vara & Galvão, 2015). Na década de 70, Freudenberger identificou um tipo de *stress* associado particularmente ao trabalho, designando-o como *burnout*. O autor definiu este conceito como um estado de fadiga ou frustração surgido referente a uma causa, por uma forma de vida ou por uma relação que fracassou relativamente à recompensa esperada. Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) salientaram o perigo do desgaste progressivo do qual é difícil sair, definindo o *burnout* como uma deslocação entre aquilo que as pessoas são, para aquilo que têm que fazer. Para os autores, este estado representa uma erosão nos valores, dignidade, espírito e vontades dos trabalhadores. De acordo com o modelo multidimensional de Maslach (1998), o *burnout* consiste numa experiência individual de *stress* inserida num contexto de relações sociais complexas, envolvendo a conceção da pessoa sobre si mesma e dos outros. Este fenómeno do *stress* laboral, visto como o último estágio crónico do *stress* profissional é caracterizado por três dimensões independentes, mas relacionadas entre si: exaustão emocional caracterizada pela ausência ou falta de energia e entusiasmo, pela falta de recursos e esgotamento emocional, psicológico e físico, onde as principais fatores de exaustão são a sobrecarga de trabalho e o conflito pessoal no trabalho, e a falta de energia para enfrentar mais um dia de trabalho. É possível acrescentarem-se sentimentos de frustração e tensão, na medida em que os trabalhadores podem sentir que já não têm condições de dar atenção aos seus pacientes como faziam antes. A segunda dimensão, cinismo, representa a dimensão interpessoal do *burnout*, caracterizada por um abandono dos seus ideais, perda de idealismo e envolvimento com a profissão (Maslach et al, 2001), estando presentes atitudes e comportamentos de distanciamento, frieza, cinismo, desprezo e evitamento para com o trabalho e para com as pessoas associadas ao contexto laboral. Esta componente é considerada a dimensão chave do *burnout*, uma vez que é a primeira reação ao *stress* devido às exigências do trabalho. Os

trabalhadores que apresentam elevados níveis de cinismo, apesar de continuarem a desempenhar as suas funções, tendem a diminuir o tempo que passam no local de trabalho, reduzem a energia dedicada à profissão, diminuem a qualidade do seu trabalho e reduzem o seu desempenho ao mínimo. Nesta dimensão, os trabalhadores passam a tratar os seus pacientes como objetos, uma vez que desenvolvem insensibilidade emocional e, a terceira e última componente, baixa realização pessoal no trabalho, representa a dimensão de autoavaliação do *burnout*, onde existe uma tendência para o trabalhador se autoavaliar de forma negativa, e é caracterizada por um crescente declínio nos sentimentos de competência e produtividade no trabalho (Silva et al, 2015)

Num estudo de Frásquilho (2005), no que se refere aos profissionais de saúde, e tendo em conta diferentes grupos profissionais, a exaustão emocional parece ser significativamente mais elevada nos médicos, relativamente a outros profissionais de saúde. Um estudo realizado com médicos e enfermeiros portugueses (155 profissionais da área da saúde) a trabalharem em instituições hospitalares e centros de saúde da região norte de Portugal, avaliando fontes de *stress*, satisfação e realização profissional, apontaram 15% de profissionais com experiências significativas de *stress* e 6 com problemas de exaustão emocional (Silva & Gomes, 2009). Desta forma formulou-se a seguinte hipótese:

H3: Existe correlação positiva entre as exigências do trabalho dos médicos e enfermeiros e o *burnout*.

### 3.2 Engagement

O aparecimento da corrente teórica da psicologia positiva veio proporcionar uma mudança de foco, passando-se de uma perspetiva tradicional direcionada para a doença para uma visão de bem-estar e funcionamento ótimo. Através desta perspetiva, surgiu o conceito de *engagement* como o oposto do *burnout*, visto idade que o ser humano apresenta de retirar situações positivas do seu trabalho. Este conceito é definido como um estado de saúde mental positivo e de bem-estar, relacionado com o contexto laboral e implicando mais do que a ausência de *burnout* (Rodrigues & Barroso, 2008). Schaufeli, Alanova, González-Romá e Bakker, (2002) defendem que o *engagement* é um estado afetivo-cognitivo persistente no tempo, uma dimensão distinta de bem-estar e uma construção motivacional positiva, estando relacionado com o trabalho e não sendo específico de um evento em particular ou de um comportamento momentâneo. Este conceito é definido como a motivação, entusiasmo e

compromisso com o trabalho, constituído por três dimensões: vigor, que representa o nível elevado de energia e resiliência mental no decorrer do trabalho, o esforço e persistência no trabalho face às adversidades; a dedicação, consiste numa extrema envolvimento no trabalho, no entusiasmo, na aspiração, no orgulho e no facto do trabalho constituir um desafio; a absorção, consiste numa completa concentração e imersão no trabalho (Silva, Queirós, Cameira, Vara & Galvão, 2015).

O *engagement* no trabalho tem benefícios a nível individual, mas também a nível organizacional, por se tratar de um estado positivo que possibilita e facilita o uso dos recursos, estando intimamente ligado ao desenvolvimento da organização e estimulando resultados individuais e organizacionais. À semelhança do *burnout*, o *engagement* também é influenciado por diversos fatores de natureza situacional ou individual, constituindo os recursos laborais os mais relevantes preditores do *engagement* no trabalho. Aspetos de personalidade como otimismo, esperança, resiliência e autoeficácia constituem características que influenciam a forma como os indivíduos se envolvem no trabalho. O *engagement* caracteriza-se por altos níveis de energia e uma forte identificação com o trabalho, enquanto o *burnout* se caracteriza por baixos níveis de energia, aliado com uma falta de identificação com o próprio trabalho (Silva et al., 2015). Desta forma, formularam-se as seguintes hipóteses:

H4: Existe correlação negativa entre as exigências da atividade de trabalho dos médicos e enfermeiros e o *engagement*.

H5: Existe correlação positiva entre a autonomia no trabalho dos médicos e enfermeiros e o *engagement*.

## 4. Método

De forma a avaliar o objetivo proposto, desenhou-se uma investigação quantitativa, de carácter correlacional, com o objetivo de determinar a relação entre as variáveis propostas, uma vez que o estudo quantitativo é objetivo e possibilita análises estatísticas. Seguidamente, será caracterizada a amostra do estudo, assim como os instrumentos utilizados para a recolha dos dados e os resultados.

### 4.1 Amostra

A amostra total foi constituída por 88 sujeitos, médicos e enfermeiros, com idades compreendidas entre os 24 e os 64, com uma média de 37,36 anos e desvio-padrão 10,69, dos quais a maioria eram do sexo feminino (75%), casados ou em união de facto (62,5%), com Mestrado (55,5%), não tinham filhos (51,9%), conforme a tabela 1.

Tabela 1. Caracterização das variáveis sociodemográficas

	Média (dp)	Min-Máx
Idade	37,36 (10,69)	24-64
Nº Agregado familiar	6,72 (1,09)	5-8
	n	%
Sexo		
Masculino	22	25,0
Feminino	66	75,0
Faixa Etária		
24-29 anos	23	26,7
30-39 anos	31	36,0
40-49 anos	19	22,1
> 50 anos	13	15,1
Estado Civil		
Solteiro, Divorciado	33	37,5
Casado, União de facto	55	62,5
Habilitações		
Licenciatura/Bacharelato	36	40,9
Mestrado	49	55,7
Doutoramento	3	3,4
Tem filhos?		
Não	41	51,9
Sim	38	48,1
Nº Filhos		
1 filho	17	44,7
2 filhos	15	39,5
3 filhos	6	15,8

Relativamente à caracterização socioprofissional (cf. tabela 2), a maioria dos sujeitos eram médicos (70,5%), tinham em média 10,72 anos de trabalho no local atual, com um contrato sem termo (38,6%) e a termo incerto (27,3%) e tinham uma carga horária de 40 horas (85,2%). A maioria trabalha no setor da saúde há menos de 5 anos (33%) e entre 5-15 anos (26,1%).

Tabela 2. Caracterização das variáveis socioprofissionais

	Média	(dp)	Min-Máx
Antiguidade (atual local)	10,2	(9,93)	0-39
		n	%
<b>Tipologia do Contrato</b>			
Sem termo		34	38,6
Termo certo		22	25,0
Termo incerto		24	27,3
Outro		8	9,1
<b>Antiguidade (atual local de trabalho)</b>			
< 5 anos		41	48,2
6-15 anos		21	24,7
> 15 anos		23	27,1
<b>Antiguidade (setor da saúde)</b>			
< 5 anos		29	33,0
5-15 anos		23	26,1
16-25 anos		23	26,1
> 25 anos		13	14,8
<b>Função</b>			
Médico		63	71,6
Enfermeiro		25	28,4
<b>Carga Horária Semanal</b>			
Tempo completo (40 horas)		75	85,2
Tempo parcial (< 40 horas)		13	14,8

## 4.2 Instrumentos

Para atingir o objetivo proposto elaborou-se um questionário composto por três grupos. O primeiro grupo é constituído pelo consentimento informado onde são explicadas as medidas a utilizar aquando a resposta do mesmo, a importância da colaboração para uma melhor compreensão desta temática, a confidencialidade dos dados e os contactos, em caso de dúvidas. O segundo grupo é constituído pela caracterização sociodemográfica e profissional, ou seja, questões que permitem obter dados acerca das variáveis como sexo, idade, estado civil. A opção de colocar estas questões sociodemográficas justificam-se na medida em que, o sexo, a idade, o estado civil, são importantes para caracterizar a amostra. A função é importante, uma vez que, permite averiguar as diferenças entre os dois grupos (médicos e enfermeiros). Para além disso, houve a necessidade de incluir questões mais relacionadas com o trabalho, como antiguidade no local de trabalho, carga horária, tipologia de contrato. Estes dados podem influenciar as respostas na medida em que condicionam o modo de operação de cada um dos profissionais de saúde inquiridos. O terceiro grupo é constituído por três instrumentos de autorrelato, nomeadamente a *Job Content Questionnaire*, a *Utrecht Work Engagement Scale* e *Maslach Inventory*.

### 4.2.1 Características do trabalho

Para avaliar as características do trabalho foi utilizada a versão portuguesa do *Job Content Questionnaire* de Karasek et al. (1998), adaptada e usada anteriormente em diversos estudos portugueses (Carvalho & Chambel, 2014; Castanheira & Chambel, 2010). Esta escala avalia aspetos psicossociais do trabalho, podendo ser caracterizada como um modelo que avalia a estrutura social e psicológica da atividade de trabalho. O instrumento avalia as exigências do trabalho e a autonomia e é constituída por duas subescalas:

Exigências do trabalho: assinala a carga de trabalho e pressão de tempo, isto é, as exigências inerentes à atividade de trabalho, e é constituída por 7 itens (item 1 ao 7), ex. Q1 “O meu trabalho exige que eu trabalhe depressa”, Q3 “No meu trabalho, tenho uma grande quantidade de coisas para fazer”. As opções de resposta configuram uma escala de likert de 5 pontos (1=Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Nem concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo totalmente).

Autonomia: esta variável foi avaliada através de 4 itens (item 8 ao 11), ex. Q8 “Tenho a possibilidade de decidir como organizar o meu trabalho”, Q10 “O meu trabalho permite-me

tomar decisões por mim próprio/a). As opções de resposta configuram uma escala de likert de 5 pontos (1=Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Nem concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo totalmente).

#### 4.2.2 *Engagement*

O *Engagement* no trabalho foi avaliado através da *Utrecht Work Engagement Scale* (Schaufeli et al, 2002) validada para a população portuguesa por Lopes e Chambel (2014). A escala é constituída por 9 itens e avalia o vigor (Q1 “No meu trabalho, sinto-me cheia/o de energia”, Q4 “No meu trabalho, sinto-me forte e com vigor” e Q7 “Quando acordo de manhã, sinto-me bem por ir trabalhar), dedicação (Q2 Estou entusiasmada/o com o meu trabalho, Q5 “O meu trabalho inspira-me” e Q8 “Tenho orgulho no trabalho que faço”) e absorção dos trabalhadores face ao seu trabalho (Q3 “Estou contente quando estou a trabalhar intensamente”, Q6 “Estou imerso no meu trabalho” e Q9 “Esqueço-me do “resto” quando estou a trabalhar”). As opções de resposta configuram uma escala de likert de 7 pontos (1=Nunca; 2- Algumas vezes por ano; 3- Uma vez ou menos por mês; 4- Algumas vezes por mês; 5- Uma vez por semana; 6- Algumas vezes por semana; 7- Todos os dias).

#### 4.2.3 *Burnout*

O *Burnout* foi avaliado através da tradução portuguesa do inventário de *Burnout* de Maslach (*Maslach Burnout Inventory*), criado por Maslach, Jackson e Leiter (2001), adaptada para a população portuguesa por Castanheira e Chambel (2010). Esta escala avalia a exaustão emocional (item 10 ao 14), ex. Q10 “Sinto-me emocionalmente esgotado(a) pelo meu trabalho, Q13 “Trabalhar durante o dia é realmente uma pressão para mim”, e o cinismo (item 15 ao 19), ex. Q15 Perdi o interesse pelo meu trabalho desde que comecei com este emprego, Q18 “Tornei-me mais reticente em relação à utilidade do meu trabalho”. As opções de resposta configuram uma escala de likert de 7 pontos (1=Nunca; 2- Algumas vezes por ano; 3- Uma vez ou menos por mês; 4- Algumas vezes por mês; 5- Uma vez por semana; 6- Algumas vezes por semana; 7- Todos os dias).

#### 4.2.4 Escala do capital psicológico positivo no trabalho

O capital psicológico positivo foi avaliado através da versão reduzida do *Psychological Capital Questionnaire-12* (Luthans, Avolio, Avey & Norman, 2007), adaptada para a população portuguesa por Viseu et al (2012), numa versão reduzida composta por 12 itens e avalia a autoeficácia (ex. Q1 “Sinto-me confiante para apresentar o meu trabalho em reuniões de administração”, Q3 “Sinto-me confiante ao apresentar informação para um grupo de colegas”), a esperança (ex. Q4 “Se me encontrar sobrecarregado de trabalho, consigo pensar em várias maneiras para resolver os problemas), a resiliência (ex. Q8 “Eu posso trabalhar de forma autónoma se for necessário”), e otimismo (ex. Q11 “Relativamente ao meu trabalho, procuro sempre o lado positivo das coisas”). As opções de resposta configuram uma escala de likert de 6 pontos (1=Discordo fortemente; 2- Discordo; 3- Discordo um pouco; 4- Concordo um pouco; 5- Concordo; 6- Concordo fortemente).

#### 4.3 Procedimento de recolha de dados

Para o procedimento de recolha de dados, foi utilizado uma versão *online* do questionário, com base nas escalas anteriormente referidas, na plataforma *Qualtrics* e, após validado, foi divulgado através de uma rede de contactos. Estes contactos permitiram chegar a outros colegas através do efeito “bola de neve” e, desta forma, chegar a um maior número de sujeitos. Foi assegurado aos sujeitos a confidencialidade, privacidade e anonimato dos seus dados e que em nenhum momento seriam colocadas questões que o pudessem identificar, assim como a livre participação dos mesmos no estudo. A duração do preenchimento do questionário foi de 10-15 minutos, sendo que este esteve *online* para recolha de dados desde abril até 13 de maio.

#### 4.4 Procedimento de tratamento dos dados

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva e inferencial, utilizando o *software* SPSS-25. Para realização da análise descritiva foram utilizados diversos parâmetros para a distribuição das variáveis, nomeadamente a frequência, percentagem, média e desvio-padrão. Para realização da análise inferencial e, tendo em consideração o cumprimento dos critérios necessários para a realização de testes de hipóteses paramétricos, foi realizado o teste da normalidade de *Kolmogorov Smirnov*, que postula que, em termos de normalidade de

distribuição, uma distribuição pode ser considerada normal quando o valor de significância for superior a 0,05 (Pestana & Gageiro 2008). Sendo que o resultado do *pvalue* foi  $p < 0,05$ , rejeitamos a hipótese nula ( $H_0$ : a amostra segue uma distribuição normal) e assumimos que a amostra não segue uma distribuição normal. Desta forma, foram utilizados testes não-paramétricos para comparar as variáveis em estudo em função do género e, foi aplicado o teste de *Mann-Whitney*, o teste não-paramétrico adequado para comparar as funções de distribuição de uma variável, pelo menos ordinal, medida em duas amostras independentes (Marôco, 2014). Para correlacionar as variáveis em estudo, foi utilizado o coeficiente de Correlação de *Spearman*, uma medida de associação não paramétrica entre duas variáveis pelo menos ordinais. Este coeficiente é conseguido através da substituição dos valores das observações pelas respetivas ordens. As medidas de associação quantificam a intensidade e a direção da associação entre duas variáveis (Marôco, 2014). Para a apresentação dos dados recorreu-se ao uso de tabelas, com os dados estatísticos antecedidos de análise.

## Resultados

No que se refere às variáveis estudadas (cf. tabela 3), os valores de consistência interna (Alpha de Cronbach) aproximam-se dos valores recomendados, uma vez que, segundo Field (2009), o valor do Alpha de Cronbach deverá ser  $> 0,60$ , que nos indicam a fidelidade, correlação e homogeneidade dos itens, o que nos permite um grau de confiança e exatidão dos mesmos valores ao longo do tempo. Para as características do trabalho, os dados sugerem valores muito fortes nas exigências do trabalho ( $\alpha = 0,870$ ) e um nível forte para a autonomia no trabalho ( $\alpha = 0,746$ ). Para as dimensões do *engagement* obtiveram-se igualmente níveis muito fortes na dimensão vigor ( $\alpha = 0,831$ ) e um valor moderado na dimensão Absorção ( $\alpha = 0,603$ ). Para as dimensões do *burnout*, obtiveram-se níveis elevados nas duas dimensões, sendo a exaustão emocional ( $\alpha = 0,916$ ) a mais significativa (cf. tabela 3). No capital psicológico positivo, a dimensão com um valor mais alto foi a dimensão autoeficácia ( $\alpha = 0,881$ ). Ainda assim, otimismo (capital psicológico positivo) apresenta valores fracos.

Tabela 3. Coeficiente do Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )

	Nr. itens	Alpha de Cronbach
Características do trabalho	11	0,832
Exigências do trabalho	7	0,870
Autonomia no trabalho	4	0,746
<i>Engagement</i>	9	0,871
Vigor	3	0,831
Dedicação	3	0,780
Absorção	3	0,603
<i>Burnout</i>	10	0,886
Exaustão Emocional	5	0,916
Cinismo	5	0,771
Capital Psicológico Positivo	12	0,825
Autoeficácia	3	0,881
Esperança	4	0,813
Resiliência	3	0,282
Otimismo	2	0,631

Para testar a H1, que sugere a existência de uma correlação negativa entre o capital psicológico positivo (autoeficácia, esperança, resiliência e otimismo) e o *burnout*, isto é, quanto maior for o nível do capital psicológico positivo nas dimensões autoeficácia, esperança, resiliência e otimismo (Ex. Q8 “Eu posso trabalhar de forma autónoma se necessário”), menor será o nível de *burnout* (Ex. Q13 “Trabalhar durante o dia é realmente uma pressão para mim”), procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis anteriormente referidas. Como esperado, verifica-se uma correlação negativa entre as variáveis, permitindo-nos reter a H1 e, conseqüentemente, concluir que há correlação negativa entre o capital psicológico positivo e o *burnout*,  $p = -,318^{**}$  (cf. tabela 4), no entanto, é uma correlação fraca. Ainda, a H2 sugere que existe uma correlação positiva entre o capital psicológico positivo (autoeficácia, esperança, resiliência e otimismo) e o *engagement*, ou seja, quanto maior for o nível do capital psicológico positivo nas dimensões autoeficácia, esperança, resiliência e otimismo (Ex. Q5 “Atualmente vejo-me uma pessoa bem sucedida no trabalho”), maior será o nível de *engagement* (Ex. Q7 “Quando acordo de manhã, sinto-me bem por ir trabalhar”), procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis anteriormente referidas. Como esperado, verifica-se uma correlação positiva entre as variáveis referidas, o que nos permite reter a H2 e, conseqüentemente, concluir que há correlação positiva entre o capital psicológico positivo e o *engagement*,  $p = ,463^{**}$ , sendo uma correlação estatisticamente significativa, moderada.

Tabela 4. Coeficiente de correlação de Spearman entre o capital psicológico positivo, o *burnout* e o *engagement*

	<b>Burnout</b>	<b>Engagement</b>
Capital Psicológico Positivo	<b>-0,318**</b>	<b>,463**</b>
Autoeficácia	-0,128	<b>,392**</b>
Esperança	<b>-0,249*</b>	<b>,407**</b>
Otimismo	<b>-0,331**</b>	<b>,337**</b>

Para testar a H3 que sugere uma correlação positiva entre as exigências da atividade de trabalho dos médicos e enfermeiros e o *burnout*, isto é, quanto maior a percepção das exigências da atividade de trabalho, mais altos serão os níveis de *burnout*, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman* entre as variáveis anteriormente referidas (cf. tabela 5). Como esperado, verifica-se uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa, ou seja, o valor da probabilidade permite-nos reter a H3 e, conseqüentemente concluir que há correlação entre as exigências da atividade de trabalho dos médicos e enfermeiros e o *burnout*,  $p= 0,625^{**}$  (cf. tabela 5). Esta correlação é estatisticamente mais significativa na dimensão exaustão emocional ( $p= 0,646^{**}$ ) (ex. Q10 “Sinto-me emocionalmente esgotado/a pelo meu trabalho”, Q11 Sinto-me desgastado/a no fim do dia de trabalho”), ou seja, quanto maior o nível das exigências do trabalho, maior será o nível de *burnout* dos médicos e enfermeiros.

Tabela 5. Coeficiente de correlação de Spearman entre exigências do trabalho e o *burnout*

	<b>Exigências do Trabalho</b>
Burnout	<b>,625<sup>**</sup></b>
Exaustão Emocional	<b>,646<sup>**</sup></b>
Cinismo	<b>,373<sup>**</sup></b>

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

\* . A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

Para testar a H4, que sugere uma correlação negativa entre as exigências da atividade de trabalho dos médicos e enfermeiros e o *engagement*, isto é, quanto maior a percepção das exigências da atividade de trabalho, menor será o nível de *engagement*, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman* entre as variáveis referidas. Como esperado, verifica-se uma correlação negativa estatisticamente significativa entre as variáveis ( $p = -,307^{**}$ ), apesar de ser uma correlação fraca (cf. tabela 6).

Tabela 6. Coeficiente de correlação de Spearman entre as exigências do trabalho e o *engagement*

	<b>Exigências do trabalho</b>
Engagement	<b>-,307**</b>
Vigor	<b>-,417**</b>
Dedicação	<b>-,338**</b>
Absorção	-0,098

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

\* . A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

A H5 sugere que existe correlação positiva entre a autonomia no trabalho dos médicos e enfermeiros e o *engagement*, isto é, quanto maior o nível de autonomia, maiores serão os níveis de *engagement* no trabalho. Para avaliar esta hipótese, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de Spearman e, como esperado, verificaram-se correlações positivas e significativamente estatísticas, ou seja, o valor da probabilidade permite-nos reter a H5 e, conseqüentemente concluir que há correlação positiva entre a autonomia no trabalho e o *engagement*,  $p=,388^{**}$  (cf. tabela 7), no entanto, é uma correlação fraca. Ainda assim, a dimensão que apresenta maior significância estatística é o vigor (Ex. Q1 “No meu trabalho, sinto-me cheia/o de energia”, Q4 “No meu trabalho, sinto-me forte e com vigor”).

Tabela 7. Coeficiente de correlação de Spearman entre a autonomia no trabalho e o *engagement*

	<b>Autonomia no Trabalho</b>
Engagement	<b>,388**</b>
Vigor	<b>,375**</b>
Dedicação	<b>,260*</b>
Absorção	<b>,313**</b>

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

\* . A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

Nesta etapa do estudo foram também observadas eventuais diferenças nas dimensões analisadas pelos instrumentos em função de algumas características demográficas e profissionais (i.e, diferenças entre médicos e enfermeiros), se existe correlação entre as variáveis, face a dimensões sociodemográficas como a idade e a antiguidade no local de trabalho atual e também a média da distribuição das dimensões em estudo. Quando comparadas as dimensões em estudo, em função das categorias (médicos / enfermeiros) constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas, na perceção das características da atividade de trabalho, nomeadamente na dimensão das exigências do trabalho ( $p=0,045$ ), cuja média foi superior nos enfermeiros. No *engagement* a média é superior nos médicos, isto é, os médicos apresentaram níveis de *engagement* mais elevados do que os enfermeiros e são estatisticamente significativas ( $p=0,054$ ), inclusive na dimensão absorção (*engagement*) onde os médicos apresentam valores mais elevados (cf. tabela 8), estatisticamente significativos ( $p = 0,019$ ).

Tabela 8. Comparação das dimensões em estudo em função da categoria profissional

	Médico (n=63)		Enfermeiro (n=25)		Dif	p
	Média	Dp	Média	Dp		
<b>Características do Trabalho</b>						
Exigências do trabalho	2,46	0,75	2,84	1,02	0,38	<b>0,045</b>
Autonomia no trabalho	3,21	0,71	3,51	0,55	0,30	0,141
<b>Engagement</b>						
Vigor	5,61	0,98	5,32	0,85	0,30	<b>0,054</b>
Dedicação	5,49	1,12	5,25	1,05	0,24	0,134
Absorção	5,88	1,05	5,80	0,79	0,08	0,322
<b>Burnout</b>						
Exaustão Emocional	5,47	1,12	4,89	1,25	0,57	<b>0,019</b>
Cinismo	4,44	1,19	4,67	1,22	0,24	0,393
Exaustão Emocional	3,47	1,46	3,93	1,64	0,46	0,211
Cinismo	5,40	1,24	5,42	1,09	0,02	0,829
<b>Capital Psicológico Positivo</b>						
Autoeficácia	4,34	0,60	4,29	0,64	0,04	0,951
Esperança	4,68	0,82	4,73	0,98	0,06	0,802
Otimismo	4,46	0,77	4,32	0,65	0,14	0,413
Otimismo	4,48	1,07	4,24	1,07	0,24	0,467

Quando comparadas as dimensões em estudo em função do sexo (cf. tabela 9) constatamos que existe uma diferença estatisticamente significativa entre o sexo dos sujeitos nomeadamente na dimensão do *burnout*, cinismo, ( $p = 0,054$ ) cuja média foi superior nos sujeitos do sexo feminino.

Tabela 9. Comparação das dimensões em estudo em função do sexo dos sujeitos

	Masculino (n=22)		Feminino (n=66)		Dif	p
	Média	Dp	Média	Dp		
<b>Características do trabalho</b>						
Exigências do trabalho	2,61	0,83	2,55	0,86	0,06	0,870
Autonomia no trabalho	3,17	0,56	3,34	0,71	0,17	0,209
<b>Engagement</b>						
Vigor	5,44	1,15	5,53	0,90	0,08	0,938
Dedicação	5,36	1,27	5,40	1,09	0,04	0,819
Absorção	5,67	1,29	5,89	0,88	0,23	0,672
<b>Burnout</b>						
Exaustão Emocional	5,30	1,10	5,29	1,21	0,01	0,872
Cinismo	4,24	1,22	4,59	1,17	0,35	0,251
Exaustão Emocional	3,48	1,49	3,64	1,52	0,16	0,626
Cinismo	5,00	1,36	5,54	1,10	0,54	<b>0,054</b>
<b>Capital Psicológico Positivo</b>						
Autoeficácia	4,47	0,62	4,27	0,60	0,20	0,155
Esperança	4,98	0,76	4,58	0,88	0,40	0,083
Otimismo	4,52	0,80	4,38	0,71	0,14	0,324
Otimismo	4,59	1,02	4,33	1,08	0,26	0,274

Foi ainda analisado se existe correlação entre as variáveis em estudo (características do trabalho, *engagement*, *burnout* e CPP) e a idade e antiguidade dos profissionais de saúde no seu local de trabalho atual. Para avaliar estas hipóteses, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de Spearman e, conforme os resultados na tabela 10, permite-nos concluir que existe uma correlação negativa e estatisticamente significativa, embora fraca ( $p = -,221^*$ ), entre a idade dos sujeitos e o *engagement* na dimensão dedicação, isto é, quanto mais velhos são os sujeitos, menores serão níveis de dedicação (Ex. Q2 “Estou entusiasmada(o) com o meu trabalho”, Q5 “o meu trabalho inspira-me”). No entanto, a idade apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa, embora fraca ( $p = 0,260^*$ ), com o capital psicológico positivo na dimensão autoeficácia (Ex. Q1 “Sinto-me confiante para apresentar o meu trabalho em reuniões de administração”).

Relativamente à antiguidade no atual local de trabalho, que existe correlação entre a perceção das características do trabalho, *engagement*, *burnout*, CPP e a antiguidade do participante no seu local de trabalho atual e, conforme o valor da probabilidade permite-nos, reter a H9 e, conseqüentemente concluir que há correlação positiva e estatisticamente significativa (cf. tabela 10), embora fraca, entre a antiguidade no local de trabalho atual e o CPP na dimensão autoeficácia ( $p = 0,253^*$ ).

Tabela 10. Coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis em estudo e a idade dos sujeitos/antiguidade no local de trabalho atual

	Idade	Antiguidade (local atual)
<b>Características do trabalho</b>		
Exigências do trabalho	-0,106	0,009
Autonomia no trabalho	0,139	0,091
<b>Engagement</b>		
Vigor	-0,191	-0,121
Dedicação	<b>-,221*</b>	-0,149
Absorção	-0,050	-0,037
<b>Burnout</b>		
Exaustão Emocional	-0,109	0,003
Cinismo	-0,142	-0,030
<b>Capital Psicológico Positivo</b>		
Autoeficácia	<b>,260*</b>	<b>,253*</b>
Esperança	-0,076	-0,004
Otimismo	-0,077	-0,077

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

## Discussão

O presente estudo teve como objetivo de investigação a avaliação da relação entre as características da atividade de trabalho e o bem-estar (nas dimensões *engagement* e *burnout*) dos médicos e enfermeiros a relação da percepção dos trabalhadores sobre as exigências da sua atividade de trabalho (capital psicológico positivo) com o seu bem-estar. Foram encontrados valores elevados nas dimensões em estudo, nomeadamente no *engagement* e valores moderados no cinismo. A comparação com outros estudos revelou que esta amostra apresenta valores mais altos de *engagement* e moderados na dimensão cinismo no *burnout*, comparativamente ao estudo de Silva et al., (2015), onde concluiu que os seus participantes apresentaram médias altas em todas as dimensões do *engagement* e médias baixas no cinismo e na exaustão. Ainda, estes resultados estão em conformidade com o estudo de Pereira, Pinto e Queirós (2014), que concluiu valores mais baixos de *burnout* e valores moderados de *engagement* entre médicos e enfermeiros. Conclui-se que os profissionais de saúde estudados se encontram *engaged* com o trabalho e apresentam níveis moderados de *burnout* quando comparados. Segundo Greenglass, Burke e Fiksenbaum (2001), a sobrecarga de trabalho é um dos agentes potenciadores de maior *burnout* e, segundo os valores deste estudo, existe uma correlação estatisticamente significativa na relação das exigências do trabalho com o *burnout*, isto é, quanto maiores as exigências da atividade de trabalho, maior será o nível de *burnout* dos médicos e enfermeiros. Isto traduz-se numa relação negativa com o bem-estar destes profissionais, conforme os resultados obtidos, mais acentuada na exaustão emocional. Os profissionais de saúde com maiores níveis de *engagement* são mais dedicados e identificados com o seu trabalho, tendo maior autonomia no desempenho das suas tarefas, optando por atitudes mais positivas (Silva et al, 2015). Esta autonomia no trabalho leva a um maior *engagement* com a organização e conseqüentemente um maior bem-estar dos indivíduos, como verificamos no estudo.

Os efeitos das exigências do trabalho, sobre a saúde do indivíduo, podem variar de acordo com a percepção que os mesmos têm sobre as exigências da sua atividade de trabalho, isto permite aos indivíduos a tomada de decisão e a resolução de problemáticas, assim como a capacidade de enfrentar novos desafios, influenciando conseqüentemente o seu bem-estar a nível de *engagement* e *burnout* (Paschoal & Tamayo, 2008). Os resultados mostram que existe correlações entre o CPP e o *engagement* e o *burnout*, mas a correlação é mais significativa na dimensão vigor, isto é, os indivíduos com maior nível de CPP (autoeficácia, esperança, resiliência e otimismo) sentem-se mais *engaged* no trabalho na dimensão vigor (ex. sentem-se com mais energia e felizes por irem trabalhar).

Comparando os grupos profissionais, os enfermeiros consideram a sua atividade de trabalho mais exigente e apresentam menores valores de *engagement*. Ainda, e apesar de não serem consideradas diferenças estatisticamente significativas, os enfermeiros apresentam maior cinismo e maior exaustão emocional. Este resultado está em desacordo com o estudo de Silva et al (2015), que conclui que os médicos apresentam maior cinismo e os enfermeiros apresentam maior exaustão emocional. No que refere à comparação os níveis de *burnout* em função das variáveis sociodemográficas, respeitam-se diferenças significativas em função do sexo, idade e antiguidade no local atual de trabalho, isto é, o sexo feminino apresenta maior níveis de cinismo, o que não vai de acordo com o estudo de Silva et al. (2015), onde o sexo masculino apresenta maiores níveis de cinismo. Relativamente à idade, esta está negativamente relacionada com a dedicação (*engagement*), considerando que indivíduos mais velhos são menos dedicados à sua atividade de trabalho e, em relação à antiguidade no local atual de trabalho, esta está relacionada positivamente com a autoeficácia (CPP), considerando que à medida que vai aumentando a antiguidade do trabalhador no seu local de trabalho, aumenta o nível de autoeficácia.

## Conclusões

Os resultados sugerem que os profissionais estudados se encontram *engaged* com o trabalho, não apresentando valores significativos de *burnout*. Alguns estudos revelam a importância das variáveis sociodemográficas no desenvolvimento do *burnout* (Queirós et al., 2013), assim como a relação entre *burnout* e *engagement* (Schaufeli et al., 2002). Apesar na amostra não ser significativa, os dados obtidos neste estudo permitiram conhecer os níveis de *burnout* e *engagement* dos médicos e enfermeiros, essencialmente numa fase onde este contexto sofre alterações recentes, assim como as constantes manifestações destes profissionais face ao seu descontentamento e insatisfação com as suas condições de trabalho (i.e., greves). Estas alterações na área da saúde alertam para a necessidade de estudar estas condições e o seu impacto psicossocial, quer no profissional de saúde e na organização, quer no utente. Tem sido demonstrado na literatura que o *stress* no trabalho afeta, de forma evidente, a prática clínica dos profissionais de saúde e, é de notar que a gestão do *stress* pode ser realizada com recurso a determinadas estratégias, como a promoção dos valores humanos como estratégia preventiva de *burnout*. Desta forma seria relevante realizar estudos longitudinais com profissionais de saúde no que se refere à sua saúde ocupacional de forma a compreender o impacto psicossocial das alterações dos contextos de trabalho, uma vez que estes estão em constante contacto com uma população frágil e sensível.

Uma das grandes limitações deste estudo foi, o espaço temporal para a recolha de dados, onde se têm verificado várias greves neste setor e, ainda, o desenho metodológico, poderia ser pensado de forma mista (quantitativo e qualitativo) de forma a aprofundar questões como, por exemplo, os valores serem superiores no sexo feminino na dimensão cinismo, assim como a correlação negativa da idade com a dimensão dedicação (*engagement*).

## Referências Bibliográficas

- Bernardes, R. & Baixinho, C. L. (2018). Um modelo conceitual de resiliência física- Contribuições para a enfermagem gerontológica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), 2739-2743.
- Carvalho, V. S., & Chambel, M. J. (2014). Work-to-Family Enrichment and Employees' Well-Being: High Performance Work System and Job Characteristics. *Social Indicators Research*, 119(1), 373-387.
- Castanheira, F. & Chambel, M. J. (2010). Reducing Burnout in call centers through HR practices. *Human Resource Management*, 49 (6), 1047-1065.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W. B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.
- Dias, E. C. (2015). Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 13(2), 60-68.
- Diener, E., Scollon, C. N. & Lucas, R. E. (2003). The involving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219.
- Ferreira, M. C. & Assamar, E. M. L (2008). Fontes ambientais de estresse ocupacional e burnout: tendências tradicionais e recentes de investigação. In Tamayo, A. (Eds.). *Estresse e cultura organizacional*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 21-73.
- Ferreira, J. A. & Ferreira, A. G. (2001). Desenvolvimento psicológico e social do jovem adulto e implicações pedagógicas no âmbito do ensino superior. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35(3), 119-159
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3ed.). London: Sage Publications.
- Frasquilho M. (2005). Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: Prevenção e tratamento. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(2), 89-98.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Galinha, I. & Ribeiro, J. L. P. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6(2), 203-214

- Gracino, M. E., Zitta, A. L. L., Mangili, O. C. & Massuda, E. M. (2016). A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. *Saúde Debate*, 40(110), 244-263.
- Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Fiksenbaum, L. (2001). Workload and burnout in nurses. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11, 211-215.
- Karasek, R. (1979). Job demands job control and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. & Amick, B. (1998). The Job Questionnaire (JCQ): An Instrument for Internationally Comparative Assessments of Psychosocial Job Characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355.
- Kee, J. W. Y., Khoo, H. S., Lim, I. & Koh, M. Y. H. (2018). Communication Skills in Patient-Doctor Interactions: Learning from Patient Complaints. *Health Professions Education*, 4, 97-106.
- Kraemer, F. Z., Duarte, M. L. C & Kaiser, D. E. (2011). Autonomia e trabalho do enfermeiro. *Revista Gaústa Enfermagem*, 32(3), 487-494.
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B. & Norman, S. M. (2007). Positive Psychological Capital: Measurement and Relationship with Performance and Satisfaction. *Personnel Psychology*, 60, 541-572.
- Luthans, F., Luthans, K. W. & Luthans, B. C. (2004). Positive psychological capital: Beyond human and social capital. *Business Horizons*, 47(1), 45-50.
- Luthans, F., Youssef, C. M. & Avolio, B. (2006). Psychological capital: developing the human competitive edge. New York: Oxford University Press.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística: Com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Lisboa: Report Number.
- Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of burnout. In C. L. Cooper (Ed.), *Theories of Organizational Stress*. Oxford: Oxford University Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Nogueira-Martins L. A. (2003). Saúde mental dos profissionais da saúde. In N. J. Botega (Eds.), *Prática psiquiátrica no hospital geral* (98-112). Artmed: Porto Alegre.
- Novo, R. F. (2005). Bem-estar e Psicologia: conceitos e propostas de avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion Psicologica*, 20(2), 183-203.

- Olaniyan, D. A. & Okemakinde, T. (2008) Human capital theory: Implications for educational development. *European Journal of Scientific Research*, 24(2), 157-162.
- Organização Mundial de Saúde (1948). <http://www.who.int/about/es/>.
- Paschoal, T. & Tamayo, A. (2008). Construção e validação da escala de bem-estar no trabalho. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 11-22.
- Pereira, A. M., Pinto, V. P. & Queirós, C. (Eds.) (2014). Burnout e Engagement em médicos e enfermeiros de unidades de saúde familiar. *10º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N., (2008). Análise de dados para Ciências Sociais: complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pierantoni, C. R., Vianna, C. M. M., Magnago, C. & Rodrigues, M. P. S. (2015). Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde Debate*, 39(106), 637-647.
- Queirós, C., Carlotto, M., Dias, S. & Pereira, A. M. (2013). Predictors of burnout among nurses: an interactionist approach. *Psicothema*, 25(3), 330-335.
- Ribeiro, L. Gomes, A. R. & Silva, M. (2010). Stresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. *Actas do VII Simpósio Nacional da Investigação em Psicologia*. Portugal: Universidade do Minho.
- Rodrigues, F. & Barroso, A. P. (2008). Avaliação do *Engagement* nos docentes da escola superior de saúde Dr. Lopes Dias. *Bioanálise*, 5(1), 34-39.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Sant'anna, Paschoal & Gosendo (2012). Bem-estar no Trabalho: Relações com estilos de liderança e suporte para ascensão, promoção e salários. *Revista de Administração contemporânea*, 16(5), 744-764.
- Santos, G. B. & Ceballos, A. G. C. (2013). Bem-estar no trabalho: estudo de revisão. *Psicologia em estudo*, 18(2), 247-255.
- Schaufeli, W. B., Alanova, M., González-Romá, V. & Bakker, A. (2002). The measurement of engagement and burnout: a two simple confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Silva, E. R. (2005). Stress e estratégias de coping em enfermeiros. *Revista da Ordem dos*

*Enfermeiros*, 29, 38-40.

- Silva, M. C. M. & Gomes, A. R. S. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248.
- Silva, M., Queirós, C., Cameira, M., Vara, N & Galvão, A. (2015). Burnout e Engagement em profissionais de saúde do interior-norte de Portugal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 286-299.
- Siqueira, M. & Padovam, V. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209.
- Van Horn, J. E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B. & Scheurs, P. J. G. (2004). The structure of occupational well-being: a study among Dutch teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 365-375.
- Viseu, J., Jesus, S. N., Rus, C., Nunes, H., Lobo, P. & Cara-Linda, I. (2012). Capital psicológico e a sua avaliação com o PCQ-12. *Estudos contemporâneos da subjetividade*, 2(1), 4-16.
- Warr, P. (1990). The measurement of well-being and others aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 193-210.

## *Anexos*

## CONSENTIMENTO INFORMADO

O estudo *Setor da saúde: Trabalho, Família e Bem-estar* está a ser desenvolvido no âmbito do Mestrado em Psicologia e Desenvolvimento de Recursos Humanos da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional do Porto. O presente estudo tem como principal objetivo compreender a importância das condições de trabalho na vida familiar e no bem-estar dos trabalhadores, especificamente no setor da saúde.

**Elegibilidade:** considera-se elegível para participar neste estudo profissionais das diferentes áreas do setor da saúde a exercer funções no seu meio profissional.

### **Protocolo de medidas a utilizar:**

Ao aceitar participar neste estudo, ser-lhe-á solicitado:

1. Responder a um breve questionário sociodemográfico e profissional que permitirá caracterizar os participantes do estudo como um todo, bem como realizar análises estatísticas uni e bivariadas;
2. Responder a um questionário sobre a relação trabalho-família, características do trabalho, bem-estar e capital psicológico.

**Benefícios:** este estudo não pressupõe qualquer benefício ou pagamento pela sua participação. No entanto, a mesma contribuirá para um melhor conhecimento da importância das condições de trabalho na vida familiar e no bem-estar dos profissionais de saúde.

**Riscos de participação:** não existem riscos de participação associados a este estudo, sendo garantida a privacidade, o anonimato e a confidencialidade dos dados. Em nenhum momento serão colocadas questões que o(a) possam identificar.

**Confidencialidade:** os dados recolhidos serão mantidos de forma confidencial e guardados durante o período previsto pela lei vigente em Portugal. Os investigadores que terão acesso aos dados serão apenas os responsáveis pelo estudo, sendo que poderão partilhá-los com outros investigadores da equipa e com alunos que venham a realizar as suas dissertações de mestrado neste âmbito. Tal como os investigadores responsáveis, todos os investigadores e alunos de mestrado que tenham contacto com os dados comprometem-se a garantir a privacidade, o anonimato e confidencialidade dos mesmos.

**Contactos:** no caso de existir alguma questão relativa ao estudo, poderá contactar a equipa responsável pelo mesmo, através de um dos seguintes emails: [fosbral@porto.ucp.pt](mailto:fosbral@porto.ucp.pt) ou [mmonarca@porto.ucp.pt](mailto:mmonarca@porto.ucp.pt).

Assim, ao participar no estudo *Setor da saúde: Trabalho, Família e Bem-estar*, confirma que aceita os termos e condições do mesmo, ou seja, considera que compreendeu a pertinência e os objetivos deste estudo. E que entendeu que toda a informação obtida será anónima e confidencial. Compreendeu também que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para si.

**Agradecemos desde já a sua participação!**

## Dados Sociodemográficos

É importante para nós sabermos alguns dados sociodemográficos sobre si, para podermos comparar as perceções de diferentes grupos de trabalhadores.

<p><b>1. Sexo:</b>  Feminino.....<input type="checkbox"/>  Masculino .....<input type="checkbox"/></p>	<p><b>2. Idade:</b>  _____ anos</p>	<p><b>3. Estado Civil</b>  Solteiro(a).....<input type="checkbox"/>  Divorciado(a)/separado(a)  judicialmente.....<input type="checkbox"/>  Casado(a) .....<input type="checkbox"/>  União de facto.....<input type="checkbox"/>  Separado de facto .....<input type="checkbox"/>  Viúvo(a) ..... <input type="checkbox"/></p>
<p><b>4. Composição do Agregado Familiar</b>  1 elemento, contando consigo .....<input type="checkbox"/>  2 elementos, contando consigo.....<input type="checkbox"/>  3 elementos, contando consigo.....<input type="checkbox"/>  4 ou mais elementos, contando consigo.....<input type="checkbox"/></p>	<p><b>5. Número de Dependentes a cargo (filhos menores ou estudantes sem rendimento e/ou pessoas inaptas para o trabalho)</b>  _____</p>	<p><b>6. Habilitações</b>  Até 9º Ano .....<input type="checkbox"/>  Secundário .....<input type="checkbox"/>  Licenciatura/Bacharelato.<input type="checkbox"/>  Mestrado .....<input type="checkbox"/>  Doutoramento .....<input type="checkbox"/></p>
<p><b>7. Tipologia do Contrato</b>  Sem termo..... <input type="checkbox"/>  Termo certo ..... <input type="checkbox"/>  Termo incerto ..... <input type="checkbox"/>  Outro, qual  _____</p>	<p><b>8. Antiguidade no seu atual local de trabalho</b>  _____</p>	<p><b>9. Há quanto tempo trabalha no setor da saúde?</b>  Há menos de 5 anos.....<input type="checkbox"/>  Entre 5 a 15 anos.....<input type="checkbox"/>  Entre 16 a 25 anos.....<input type="checkbox"/>  Há mais de 25 anos .....<input type="checkbox"/></p>
<p><b>10. Qual é a sua função?</b>  _____  _____  _____</p>	<p><b>11. Carga horária semanal</b>  Tempo completo (40 horas) <input type="checkbox"/>  Tempo parcial (inferior a 40 horas).....<input type="checkbox"/>  Tempo parcial (até 15 horas) ...<input type="checkbox"/></p>	<p><b>12. Tem outro emprego?</b>  Sim ..... <input type="checkbox"/>  Não ..... <input type="checkbox"/></p>

## A sua Atividade Profissional

Nas seguintes questões pedimos-lhe que descreva algumas características da sua atividade profissional.

		Concordo totalmente				
		Concordo				
		Não concordo nem discordo				
		Discordo				
		Discordo totalmente				
		1	2	3	4	5
1.	O meu trabalho exige que eu trabalhe depressa.	1	2	3	4	5
2.	O meu trabalho exige que eu trabalhe duramente.	1	2	3	4	5
3.	No meu trabalho, tenho uma grande quantidade de coisas para fazer.	1	2	3	4	5
4.	Não tenho tempo para fazer todo o meu trabalho.	1	2	3	4	5
5.	Tenho demasiado trabalho para fazer.	1	2	3	4	5
6.	Sinto que não tenho tempo para terminar o meu trabalho.	1	2	3	4	5
7.	Tenho que lidar com exigências contraditórias no meu trabalho.	1	2	3	4	5
8.	Tenho a possibilidade de decidir como organizar o meu trabalho.	1	2	3	4	5
9.	Tenho controlo sobre o que acontece no meu trabalho.	1	2	3	4	5
10.	O meu trabalho permite-me tomar decisões por mim próprio(a).	1	2	3	4	5
11.	No meu trabalho é-me pedido que tome as minhas próprias decisões.	1	2	3	4	5

## O seu Bem-Estar

Nesta secção encontram-se afirmações sobre sentimentos relacionados com a sua atividade

		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span style="margin-right: 10px;">Nunca</span> <span>Algunas vezes por ano</span> <span>Uma vez ou menos por mês</span> <span>Algunas vezes por mês</span> <span>Uma vez por semana</span> <span>Algunas vezes por semana</span> <span>Todos os dias</span> </div>						
		1	2	3	4	5	6	7
1.	No meu trabalho, sinto-me cheia (o) de energia	1	2	3	4	5	6	7
2.	Estou entusiasmada (o) com o meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Estou contente quando estou a trabalhar intensamente.	1	2	3	4	5	6	7
4.	No meu trabalho, sinto-me forte e com vigor.	1	2	3	4	5	6	7
5.	O meu trabalho inspira-me.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Estou imerso no meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Quando acordo de manhã, sinto-me bem por ir trabalhar.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Tenho orgulho no trabalho que faço.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Esqueço-me “do resto” quando estou a trabalhar.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Sinto-me emocionalmente esgotado(a) pelo meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Sinto-me desgastado(a) no fim do dia de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Sinto-me fatigado(a) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Trabalhar durante todo o dia é realmente uma pressão para mim.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Sinto-me esgotado(a) pelo meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Perdi interesse pelo meu trabalho desde que comecei com este emprego.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Perdi entusiasmo pelo meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Quando estou a trabalhar não gosto que me incomodem com outras coisas.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Tornei-me mais reticente em relação à utilidade do meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Duvido do valor e utilidade do meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7

## A sua auto-perceção

Abaixo encontra um conjunto de afirmações que descrevem a forma como pensa sobre si mesmo neste momento.

		Concordo totalmente					
		Concordo					
		Concordo em parte					
		Discordo em parte					
		Discordo					
		Discordo totalmente					
		1	2	3	4	5	6
1.	Sinto-me confiante para apresentar o meu trabalho em reuniões de administração.	1	2	3	4	5	6
2.	Sinto-me confiante em contribuir para o debate relativamente à estratégia da organização.	1	2	3	4	5	6
3.	Sinto-me confiante ao apresentar informação para um grupo de colegas.	1	2	3	4	5	6
4.	Se me encontrar sobrecarregado de trabalho, consigo pensar em várias maneiras para resolver os problemas.	1	2	3	4	5	6
5.	Atualmente, vejo-me como uma pessoa bem-sucedida no trabalho.	1	2	3	4	5	6
6.	Consigo pensar em várias maneiras para atingir os meus objetivos profissionais.	1	2	3	4	5	6
7.	Atualmente, estou a atingir os objetivos profissionais que defini para mim mesmo.	1	2	3	4	5	6
8.	Eu posso trabalhar de forma autónoma se for necessário.	1	2	3	4	5	6
9.	Normalmente levo as coisas stressantes do trabalho muito a sério.	1	2	3	4	5	6
10.	Eu consigo passar por tempos difíceis no trabalho porque já vivi tempos piores anteriormente.	1	2	3	4	5	6
11.	Relativamente ao meu trabalho, procuro sempre o lado positivo das coisas.	1	2	3	4	5	6
12.	Estou otimista com o que me vai acontecer no futuro relativamente à minha situação profissional.	1	2	3	4	5	6