



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Psicologia

Heitor Manoel Frazão Lopes

***Avaliação Cognitiva, Stress Ocupacional e Burnout em Profissionais de
Saúde: Estudo com Enfermeiros***

Orientador: Doutor Rui Gomes

Outubro de 2017

Índice

Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	v
Abstract.....	vi
Introdução.....	7
Método.....	10
Participantes.....	11
Instrumentos.....	11
Procedimento.....	12
Resultados.....	13
Propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação.....	13
Estatísticas descritivas das variáveis em análise.....	14
Análises correlacionais entre as variáveis em análise.....	18
Diferenças em função do sexo nas variáveis psicológicas.....	19
Variáveis preditoras do <i>burnout</i>	20
Discussão.....	26
Referências.....	28

Agradecimentos

É no fim de cada etapa que tendemos a recordar como foi que tudo começou. Assim, o primeiro agradecimento vai para os meus pais, por terem acreditado em mim, desde o meu nascimento até hoje e esse acreditar parece tender para o infinito.

Em segundo lugar, quero agradecer ao Professor Doutor Rui Gomes por me ter dado a conhecer o mundo da investigação, por ter despertado a sede do conhecimento e o desafio de aprender mais! Foi de longe o professor que mais impacto teve na minha formação juntamente com a Professora Ângela Maia, que com a experiência de vida, paixão e conhecimento faziam com que o aprender fosse algo fantástico, sinto saudades vossas!

Em terceiro lugar, à Ordem dos Enfermeiros que demonstrou visão e humildade ao aceitar participar no maior estudo alguma vez realizado Portugal, permitindo-nos conhecer melhor a realidade e as necessidades dos enfermeiros de Portugal. Neste sentido, a nossa missão é e continuará a ser contribuir para uma melhoria efetiva da compreensão e da qualidade de vida destes profissionais de saúde. Por tudo isto, um enorme Obrigado!

Por fim, quero agradecer às pessoas únicas que conheci ao longo do caminho e que ainda fazem parte da minha vida, dando sentido aos meus dias: a Katy, que é como uma irmã mais velha para mim, estiveste lá em todas as fases, sempre disponível de coração aberto e vou recordar para sempre tudo o que vivemos; o Marco, que é como um irmão mais novo que esteve nas fases mistas, entre as risadas, as lágrimas e as ideias arrojadas foste dando cor à vida, mesmo sem saberes!; a Sónia, que surgiu do nada, numa aula de Psicologia da Personalidade, foste uma pessoa muito importante para mim, tens a força de dar a volta e inspiras-me por aquilo que tens vindo a conseguir!; às últimas pessoas que marcaram a minha vida para sempre, a Patrícia e o meu filhote, Lucas, por serem o meu Norte dia após dia e por me obrigarem a ser melhor do que alguma fui, é graças a vocês que estou aqui hoje!

Avaliação Cognitiva, *Stress* Ocupacional e *Burnout* em Profissionais de Saúde: Estudo com Enfermeiros

Resumo

O presente estudo analisa a importância da influência da avaliação cognitiva sobre o *stress* ocupacional e o *burnout* (esgotamento) nos enfermeiros. Participaram nesta investigação 2310 enfermeiros que se encontravam inscritos e em atividade na Ordem dos Enfermeiros de Portugal. Desta amostra, 407 são do sexo masculino (17.7%) e 1895 do sexo feminino (82.3%) com idades compreendidas entre 21 e 66 anos ($M = 33.8$; $DP = 9.4$). Realizou-se através de uma recolha com recurso a questionários *online* entre o dia 10 de Janeiro a 4 de Fevereiro de 2012. Os inquiridos preencheram, inicialmente um questionário sociodemográfico e posteriormente a Escala de Avaliação Cognitiva (EAC), Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde (QSPS) e Inventário de *Burnout* de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos (IBM-PSH). Os resultados demonstraram que a avaliação cognitiva tem um papel importante na explicação do fenómeno de *burnout* assim como os fatores de *stress* ocupacional. Por fim, os resultados evidenciaram a importância da avaliação cognitiva no estudo das perceções dos enfermeiros e a importância de capacitar estes profissionais de forma a promover uma adaptação mais positiva à sua função, sugerindo a necessidade aprofundar e aumentar o conhecimento sobre esta realidade.

Palavras-chave: Avaliação Cognitiva; *Stress* Ocupacional; *Burnout*; Enfermeiros; Saúde.

Cognitive Appraisal, Occupational Stress and Burnout in Health Professionals: Study with Nurses

Abstract

The present study analyzes the importance of the influence of cognitive appraisal on occupational stress and burnout in nurses. A total of 2310 nurses enrolled and active in the Order of Nurses of Portugal participated in this study. Of this sample, 407 were male (17.7%) and 1895 female (82.3%) aged 21-66 years ($M = 33.8$, $SD = 9.4$). The survey was carried out using online questionnaires from January 10 to February 4, 2012. Participants initially filled out a sociodemographic questionnaire and then the Cognitive Evaluation Scale (CES), Stress Questionnaire for Professionals Health (SQPH) and Maslach Burnout Inventory - Human Service Providers (MBI-HSP). The results demonstrated that cognitive evaluation and the occupational stress factors play an important role in explaining the phenomenon of burnout. Finally, the results evidenced the importance of cognitive evaluation in the study of nurses' perceptions and the importance of training these professionals to promote a more positive adaptation to their role, suggesting the need to deepen and increase knowledge about this reality.

Keywords: Cognitive Appraisal; Occupational Stress; Burnout; Nurses; Health.

Introdução

O trabalho é essencial para a sobrevivência, emancipação e realização pessoal do indivíduo. Sendo que o contexto social onde se realiza envolve uma constante atualização de informação, exigindo uma adaptação às mudanças aumentando o desgaste emocional, físico e psicológico dos profissionais que mantêm a nossa sociedade ativa. Neste sentido, devido à sobrecarga que a experiência laboral acarreta, o nível de *stress* aumenta podendo causar comportamentos incomuns e disfuncionais, comprometendo a saúde física e mental dos colaboradores no contexto laboral.

O *stress* ocupacional apresenta consequências negativas que têm impacto na insatisfação/realização, no desinteresse, na desmotivação, exaustão emocional e física. Assim, este impacto conjunto pode dar origem a problemas individuais e institucionais. Ao nível dos problemas individuais podemos reforçar o *burnout* (esgotamento), a depressão, a insatisfação profissional e a fadiga relativamente ao trabalho (Clever, 2002). Por outro lado, os problemas organizacionais focam-se na menor qualidade dos serviços prestados, diminuição do desempenho, aumento do absentismo e diminuição dos lucros num contexto cada vez mais economicista (Ribeiro, Gomes & Silva, 2010).

Neste estudo, o nosso foco é a experiência profissional de *stress* ocupacional dos enfermeiros a exercer a sua atividade em Portugal. Para além de todos os fatores desafiantes associados à interação entre o profissional e o seu contexto laboral, o enfermeiro tem uma profissão exigente, associada a relações interpessoais constituindo assim um risco acrescido de *stress* crónico pois estão constantemente expostos a fatores de risco. Os enfermeiros estão em contacto diário com o sofrimento e a dor quer dos doentes, quer das suas famílias (Batista & Bianchi, 2006).

É agora evidente que os enfermeiros necessitam ser compreendidos ao nível das variáveis pessoais, profissionais e organizacionais com o objetivo de aumentar o nosso conhecimento acerca do efeito sistémico do *stress* ocupacional sobre a sua saúde e rendimento profissional. É de salientar que este efeito sistémico envolve variáveis como *burnout*, visto que a prevalência em enfermeiros é de 50 por cento (Imai *et al.*, 2004).

Como resposta positiva ao *stress* ocupacional e ao *burnout* existem um conjunto de estratégias a um nível individual que podem ser aplicadas de forma a promover uma adaptação positiva. Neste caso, existem estratégias positivas e negativas para lidar com o *stress* (Lazarus & Folkman, 1984). As estratégias em causa compreendem os esforços do indivíduo perante situações avaliadas como ameaçadoras. Assim, alguns tipos de confronto podem ser negativos para o indivíduo na interação com as exigências do trabalho (Lazarus & Folkman, 1984). Logo,

a negação, o desinvestimento mental e os desejos irrealistas são estratégias de confronto associadas a problemas psicológicos, a sintomatologia psicossomática e a problemas na relação entre família e trabalho (Haisch & Meyers, 2004). Por outro lado, a estratégia de resolução de problemas, considerada *coping* proactivo, constitui uma forma mais ajustada e saudável de adaptação às exigências do trabalho (Folkman & Lazarus, 1980).

É vital entender melhor a ligação entre a forma como os enfermeiros avaliam a sua experiência laboral com as fontes de stress e o *burnout*, visto que se sabe muito pouco acerca dos processos específicos de avaliação cognitiva. Sabendo que estes processos de avaliação cognitiva podem influenciar a experiência de *stress* e *burnout*, é com grande ambição que entramos num sector onde podemos criar grande impacto tanto ao nível teórico, pratico e organizacional com a criação de novas politicas e normas laborais. Sabendo que uma tomada de decisão errada pode provocar um agravamento no estado de saúde do paciente ou mesmo a sua morte (Gomes *et al.*, 2009), entende-se a importância e o contributo do estudo dos fatores pessoais e profissionais da atividade dos enfermeiros para uma adaptação mais positiva ao contexto de trabalho (Rutledge *et al.*, 2009). Foi tendo por base estas sugestões da literatura que nos propusemos a investigar a experiência de *stress* ocupacional dos profissionais da ordem dos enfermeiros de Portugal.

De seguida, apresentaremos as principais variáveis em estudo, com uma breve descrição dos principais modelos que lhes estão associados, finalizando com a descrição dos objetivos específicos do presente estudo.

Avaliação Cognitiva, *Stress* e *Burnout*

Segundo Selye (1936), o *stress* representa uma reação do organismo que acontece quando o individuo se depara com situações que exigem adaptações que ultrapassam as suas possibilidades. Dentro da experiência de *stress* podemos identificar quatro categorias de *stressores*: a) acontecimentos biográficos críticos que se definem no tempo e espaço, provocando uma reestruturação profunda da rotina e alterações afetivo-emocionais de longo prazo; b) os traumáticos que apresentam uma intensidade muito elevada e ultrapassam a capacidade adaptativa do individuo, c) os quotidianos que envolvem situações desgastantes do dia-a-dia que se repetem e que criam mal estar no individuo; e d) os crónicos são de longa duração e envolvem repetição dos eventos e/ou situações pontuais.

. O conceito de *stress* refere-se a uma transação entre o individuo e o meio onde decorre a situação de tensão (Frasquilho, 2003a). Logo, o *stress*, é um processo de interação humana, que pode ser consciente e voluntário, ou fisiológico e involuntário, e que acontece quando o

indivíduo é sujeito a estímulos exigentes (Frasquilho, 1996). O resultado desta relação vai depender das características individuais, tais como a personalidade, a inteligência, a avaliação cognitiva, as emoções e os comportamentos (Frasquilho, 2003b). Assim, cada indivíduo tem o seu nível ideal de *stress*, denominado *eustress*, considerado um stress positivo. Porém, se este *stress* permanecer por muito tempo, ou ultrapassar a capacidade de adaptação do indivíduo, passa a considerar-se negativo e denomina-se *distress* (Frasquilho, 2003c).

O *stress* ocupacional acontece quando o indivíduo avalia as exigências do trabalho como excessivas face aos recursos que possui (Lazarus, 1995). Neste caso, reforça o risco para a sua saúde visto que o *distress* está positivamente correlacionado com a exaustão emocional (McManus, Winder, & Gordon, 2002). Sabendo que a exaustão emocional é uma das dimensões de *burnout*, vamos entender melhor o que significa *burnout*. O conceito de *burnout* significa estar esgotado pelo trabalho, e foi introduzido por Freudenberguer em 1974. Mais tarde, Maslach aprofundou e difundiu o conceito. Desta forma, por *burnout* entende-se um processo que leva a uma resposta inadequada a um *stressor* laboral com envolvimento de cariz emocional. Este resultado é crónico e as características principais são o esgotamento, quer físico, quer psicológico, a atitude fria e despersonalizada para os clientes e o sentimento de fracasso em relação ao trabalho (Maslach & Jackson, 1981). O *burnout* pode ser compreendido sob quatro perspetivas, que apesar de distintas acabam por se intersectar (Volpato *et al.*, 2003): (a) a perspetiva clínica, atribui o *burnout* ao empenho excessivo do trabalhador no exercício da sua atividade, com expectativas de sucesso irrealistas (variável pessoal); b) a perspetiva social-psicológica considera que os fatores que determinam o *burnout* são os *stressores* inerentes à atividade profissional desenvolvida; c) a perspetiva organizacional defende que são as características organizacionais que incitam o *burnout*; e, d) a perspetiva social-histórica, defende que o modelo atual de sociedade, assente sobretudo em valores individuais, é o fator primordial de risco de *burnout* aumentado.

O processo que leva ao *burnout* começa na primeira fase de *eustress*. De facto, é a seguir a esta fase de idealismo, entusiasmo e dedicação à profissão que surge a fase da insatisfação, quando as expectativas são defraudadas. Nesta fase, a produtividade laboral diminui com a desilusão, o cinismo, a desmotivação, a fadiga e o pessimismo, entre outros sintomas. É precisamente nesta fase que se considera a existência de *burnout*. Surgem, assim, sintomas como o alheamento face ao trabalho, o desânimo, a irritabilidade, o isolamento e o conflito, entre outros, bem como sinais claros de sofrimento físico e mental. A produtividade laboral vai diminuindo, os erros vão aumentando até ao sentimento de exaustão. Nesta fase, instala-se o evitamento de tudo e de todos os que têm a ver com a profissão.

O presente estudo tem por base o Modelo Transacional de Lazarus (2000). Segundo este, a experiência de *stress* acontece quando um indivíduo avalia a situação como demasiado exigente face aos recursos que tem para lidar com ela (Lazarus & Folkman, 1984). Torna-se então mais pertinente compreender de que forma o indivíduo avalia a situação de *stress* e que significado lhe atribui, do que apenas identificar as fontes de *stress* ou as consequências para o indivíduo. Assim, a transação entre a situação de *stress* e o indivíduo compreende dois processos de avaliação cognitiva: a avaliação primária e a avaliação secundária (Lazarus, 2001). A primeira acontece quando o indivíduo avalia e atribui o seu próprio significado à situação, percebendo até que ponto o seu bem-estar está em causa. Desta análise resulta um sentimento de desafio, no caso de o indivíduo se achar capaz de fazer frente à situação, ou o sentimento de ameaça, no caso de o indivíduo sentir que terá dificuldade em lidar com a situação. Esta avaliação primária, não é, porém, suficiente para perceber o significado atribuído à situação. A avaliação secundária designa o que é que o indivíduo pode fazer para lidar com a situação de *stress*. Assim, nesta fase, o indivíduo analisa os recursos e competências que considera ter para lidar com a situação (Lazarus, 2001). Porém, esta avaliação cognitiva apenas ocorre caso a situação seja avaliada como importante ou com um significado pessoal para o indivíduo (Gomes, 2014).

Como resposta à lacuna encontrada na literatura no que concerne a relação entre as variáveis pessoais, a avaliação cognitiva primária e secundária e *burnout* nos enfermeiros, o presente estudo vem aumentar o conhecimento disponível quer em termos qualitativos, quer quantitativos sendo ao mesmo tempo o maior estudo alguma vez realizado com a Ordem de Enfermeiros de Portugal. Mais do que entender apenas as relações entre variáveis pretendemos entender o papel decisivo da avaliação cognitiva em toda a experiência de stress ocupacional dos enfermeiros portugueses.

De forma a corresponder à ambição de aumentar o conhecimento sobre uma realidade tão importante, visamos atingir os seguintes objetivos:

- (1) Analisar o modo como os profissionais de enfermagem se sentem face ao trabalho, nas dimensões de avaliação cognitiva, *stress* e *burnout*;
- (2) Observar as relações entre a avaliação cognitiva, as fontes de *stress* e o *burnout*;
- (3) Identificar as diferenças nas experiências dos enfermeiros ao nível da avaliação cognitiva, fontes de *stress* e *burnout*;
- (4) Identificar as variáveis que são preditoras da experiência de *burnout*.

Método

Participantes

O estudo, de natureza transversal, baseou-se numa amostra constituída por 2513 enfermeiros que se encontravam inscritos e em atividade na Ordem dos Enfermeiros de Portugal. Desta amostra, 455 são do sexo masculino (18.1%) e 2058 do sexo feminino (81.9%) com idades compreendidas entre 21 e 66 anos ($M=33.7$; $DP=9.5$). Realizou-se através de uma recolha com recurso a questionários *online* entre o dia 10 de Janeiro a 4 de Fevereiro de 2012. De referir que não existiu qualquer transtorno para o funcionamento regular dos serviços na aplicação do protocolo de avaliação, tendo sido garantidos todos os procedimentos éticos na recolha de dados.

Instrumentos

Questionário Demográfico

O questionário pretende recolher informações relativas ao sexo, idade, estado civil, local de trabalho, categoria/posto, situação contratual, trabalho por turnos, unidade de trabalho, experiência profissional em anos, número médio de horas de trabalho por semana, hobbie e prática de exercício.

Escala de Avaliação Cognitiva (EAC)

A escala tem por base o modelo transacional de Lazarus (1991, 1999) e Lazarus e Folkman (1984), procurando representar uma medida da avaliação primária e secundária dos indivíduos face à sua atividade profissional. Na avaliação cognitiva primária, os profissionais indicam a relevância, importância e significado pessoal da atividade profissional (ex.: “O meu trabalho/atividade profissional é fundamental para mim”) e na avaliação cognitiva secundária apontam os recursos que julgam possuir para lidar e resolver os desafios laborais (ex.: “Até que ponto acha que é capaz de lidar e resolver as exigências do seu trabalho?”). Todos os 15 itens são respondidos numa escala de *Likert* de 7 pontos (0 = *Nada importante*; 3 = *Mais ou menos*; 6 = *Muito importante*). Assim, valores mais elevados significam maior avaliação em cada uma das dimensões em análise.

Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde (QSPS)

O questionário foi desenvolvido por Gomes (2010) avaliando o nível global de *stress* na atividade profissional com apenas um item e seis fatores específicos de fontes de *stress* com 25 itens: 1) lidar com clientes (ex.: “Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes”); 2) relações profissionais (ex.: “O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho”); 3) excesso de trabalho (ex.: O excesso de trabalho

e/ou tarefas de carácter burocrático); 4) carreira e remuneração ((ex.:” Falta de perspectivas de progressão na carreira”); 5) ações de formação (ex.:” Falar ou fazer apresentações em público”); e 6) problemas familiares (ex.:” Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares”). Todos os 26 itens são respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos (0 = *Nenhum stress*; 4 = *Elevado stress*). Assim, valores mais elevados estão associados a *stress* mais elevado em cada uma das dimensões em análise.

Inventário de Burnout de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos (IBM-PSH)

O inventário foi desenvolvido com o objetivo de avaliar os níveis de “*burnout*” (esgotamento) evidenciado pelos trabalhadores que prestam serviços de ajuda (ex.: médicos, enfermeiros, psicoterapeutas, assistentes sociais). A adaptação portuguesa foi efetuada a partir dos trabalhos originais de Maslach e Jackson (1986, 1996) por Melo, Gomes e Cruz (1999) e Gomes, Melo e Cruz (2000). Assim sendo, o IBM-PSH é um instrumento de auto registo acerca dos sentimentos relacionados com o trabalho, com 22 itens distribuindo-se por três dimensões: 1) exaustão emocional; 2) despersonalização; e 3) realização pessoal. Em primeiro lugar, a exaustão emocional diz respeito aos sentimentos de sobrecarga de relativos ao trabalho (ex.:” Trabalhar com pessoas todo o dia, constitui realmente uma pressão para mim”). Em segundo lugar, a despersonalização remete para a resposta de indiferença e atitudes face ao trabalho (ex.:” Sinto que trato alguns clientes/utentes como se fossem objetos impessoais”). Por último, a realização pessoal está relacionada com a eficácia pessoal relativamente ao trabalho (ex.:” Neste emprego consegui muitas coisas que valeram a pena”). Todos os itens são respondidos numa escala de *Likert* de 7 pontos (0 = *Nunca*; 6 = *Todos os dias*). Assim, valores mais elevados estão associados a maiores níveis de exaustão emocional, de despersonalização e de realização pessoal.

Procedimento

A realização deste estudo foi possível devido ao cumprimento de três etapas essenciais.

A primeira etapa contemplou os contactos realizados com as instituições alvo de estudo, a negociação dos moldes nos quais o estudo se iria realizar e data de início.

Numa segunda etapa selecionamos a Ordem dos Enfermeiros e procedemos ao contacto formal via *e-mail* com o propósito de demonstrar a importância de realizar um estudo junto da mesma, realçando os benefícios e os ganhos que o mesmo traria para o avanço do conhecimento e de futuras implicações positivas para a prática da enfermagem em Portugal. Após o primeiro

contacto foi enviada uma breve descrição acerca da equipa de investigação do estudo, quais os objetivos, quais os procedimentos e o consentimento informado.

Na terceira etapa o estudo foi autorizado e enviou-se um e-mail com o link do questionário online para o departamento de comunicação da Ordem dos Enfermeiros. Por sua vez, o departamento de comunicação enviou esse mesmo e-mail com o link do questionário via intranet para todos os enfermeiros inscritos e ativos na Ordem dos Enfermeiros no momento da realização do estudo. Entre a data de 10 de janeiro e 4 de fevereiro de 2012, recolheram-se 3005 questionários, sendo que, após o tratamento da respetiva base de dados, procedeu-se á utilização de 2310 questionários para a realização do estudo com uma taxa de aproveitamento de 77% dos mesmos.

Após a comunicação da finalização do estudo e da exportação da base de dados, realizou-se o tratamento e análise de dados, mantendo-se a confidencialidade dos mesmos e utilizando as informações apenas para fins de investigação e divulgação científica.

Resultados

Com o objetivo de realizar o tratamento estatístico dos dados e todas as análises necessárias, foi utilizado o programa informático SPSS (versão 24). De seguida, apresentam-se as descrições de todas as análises efetuadas, assim como os principais resultados obtidos.

Propriedades Psicométricas dos Instrumentos de Avaliação

De modo a garantir a validade e fiabilidade dos resultados apresentados, procedemos à realização da análise fatorial de componentes principais, sem predefinição de número de fatores, através da rotação ortogonal (procedimento *Varimax*), com normalização de Kaiser (“*eigenvalue*” igual ou superior a um) preenchendo os seguintes critérios na definição dos fatores finais: (1) saturação igual ou superior a 0.40 de cada item no fator hipotético; (2) aceitação da solução fatorial final a partir do momento em que explica pelo menos 50% da variância total; (3) coerência entre a solução fatorial e os itens que constituem cada um dos fatores; e (4) constituição de cada fator por pelo menos dois itens (ver Gorusch, 1983).

Devido ao elevado número de instrumentos de avaliação psicológica utilizados, resolvemos criar a Tabela 1 que apresenta um breve sumário dos principais resultados obtidos, os quais passaremos a descrever de seguida. Assim, os valores obtidos no teste de KMO (“*Kaiser-Meyer-Olkin*”) e do teste de esfericidade de *Barlett* indicaram a adequabilidade de todos os instrumentos aplicados (Sharma, 1996). Ao mesmo tempo, os valores de fidelidade

(“*alpha*” de Cronbach) assumiram níveis muito aceitáveis em todas as dimensões dos instrumentos utilizados (Nunnally & Bernstein, 1994).

Tabela 1

Características Psicométricas dos Instrumentos Utilizados

Instrumentos	KMO	Teste Bartlett	<i>p</i>	<i>g.l.</i>	Eigen-value	Variância	Total Itens	“Alpha”
EAC: Av. Cog.	.84	18959,207	<.001	105			15	
Importância					5.30	35.33	3	.91
Ameaça					1.39	9.28	3	.80
Desafio					2.33	15.51	3	.91
Confronto					1.47	9.83	3	.83
Controlo					1.10	7.34	3	.75
EAC-Total							15	
QSPS: Fat. stress	.89	21922.097	<.001	300			25	
Lidar clientes					1.53	6.11	4	.75
Relações prof.					2.63	10.52	5	.79
Excesso trab.					1.45	5.79	4	.82
Carreira remuner					7.78	31.14	5	.86
Ações formação					1.13	4.50	3	.88
Problemas fam.					1.81	7.23	4	.79
QSPS-Total							25	
MBI: Burnout	.90	15005.253	<.001	171			22	
Exaustão emocional					5.80	30.52	7	.90
Despersonalização					1.54	8.09	5	.73
Realização					2.56	13.49	7	.72
MBI-Total							19	

*** $p < .001$

Estatísticas Descritivas das Variáveis em Análise

Nesta etapa vamos observar os principais resultados que nos ajudam a compreender cada elemento em estudo e a ligação entre a avaliação cognitiva, as principais fontes de *stress* e o *burnout* na experiência profissional dos enfermeiros.

Começando por analisar a forma como os enfermeiros avaliam a sua interação com o trabalho (EAC), podemos referir que atribuem elevada importância ($M = 5.43$), apresentam elevado potencial de confronto ($M = 4.84$), moderada perceção de desafio ($M = 4.39$), moderada perceção de controlo ($M = 3.97$) e baixa perceção de ameaça ($M = 2.17$).

Relativamente, à experiência de stress laboral global a grande maioria dos enfermeiros apresentam nível moderado (51%), bastante (29.8%) e elevado (6.4%). Focando as principais fontes de stress por dimensão, podemos identificar carreira e remuneração (2.82), lidar com clientes (2.71) e sobrecarga de trabalho (2.61). Quanto aos fatores do *Burnout*, a dimensão exaustão emocional foi a que representou maior impacto negativo sobre os enfermeiros (2.39). De seguida, apresentamos um breve sumário dos resultados obtidos na Tabela 2.

Tabela 2

Estatísticas Descritivas das Variáveis em Análise

Variáveis	Resultados
EAC: Aval. Cog.	M (D.P.)
Importância	5.43 (.70)
Perceção de ameaça	2.17 (1.30)
Perceção de desafio	4.39 (1.24)
Potencial de confronto	4.84 (0.79)
Perceção de controlo	3.97 (1.10)
Nível Global Stress	n (%)
Nenhum stress	17 (.70)
Pouco stress	278 (12.10)
Moderado stress	1173 (51.00)
Bastante stress	686 (29.80)
Elevado stress	148 (6.40)
QSPS: Fatores stress	M (D.P.)
Carreira e remuneração	2.82 (.83)
Lidar com clientes	2.71 (.74)
Sobrecarga de trabalho	2.61 (.85)
Relações profissionais	2.45 (.81)
Problemas familiares	2.04 (.92)
Ações de formação	1.98 (1.03)
MBI: Burnout	M (D.P.)
Exaustão emocional	2.39 (1.30)
Despersonalização	1.06 (1.01)
Realização	4.51 (.80)

Nesta etapa, realizou-se a análise das correlações entre as variáveis em estudo, recorrendo-se, para o efeito, ao cálculo dos coeficientes de correlação de *Pearson*.

Em relação às correlações das dimensões da avaliação cognitiva, podemos afirmar que a dimensão “Importância” apresentou correlação positiva significativa com avaliação primária, avaliação secundária, lidar com clientes, realização e negativa significativa com exaustão

emocional e despersonalização. Por outro lado, a “Avaliação Primária” apresentou correlação positiva significativa com lidar com clientes, relações profissionais, excesso de trabalho, carreira e remuneração, problemas familiares, exaustão emocional, despersonalização e negativa significativa com avaliação secundária. Finalizando a análise da avaliação cognitiva, a “Avaliação Secundária” apresentou correlação positiva significativa com realização e negativa significativa com lidar com clientes, relações profissionais, excesso de trabalho, carreira e remuneração, ações de formação, problemas familiares, exaustão emocional e despersonalização.

Passando à variável seguinte em estudo, *stress* ocupacional, o fator “Lidar com Clientes” apresentou correlação positiva significativa com relações profissionais, excesso de trabalho, carreira e remuneração, ações de formação, problemas familiares, exaustão emocional e despersonalização. No caso do fator “Relações Profissionais”, apresentou correlação positiva significativa com excesso de trabalho, carreira e remuneração, ações de formação, problemas familiares, exaustão emocional e despersonalização e negativa significativa com realização. No caso do fator “Excesso de Trabalho”, apresentou correlação positiva significativa com carreira e remuneração, ações de formação, problemas familiares, exaustão emocional e despersonalização e negativa significativa com realização. No caso do fator “Carreira e Remuneração” apresentou correlação positiva significativa com ações de formação, problemas familiares, exaustão emocional e despersonalização. No caso do fator “Ações de Formação” apresentou correlação positiva significativa com problemas familiares, exaustão emocional e despersonalização e negativa significativa com realização. No caso do fator “Problemas Familiares” apresentou correlação positiva significativa com exaustão emocional e despersonalização.

Por último, analisamos a correlação entre as dimensões de *burnout* começando por analisar que “Exaustão Emocional” apresentou correlação positiva significativa com despersonalização e negativa significativa com realização. Por fim, a dimensão “Despersonalização” apresentou uma correlação negativa significativa com realização.

Os resultados principais da análise de correlações estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3

Correlações entre Avaliação Cognitiva (EAC), Stress (QSPS), Burnout (IBM) (N = 2310)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Avaliação cognitiva														
1.Importância	-	.23**	.45**	.20**	.23**	.10**	-.02	-.02	-.03	.01	-.01	-.23**	-.19**	.26**
2.Ameaça			-.34**	-.35**	-.33**	.20**	.36**	.35**	.26**	.07**	.18**	.62**	.38**	-.27**
3.Desafio				.22**	.37**	.08**	-.16**	-.12**	-.20**	-.03	-.04	-.37**	-.23**	.32**
4.Confronto					.39**	-.19**	-.16**	-.23**	-.09**	-.18**	-.16**	-.32**	-.27**	.29**
5.Controlo						-.01	-.25**	-.18**	-.16**	-.07**	-.06**	-.34**	-.23**	.30**
Stress ocupacional														
6.Lidar com clientes							.40**	.51**	.30**	.31**	.45**	.25**	.10**	-.02
7.Relações profissionais								.48**	.38**	.21**	.41**	.44**	.21**	-.12**
8.Excesso de trabalho									.41**	.25**	.43**	.51**	.27**	-.15
9.Carreira e remuneração										.11**	.32**	.39**	.20**	-.07**
10.Ações formação											.28**	.11**	.08**	-.13**
11.Problemas familiares												.26**	.15**	-.08**
Burnout														
12.Exaustão emocional													.53**	-.28**
13.Despersonalização														-.30**
14.Realização (baixa)														

* $p < .05$; ** $p < .01$

Diferenças em Função do Sexo nas Variáveis Psicológicas

Ao nível da avaliação cognitiva (EAC) verificaram-se diferenças significativas em função do sexo, onde o sexo feminino apresentou pontuações mais elevadas na importância ($M = 5.77$), na ameaça ($M = 2.20$) e pontuações inferiores no confronto ($M = 4.82$).

No que diz respeito aos fatores de stress (QSPS), verificaram-se igualmente diferenças significativas em função do sexo, onde o sexo feminino apresentou maiores níveis de stress em lidar com clientes ($M = 2.77$), nas relações profissionais ($M = 2.50$), no excesso de trabalho ($M = 2.64$), na carreira e remuneração ($M = 2.84$), nas ações de formação ($M = 2.04$) e nos problemas familiares ($M = 2.06$).

No *burnout* (IBM), verificou-se apenas uma diferença significativa ao nível do sexo, onde o sexo feminino apresenta menores níveis de despersonalização ($M = 1.02$).

Todos estes resultados estão sumarizados na Tabela 4.

Tabela 4

Diferenças em Função do Sexo nas Variáveis Psicológicas

VARIÁVEIS	Masculino	Feminino	<i>g.l.</i>	<i>F</i>
	<i>M (D.P.)</i>	<i>M (D.P.)</i>		
EAC: Avaliação Cognitiva	<i>(n = 407)</i>	<i>(n = 1895)</i>		
Importância	5.34 (.73)	5.77 (.70)	1	8.75**
Ameaça	2.04 (1.29)	2.20 (1.31)	1	4.73**
Desafio	4.41 (1.24)	4.39 (1.24)	1	.16
Confronto	4.93 (.76)	4.82 (.80)	1	6.50**
Controlo	3.95 (1.16)	3.98 (1.1)	1	.17
QSPS: Fatores Stress	<i>(n = 407)</i>	<i>(n = 1895)</i>		
Lidar com clientes	2.43 (.76)	2.77 (.72)	1	71.79***
Relações profissionais	2.23 (.81)	2.50 (.80)	1	36.91***
Excesso de trabalho	2.50 (.89)	2.64 (.83)	1	9.33**
Carreira e remuneração	2.79 (.88)	2.84 (.81)	1	1.00
Ações formação	1.72 (1.01)	2.04 (1.03)	1	31.90***
Problemas familiares	1.92 (.92)	2.06 (.92)	1	8.40**
MBI: Burnout	<i>(n = 407)</i>	<i>(n = 1895)</i>		
Exaustão emocional	2.31 (1.29)	2.41 (1.30)	1	1.68

Despersonalização	1.25 (1.09)	1.02 (.99)	1	17.84***
Realização	4.50 (.82)	4.52 (.79)	1	.21

Diferenças em Função da Unidade de Trabalho nas Variáveis Psicológicas

Neste caso, analisamos as diferenças ao nível da unidade de trabalho/serviço em função da avaliação cognitiva (EAC), *stress* (QSPS) e *burnout* (IBM), dividindo os grupos em 3 (especialidades médicas; especialidades cirúrgicas e urgência/cuidados intensivos). A variável em análise é de elevada importância visto que a literatura tende a apontar para que o *stress* ocupacional e *burnout* seja superior em unidades cirúrgicas e urgências quando comparado com as especialidades médicas em geral.

Ao nível da avaliação cognitiva (EAC) verificaram-se diferenças significativas em função da unidade de trabalho/serviço, observando-se pontuações mais elevadas na perceção de ameaça nas especialidades médicas ($M = 2.26$) e urgência e cuidados intensivos ($M = 2.25$).

No que diz respeito às fontes de stress (QSPS), verificaram-se igualmente diferenças significativas em função da unidade de trabalho/serviço, observando-se pontuações mais elevadas no excesso de trabalho nas especialidades médicas ($M = 2.73$) e nas especialidades cirúrgicas ($M = 2.63$).

No *burnout* (IBM), verificaram-se diferenças significativas em função da unidade de trabalho/serviço, onde apresentou pontuações mais elevadas na despersonalização na urgência e cuidados intensivos ($M = 1.39$) e especialidades médicas ($M = 1.11$). Além disso também se verificaram diferenças ao nível da realização, onde as especialidades cirúrgicas ($M = 4.59$) e a urgência e cuidados intensivos ($M = 4.51$) apresentaram os valores mais elevados.

A Tabela 5 sumariza estes resultados.

Tabela 5

Diferenças em Função da Unidade de Trabalho nas Variáveis Psicológicas

VARIÁVEIS	Especial. Médicas	Especial. Cirúrgicas	Urgência e Cuidados Intensivos	<i>g.l.</i>	<i>F</i>
	<i>M</i> (D.P.)	<i>M</i> (D.P.)	<i>M</i> (D.P.)		
EAC: Avaliação cognitiva	(<i>n</i> = 835)	(<i>n</i> = 232)	(<i>n</i> = 261)		
Importância	5.41 (.70)	5.47 (.70)	5.45 (.66)	2	.93
Ameaça	2.26 (1.30)	2.00 (1.27)	2.25 (1.26)	2	3.68**

Desafio	4.37 (1.23)	4.54 (1.11)	4.45 (1.14)	2	2.26
Confronto	4.79 (.80)	4.85 (.78)	4.87 (.76)	2	1.45
Controlo	3.93 (1.06)	3.91 (1.08)	3.94 (1.13)	2	.05
QSPS: Fatores <i>stress</i>	(<i>n</i> = 835)	(<i>n</i> = 232)	(<i>n</i> = 261)	2	
Lidar com clientes	2.74 (.76)	2.74 (.74)	2.68 (.74)	2	.65
Relações profissionais	2.46 (.80)	2.45 (.82)	2.42 (.81)	2	.16
Excesso de trabalho	2.73 (.83)	2.63 (.89)	2.59 (.88)	2	2.89*
Carreira e remunerações	2.85 (.83)	2.78 (.85)	2.82 (.85)	2	.54
Ações formação	2.00 (1.06)	2.10 (1.05)	1.97 (1.00)	2	1.00
Problemas familiares	2.04 (.92)	2.04 (.95)	2.07 (.90)	2	.11
MBI: <i>Burnout</i>	(<i>n</i> = 835)	(<i>n</i> = 232)	(<i>n</i> = 261)	2	
Exaustão emocional	2.43 (1.31)	2.35 (1.28)	2.51 (1.27)	2	.99
Despersonalização	1.11 (1.01)	.93 (.97)	1.39 (1.13)	2	13.22***
Realização	4.46 (.79)	4.59 (.80)	4.51 (.80)	2	2.75*

Variáveis Predictoras da Experiência de *Burnout*

Nesta última etapa deste estudo, procuramos perceber as variáveis que podem ajudar a explicar a experiência de *burnout*. De forma a atingir este objetivo, selecionamos as variáveis pessoais e laborais com uma relação significativa com o *burnout* e recorremos ao modelo de regressão hierárquica (método “*enter*”), observando-se, em todos os casos, os requisitos ao nível de multicolinearidade e ausência de auto-correlações.

A ordem de entrada das variáveis predictoras foi a seguinte: Bloco 1: Variáveis pessoais – sexo, prática de exercício e hobby. Bloco 2: Dimensões relacionadas com o trabalho – número médio de horas por semana, trabalho por turnos e unidade de trabalho/serviço. Bloco 3: Dimensões *Stress* (QSPS) – lidar com clientes; relações profissionais; excesso de trabalho; carreira e remuneração; ações de formação e problemas familiares. Bloco 4: Avaliação cognitiva (EAC): Avaliação primária (ameaça e desafio). Bloco 5: Avaliação cognitiva (EAC): Avaliação secundária (confronto e controlo).

De forma a garantir que todos os participantes atribuíssem um nível mínimo de importância à sua atividade profissional, procedeu-se à eliminação de oito casos da amostra na variável importância (EAC), visto que os participantes em causa apresentavam pontuações iguais ou inferiores a dois, cumprindo-se assim o “ponto de corte” recomendado (ver Gomes & Teixeira, 2013). No caso específico da predição da dimensão de exaustão emocional (IBM), retiraram-se três *outliers* de forma a preencher os critérios exigidos para a análise em questão.

Começando pela exaustão emocional, no bloco 1 a prática de exercício e hobby demonstraram ser preditores da experiência de exaustão emocional explicando 3% da variância.

No bloco 2, não foram encontradas diferenças significativas entre as variáveis. No bloco 3, as relações profissionais, o excesso de trabalho e a carreira e remuneração demonstraram ser fortes preditores explicando 38% da variância. No bloco 4, a ameaça e o desafio apresentam-se como preditores significativos, aumentando a variância explicada para 55%. No bloco 5, apenas a dimensão de confronto foi preditora da experiência de exaustão emocional adicionando um ponto à variância explicada para um total de 56%. A Tabela 6 sumariza estes resultados.

Tabela 6

Modelos de Regressão para a Exaustão Emocional

BURNOUT: EXAUSTÃO EMOCIONAL					
	<i>R</i>² (<i>R</i>² ajust.)	<i>F</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Bloco 1: Variáveis pessoais	.03 (.02)	11.46			<.001
Sexo			-.02	-.77	>.05
Pratica exercício físico			.08	2.83	<.05
Hobby			.11	3.70	<.001
Bloco 2: Dimensões relacionadas com o trabalho	.03 (.03)	1.97			>.05
Número médio de horas por semana			.05	1.72	>.05
Trabalho por turnos			-.04	-1.44	>.05
Unidade de trabalho			.02	.58	>.05
Bloco 3: Dimensões QSPS	.38 (.37)	.35			<.001
Lidar com clientes			-.03	-1.07	>.05
Relações profissionais			.25	9.14	<.001
Excesso de trabalho			.39	13.51	<.001
Carreira e remunerações			.15	5.68	<.001
Ações formação			-.04	-1.88	>.05
Problemas familiares			-.03	-1.05	>.05
Bloco 4: Dimensões EAC	.55 (.55)	257.27			<.001
Ameaça			.38	17.78	<.001
Desafio			-.16	-7.60	<.001
Bloco 5: Dimensões EAC	.56 (.55)	8.47			<.001
Confronto			-.07	-3.44	<.001

No caso específico da despersonalização (IBM), retiraram-se onze *outliers* de forma a preencher os critérios exigidos para a análise em questão. No bloco 1, o sexo foi preditor da experiência de despersonalização explicando 1% da variância. No bloco 2, o trabalho por turnos e a unidade de trabalho/serviço foram preditores contribuindo para 4% da variância explicada. No bloco 3, lidar com clientes, relações profissionais, excesso de trabalho e carreira e remuneração demonstraram ser fortes preditores, explicando 13% da variância. No bloco 4, a ameaça e o desafio apresentam-se como preditores, elevando a variância explicada para 23%. No bloco 5, apenas a dimensão de confronto foi preditora da experiência de despersonalização, adicionando três pontos percentuais a um total de 26% de total de variância explicada por este modelo. A Tabela 7 sumariza estes resultados.

Tabela 7

Modelos de Regressão para a Despersonalização

BURNOUT: DESPERSONALIZAÇÃO					
	R^2 (R^2 ajust.)	F	β	t	p
Bloco 1: Variáveis pessoais	.01 (1.03)	6.29			<.001
Sexo			-.11	-3.95	<.001
Pratica exercício físico			.04	1.39	>.05
Hobby			.04	1.28	>.05
Bloco 2: Dimensões relacionadas com o trabalho	.04 (1.02)	12.45			<.001
Número médio de horas por semana			.05	1.72	>.05
Trabalho por turnos			-.13	-4.89	<.001
Unidade de trabalho			.09	3.17	<.05
Bloco 3: Dimensões QSPS	.13 (.13)	23.19			<.001
Lidar com clientes			-.07	-2.20	<.05
Relações profissionais			.11	3.50	<.001
Excesso de trabalho			.22	6.48	<.001
Carreira e remunerações			.07	2.26	<.05
Ações formação			.02	.65	>.05

Problemas familiares			.01	.42	>.05
Bloco 4: Dimensões EAC	.23 (.23)	85.82			<.001
Ameaça			.30	10.62	<.001
Desafio			-.10	-3.84	<.05
Bloco 5: Dimensões EAC	.26 (.25)	20.46			<.001
Confronto			-.17	-6.09	<.001
Controlo			.01	.02	>.05

No caso específico da predição da dimensão de realização (IBM), retiraram-se nove *outliers* de forma a preencher os critérios exigidos para a análise em questão. No bloco 1 a prática de exercício foi preditora da experiência de realização, explicando 1% da variância. No bloco 2, nenhuma das variáveis assumiu valores significativos. No bloco 3, lidar com clientes, relações profissionais, excesso de trabalho e ações de formação demonstraram ser fortes preditores explicando 7% da variância. No bloco 4, a ameaça e o desafio apresentaram-se como preditores da variância explicada de 19%. No bloco 5, tanto a dimensão de confronto como a de controlo foram preditoras da experiência de realização adicionando três pontos percentuais a um total de 22% de total de variância explicada por este modelo. A Tabela 8 sumariza estes resultados.

Tabela 8

Modelos de Regressão para a Realização Pessoal

BURNOUT: REALIZAÇÃO					
	R^2 (R^2 ajust.)	F	β	t	p
Bloco 1: Variáveis pessoais	.01 (.01)	6.09			<.001
Sexo			.03	1.18	>.05
Prática exercício físico			-.09	-3.09	<.05
Hobby			-.05	-1.53	>.05
Bloco 2: Dimensões relacionadas com o trabalho	.02 (.02)	2.87			<.05
Nº médio de horas por semana			.05	1.82	>.05
Trabalho por turnos			.05	1.88	>.05

Unidade trabalho serviço			.04	1.46	>.05
Bloco 3: Dimensões QSPS	.07 (.06)	10.69			<.001
Lidar clientes			.13	3.81	<.001
Relações profissionais			-.09	-2.66	<.05
Excesso de trabalho			-.17	-4.65	<.001
Carreira e remunerações			-.01	-.17	>.05
Ações formação			-.10	-3.58	<.001
Problemas familiares			.02	.57	>.05
Bloco 4: Dimensões EAC	.19 (.18)	101.04			<.001
Ameaça			-.20	-6.82	<.001
Desafio			.27	9.61	<.001
Bloco 5: Dimensões EAC	.22 (.21)	23.61			<.001
Confronto			.10	3.64	<.001
Controlo			.13	4.43	<.001

Discussão

No início do presente estudo, propusemo-nos a entender a relação entre as variáveis pessoais dos enfermeiros e a avaliação cognitiva (EAC), *stress* (QSPS) e o *burnout* (IBM). Ao longo deste trajeto conseguimos identificar que os enfermeiros apresentam na sua maioria uma experiência profissional que varia entre *stress* moderado a elevado. Têm como principais fontes de *stress* a carreira e remuneração, lidar com clientes e a sobrecarga no trabalho. Para além disso, apresentam ainda níveis de exaustão emocional significativa, o que nos leva à questão se devemos aceitar estes níveis de exaustão emocional como um sintoma que pode promover *overtraining* e, aumentar a probabilidade de *burnout*, ou simplesmente como uma consequência “inerente” à função de cuidador num contexto muito exigente.

Analisando as correlações obtidas, conseguimos perceber que o facto de os enfermeiros perceberem o seu trabalho como sendo muito importante, é ótimo no sentido em que aumenta o compromisso organizacional, está mais disponível para investir e dar mais de si, cria expectativas positivas de futuro. Ao mesmo tempo, percebemos que essa elevada importância também está correlacionada positivamente com lidar com clientes e realização pessoal e é protetora pois está correlacionada negativamente com exaustão emocional e despersonalização. Ainda ao nível da avaliação cognitiva secundária, vemos um reforço da importância de

confronto e controlo na medida em que apresenta uma correlação negativa significativa com lidar com clientes, relações profissionais, excesso de trabalho, carreira e remuneração, ações de formação, problemas familiares e exaustão emocional. Este resultado reforça o papel protetor da avaliação secundária e, percebemos ao mesmo tempo, que a avaliação primária se correlaciona positivamente com lidar com clientes, relações profissionais, excesso de trabalho, carreira e remuneração, problemas familiares, exaustão emocional e despersonalização. Ou seja, se o indivíduo parar na avaliação primária e não mover recursos de confronto e de aumento de controlo, a probabilidade de experienciar maiores níveis de stress global e fontes de stress específicas aumenta.

Quando centrados no *stress* (QSPS), entendemos que as dimensões com maior nível de tensão, tais como, carreira e remuneração, relações profissionais e excesso de trabalho correlacionam-se positivamente com o aumento de outras fontes de *stress* o que reforça o efeito sistémico da experiência de *stress* ocupacional e reforça a importância da avaliação cognitiva primária e secundária de modo a atenuar os efeitos negativos do processo de adaptação e aumentar os recursos disponíveis para os enfermeiros poderem desempenhar a sua função com mais saúde e menos stress, atuando como uma proteção para prevenir o *burnout*.

No que se concerne ao *burnout*, verificamos que ele se correlaciona positivamente com todas as dimensões do stress laboral (QSPS) e negativamente com a avaliação primária. Este resultado reforça a necessidade de uma leitura multidisciplinar sobre o fenómeno de *burnout*, entendendo que a combinação de estratégias macro (societais e organizacionais) e micro (grupais e individuais) maximiza a mudança sistémica, acelerando a mudança e aumentando a eficácia da mesma!

Relativamente ao impacto das variáveis laborais na experiência de avaliação cognitiva, stress laboral e *burnout* verificamos que o local de trabalho/serviço onde o enfermeiro trabalha afeta de maneira diferente a sua perceção de ameaça, o excesso de trabalho, a despersonalização e a sua realização pessoal. Estes resultados vêm sustentar a literatura que aponta para níveis de maior exaustão emocional nas unidades de emergências.

Por fim, no que refere à capacidade preditiva dos modelos utilizados para o fenómeno de *burnout* verificamos uma força preditiva maior para a exaustão emocional (56%), seguida pela despersonalização (26%) e realização pessoal (22%). Sendo que as variáveis com maior peso foram stress laboral (QSPS) e a avaliação cognitiva (EAC), o que reforça o papel fundamental das intervenções focadas no indivíduo e na criação de um contexto laboral menos ameaçador e mais desafiante.

Estudos futuros devem-se focar em criar uma norma portuguesa relativamente à experiência de *burnout* em profissionais de saúde para que possamos entender o que é “normal” em cada contexto de atuação, permitindo melhores decisões para as chefias e contribuindo também para o avanço da teoria e investigação numa área tão vital para a nossa sociedade.

Referências

- Batista, K. M. & Bianchi, R. F. (2006). Estresse no enfermeiro em uma unidade de emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 534-539.
- Clever, L.H. (2002). Who is sicker: Patients-or residents? Residents' distress and the care of patients. *Annals of Internal Medicine*, 136, 391-393.
- Firth-Cozens, J. & Payne, R. (1999). *Stress in health professionals*. London: Wiley.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). Na analysis of coping in middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50(3), 571-9.
- Frasquilho, M. (1996). *Consenso Gestão do Stress e Prevenção das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: Fundação Portuguesa de Cardiologia, Grupo Português de Intervenção Comunitária na Área do Stress Psicossocial.
- Frasquilho, M. A. (2003a). Viva o *stress* em segurança. *Segurança*, 152, 25-28.
- Frasquilho, M. A. (2003b). Eu sou actor do meu *stress*. *Segurança*, 154, 28-30.
- Frasquilho, M. A. (2003c). De que se fala quando se fala de *stress*. *Segurança*, 153, 25-28.
- Frasquilho, M. A. (2005). Medicina, médicos e pessoas: compreender o stresse para prevenir o *burnout*. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 433-444.
- Freudenberguer, H. J. (1974). Staff *burnout*. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Goldberg, L. & Brenitz, S. (1993). *The handbook of stress: theoretical and clinic aspects*. New York: The Free Press.
- Gomes, A. R. (2014). Positive human functioning in stress situations: An interactive proposal. In A. R. Gomes, R. Resende, & A. Albuquerque (eds.), *Positive human functioning from a multidimensional perspective: Promoting stress adaptation* (Vol. 1, pp. 165-194). New York: Nova Science.

- Gomes, A. R., Cruz, J. F. & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, 307-318.
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor analysis* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Haisch, D. C. & Meyers, L. A. (2004). MMPI-2 assessed post-traumatic stress disorder related to job stress, coping, and personality in police agencies. *Stress and Health*, 20, 223-229.
- Imai, H., Nakao, H., Tsuchiya, M., Kuroda, Y. & Katoh, T. (2004). Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 764-768.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1995). Psychological stress in the workplace. In R. Crandall & P. L. Perrewé (Orgs.), *Occupational stress: a handbook* (pp. 3-14). Washington, USA: Taylor & Francis.
- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55, 665-673.
- Lazarus, R. S. (2001). Relational meaning and discrete emotions. In: Scherer, K.R., Schorr, A. & Johnstone, T. (Org.). *Appraisal processes in emotion*. Oxford University Press.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. In S. Okamp (Ed.), *Applied social psychology annual: Applications in organizational settings* (Vol. 5, pp 133-153). Beverly Hills, CA: Sage.
- Maslach, C. & Leiter, M. (1997). *The truth about burnout*. New York: Jossey-Bass Publishers.
- McManus, I. C., Winder, B. & Gordon, D. (2002). The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of Uk doctors. *Lancet*, 359, 2089-2090.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). (3rd ed.). *Psychometric theory*. New York: McGraw Hill.
- Sharma, S. (1986). *Applied multivariate statistics*. New York: John Wiley.

