



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Ana Carolina Lopes Pereira Machado

Stress, avaliação cognitiva, burnout e comprometimento: Um estudo com profissionais de saúde



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Ana Carolina Lopes Pereira Machado

Stress, avaliação cognitiva, burnout e comprometimento: Um estudo com profissionais de saúde

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob orientação do
Doutor Rui Gomes

outubro de 2013

Nome:

Ana Carolina Lopes Pereira Machado

Endereço electrónico: ana.lp.machado@gmail.com

Número do Bilhete de Identidade: 13719869

Título dissertação

Stress, avaliação cognitiva, *burnout* e comprometimento: Um estudo com profissionais de saúde

Orientador:

Doutor Rui Gomes

Ano de conclusão: 2013

Designação do Mestrado:

Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, 17/10/2013

Assinatura: _____

Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	iv
Abstract.....	v
Introdução.....	6
Método.....	9
Amostra.....	9
Instrumentos.....	9
Procedimento.....	11
Resultados.....	12
Estatísticas Descritivas nas Variáveis em Estudo.....	12
Correlações entre as Variáveis em Estudo.....	14
Diferenças entre os Grupos Profissionais nas Variáveis em Estudo.....	16
Diferenças nas Variáveis em Função da Avaliação Cognitiva Primária e Secundária...18	
Variáveis Predictoras da Experiência de <i>Burnout</i>	21
Variáveis Predictoras do Comprometimento com o Trabalho.....	22
Discussão.....	23
Referências.....	27

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Estatísticas descritivas das variáveis em análise.....	13
Tabela 2 – Correlações entre as variáveis em estudo.....	15
Tabela 3 – Diferenças nas dimensões psicológicas em função da profissão.....	17
Tabela 4 – Diferenças nas dimensões psicológicas em função dos processos de avaliação cognitiva.....	19
Tabela 5 – Modelos de regressão para a predição do <i>burnout</i>	22
Tabela 6 – Modelos de regressão para a predição do comprometimento com o trabalho.....	23

Agradecimentos

Queria agradecer a todas as pessoas que contribuíram para o meu sucesso e para o meu crescimento como pessoa. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

Por isso, quero agradecer especialmente:

Ao meu orientador Doutor Rui Gomes, pelo apoio incondicional, pela paciência, pela exigência, pela sabedoria, pela constante disponibilidade, pela motivação, pelo humor, pelo excelente professor e pessoa que é!

A todos os profissionais de saúde que prontamente se dispuseram a participar neste estudo.

À minha família, em especial às minhas irmãs, avó e mãe, pelo amor incondicional, pela paciência e incentivo nos momentos mais difíceis, pela compreensão, pela ajuda, por terem feito de mim a pessoa que sou hoje. À minha mãe pelo grande esforço ao longo destes cinco anos, por nunca ter deixado que me faltasse nada! Obrigada por tudo!

À minha sobrinha, pela intensidade do seu sorriso que me deu forças para acreditar que tudo é possível.

À Rosa Maria, pelo carinho, amizade e disponibilidade.

A todos os meus amigos, pela amizade, pela intensidade dos momentos ao longo destes cinco anos, pelas conversas inesquecíveis, pela presença, pela partilha, pelo incentivo, por não me deixarem esmorecer.

À Cátia, à Cristina, à Sara, à Bonifácia, à Ritinha e à Catarina, companheiras incondicionais.

Aos meus colegas do grupo de investigação, pelo apoio e conselhos fornecidos.

À Helena, pela ajuda e disponibilidade.

Ao Hatchi, meu companheiro fiel, pelas noitadas, pelos passeios, pela alegria transmitida.

Ao Zé, pelo amor, pela paciência, pelos conselhos, pela calma, por caminhar ao meu lado em todos os momentos.

Stress, avaliação cognitiva, burnout e comprometimento: Um estudo com profissionais de saúde

Resumo: Um dos grupos mais afetados pelo *stress* e suas consequências é o dos profissionais de saúde primários, sendo as alterações organizacionais um dos fatores relevantes. Este estudo transversal e quantitativo analisa o *stress* ocupacional em 107 profissionais (55 enfermeiros, 51.4% e 52 médicos, 48.6%) a trabalhar em Unidades de Saúde Familiar da Região Norte de Portugal. Foram avaliados o *stress*, *burnout*, avaliação cognitiva e comprometimento com o trabalho. Resultados: (a) os médicos referiram maior *stress* face à atividade laboral (44.4%); (b) os enfermeiros atribuíram mais *stress* à carreira e remuneração e os médicos ao excesso de trabalho; (c) 15.1% dos participantes evidenciaram fadiga física; (d) 75.5% dos profissionais revelaram elevado comprometimento profissional; (e) os profissionais que caracterizaram o trabalho como ameaçador, menos desafiante e com menor potencial de confronto, experienciaram maior *stress* e *burnout* e menor comprometimento; (f) mais *stress* e maior percepção de ameaça contribuíram para explicar o *burnout*; (g) uma maior percepção de desafio contribuiu para explicar o comprometimento face ao trabalho.

Palavras-chave: *stress*; avaliação cognitiva; *burnout*; comprometimento com o trabalho.

Stress, cognitive appraisal, burnout and commitment: A study with health-care professionals

Abstract: One of the groups most affected by *stress* and its consequences are the primary health-care professionals, being organizational concerns one of the most relevant factors. This quantitative and transversal study analyzes occupational *stress* in 107 professionals (55 nurses, 51.4% and 52 physicians, 48.6%) of Family Health Units in the north of Portugal. *Stress, burnout, cognitive appraisal, and work commitment* were evaluated in this study. Results: (a) physicians referred higher levels of occupational *stress* (44.4%); (b) nurses indicated more *stress* due to career progression and salary and physicians more *stress* due to work overload; (c) 15.1% of participants evidenced physical fatigue; (d) 75.5% revealed being work committed; (e) the individuals who see their work as threatening, less challenging and with less coping potential referred more *stress* and *burnout* and less work commitment; (f) *burnout* can be explained by higher levels of *stress* and higher threat perception; (g) higher levels of challenge perception contributed to explain work commitment.

Keywords: *stress; cognitive appraisal; burnout; work commitment.*

Introdução

Embora o conceito de *stress* seja, por vezes, utilizado de uma forma arbitrária junto do público em geral, é certo que tem vindo a ganhar cada vez mais interesse junto da comunidade científica (Cooper, Dewe, & O'Driscoll, 2001).

Os enfermeiros e os médicos ocupam reconhecidamente o topo das profissões geradoras de *stress* (Vaz Serra, 2002). Estes profissionais, que mantêm durante muito tempo uma relação de ajuda e interação com os outros, estão mais sujeitos a desenvolver problemas de saúde mental (Baba, Galaperin, & Lituchy, 1999). Para além disso, os médicos relevam maior conflitualidade familiar e divorciam-se vinte vezes mais do que a população geral (Gabbard & Menninger, 1988). Neste sentido, o interesse pelo estudo do *stress* nestes profissionais é justificado pela natureza dos serviços que prestam. Na realidade, e contrariamente a muitas outras profissões, a tomada de decisão é particularmente determinante nesta ocupação laboral, pois a opção por um procedimento de tratamento e/ou ajuda errados pode não só piorar o estado do paciente como, em casos limite, pode levar à sua morte. Assim sendo, este estudo analisa a experiência de *stress* ocupacional nos profissionais de saúde, bem como a relação com outras variáveis psicológicas tais como os processos de avaliação cognitiva, a experiência de *burnout* e o comprometimento face ao trabalho.

Começando pelo *stress* ocupacional, este pode ser entendido como uma resposta adaptativa e necessária, que ajuda na “batalha” pela sobrevivência. No entanto, quando o *stress* é intenso, repetitivo e prolongado determina consequências preocupantes que podem lesar o bem-estar e a saúde do indivíduo (Straub, 2005). Numa análise deste fenómeno nas instituições de saúde, verifica-se que os hospitais e os centros de saúde constituem ambientes de trabalho com características organizacionais normalmente mais associadas ao *stress* (Silva, Queirós, & Rodrigues, 2009). Para além destes contextos serem geradores de *stress*, acresce ainda o facto de termos assistido recentemente a uma reconfiguração dos centros de saúde, passando a ser designados como Unidades de Saúde Familiar (USF). Esta alteração implicou um novo modelo de gestão empresarial autónomo do tipo participativo, com Regulamento Interno e Plano de Ação próprios, onde os profissionais assumem em conjunto estratégias para alcançar metas definidas em grupo. Os dados da investigação têm vindo a demonstrar que as alterações no funcionamento organizacional estão associadas a níveis mais elevados de *stress* (Antón, 2009). Neste sentido, tornava-se relevante perceber se estas mudanças profissionais na atividade laboral destes profissionais estão associadas a uma maior ou menor experiência de *stress* ocupacional.

Uma das possíveis consequências da multiplicidade de exigências laborais é o surgimento do *burnout* (esgotamento). Este problema é frequentemente entendido como um prolongamento do *stress* ocupacional crônico, no qual o trabalhador sente que os seus recursos para lidar com as exigências colocadas pela situação estão esgotados (Maslach & Schaufeli, 1993). De acordo com Shirom e Melamed (2006), o fenómeno de *burnout* deve ser entendido como um estado afetivo caracterizado pela exaustão emocional, fadiga física e fadiga cognitiva. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a síndrome de *burnout* como um dos problemas de saúde mais graves da atualidade, não só pela significativa prevalência do fenómeno em profissionais de saúde, como também pelas repercussões negativas na qualidade dos serviços prestados, na satisfação dos pacientes bem como na adesão ao tratamento (Gaba & Howard, 2002; Williams *et al.*, 2001). Num estudo realizado em Portugal, em 1998, Pinto Leal concluiu que 52.4% dos médicos de família estavam com *burnout*. O problema é mais prevalente nos clínicos gerais, depois nos médicos hospitalares, e sem significado nos clínicos que apenas desempenham funções administrativas.

Neste sentido, neste estudo, para além da experiência de *burnout* analisou-se o comprometimento com o trabalho uma vez que, algumas investigações pressupõem que o vigor e a dedicação (dimensões do comprometimento) são pólos opostos das dimensões do *burnout* tais como exaustão e cinismo, respetivamente (Maslach & Leiter, 1997; Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker, 2002), sendo, por isso, importante o estudo desta variável. O comprometimento com o trabalho é definido como um estado de espírito positivo relacionado com a atividade laboral, caracterizando-se por dedicação (entusiasmo, inspiração, orgulho e desafio face ao trabalho), vigor (níveis de energia e resiliência durante o trabalho) e absorção (experiência de concentração, alegria e absorção no trabalho) (Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker, 2002).

Para além da importância de compreendermos as exigências específicas e os consequentes problemas que afetam estes profissionais de saúde, nomeadamente os níveis de *stress*, *burnout* e o comprometimento face ao trabalho, é importante ter em consideração os fatores que contribuem para desencadear reações mais ou menos positivas aos contextos de trabalho. A este nível, alguns autores têm vindo a realçar o papel fulcral dos processos de avaliação cognitiva na adaptação humana ao *stress* (Gomes, 2011; Moos & Schaefer, 1993). As teorias transacionais baseiam-se nos processos cognitivos e nas reações emocionais que acompanham a interação do indivíduo com o seu meio. A avaliação cognitiva é o processo que atribui significado às transações entre a pessoa e o ambiente, sendo constituída por uma componente primária e uma componente secundária (Folkman & Lazarus, 1986). A avaliação

primária envolve a monitorização contínua da transação da pessoa com o seu ambiente (em termos de exigências, habilidades, competências, constrangimentos e apoio social) focando-se na questão da existência de um problema, cujo reconhecimento é habitualmente acompanhado por emoções desagradáveis e desconforto generalizado. A avaliação secundária implica uma análise mais detalhada das possíveis estratégias para lidar com o problema representando uma parte importante de todo o processo de *stress*. Nesta perspetiva, o *stress* é condicionado pela perceção de que as exigências excedem os recursos (ou aptidões) do indivíduo, pois determina se a experiência final de *stress* será ou não resolvida positivamente pela pessoa. Apesar do vasto leque de estudos realizados no âmbito do *stress* profissional, são poucas as investigações sobre a importância dos processos de avaliação cognitiva na área laboral.

Neste sentido, este estudo analisa a experiência de *stress*, a importância dos processos de avaliação cognitiva na experiência de *stress*, o *burnout* e o comprometimento com o trabalho. A pertinência do estudo prende-se com o reduzido número de investigações no que diz respeito aos processos de avaliação cognitiva, justificando-se igualmente pela escassez de estudos neste novo contexto e modelo de gestão.

O presente estudo procurou responder aos seguintes objetivos:

(a) Identificar a experiência profissional, em termos dos níveis globais de *stress*, dos fatores de *stress*, dos índices de *burnout* e de comprometimento com o trabalho.

(b) Verificar as diferenças entre os médicos e os enfermeiros ao nível do *stress*, *burnout* e comprometimento com o trabalho.

(c) Identificar as diferenças nas dimensões de *stress*, *burnout* e comprometimento profissional em função dos processos de avaliação cognitiva.

(d) Identificar as variáveis preditoras da experiência de *burnout* e de comprometimento com o trabalho.

Método

Amostra

Participaram neste estudo 55 enfermeiros (51.4%) e 52 médicos (48.6%) que trabalhavam em USF's da região norte de Portugal, num total de 107 profissionais de saúde, sendo 85 do sexo feminino (79.4%).

Relativamente aos médicos, a maior parte (65.4%) são do sexo feminino. As idades variaram entre os 27 e os 67 anos de idade ($M = 47.87$; $DP = 11.89$). A maioria dos médicos (94.2%) trabalhava somente em USF. O número médio de horas de trabalho por semana variou entre 35 e 80 horas semanais ($M = 43.80$; $DP = 10.66$). O número de anos de experiência profissional dos médicos nesta área de atividade principal variou entre 1 e 36 anos ($M = 20.34$; $DP = 12.36$).

No que diz respeito aos enfermeiros, a maioria (92.7%) são do sexo feminino. As idades variaram entre os 22 e os 53 anos de idade ($M = 35.01$; $DP = 6.79$). A maioria (98.2%) trabalha somente em USF. No que se refere ao horário de trabalho, a maioria dos enfermeiros (67.3%) refere fazer trabalho por turnos. O número médio de horas de trabalho por semana variou entre 35 e 50 horas semanais ($M = 35.63$; $DP = 2.44$). O número de anos de experiência profissional nesta área de atividade principal variou entre 0 e 38 anos ($M = 12.67$; $DP = 7.67$).

Instrumentos

Foi administrado a todos os participantes, um conjunto de instrumentos destinados a obter informações acerca das variáveis em análise neste estudo. Os valores de fidelidade das subescalas encontradas são apresentados na descrição dos instrumentos.

Questionário demográfico. Este instrumento avaliou variáveis tais como: profissão, sexo, idade, situação profissional e grau académico.

Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS) (Gomes, 2010). O questionário compreende duas partes distintas. Numa fase inicial é proposto aos profissionais a avaliação do nível global de *stress* experienciado na sua atividade, através de um único item (0 = *Nenhum stress*; 4 = *Elevado stress*). Na segunda secção, são indicados 25 itens relativos às potenciais fontes de *stress* associados à atividade profissional. Os itens distribuem-se por 6 subescalas, sendo respondidos numa escala tipo *likert* de 5 pontos (0 = *Nenhum stress*; 4 = *Muito stress*): (a) *lidar com os clientes* (4 itens): sentimentos negativos dos profissionais relacionados com as pessoas a quem prestam os seus serviços ($\alpha = 0.76$); (b) *relações*

profissionais (5 itens): mal-estar dos profissionais inerente aos problemas de relacionamento com os colegas de trabalho e superiores hierárquicos ($\alpha = 0.84$); (c) *excesso de trabalho* (4 itens): excessiva carga de trabalho e máxima exigência de envolvimento dos profissionais para o cumprimento das tarefas estabelecidas ($\alpha = 0.85$); (d) *carreira e remuneração* (5 itens): sentimentos de insegurança relacionados com a situação laboral e carreira profissional, indicando o mal-estar e descontentamento dos profissionais relacionados com o baixo salário ($\alpha = 0.87$); (e) *ações de formação* (3 itens): experiências negativas dos profissionais em situações onde devem conduzir ações de formação ($\alpha = 0.88$); e (f) *problemas familiares* (4 itens): problemas de relacionamento familiar e as dificuldades de conciliação entre a vida profissional e familiar ($\alpha = 0.82$). A pontuação é obtida através da soma dos itens de cada dimensão, dividindo-se os valores encontrados pelo total de itens da subescala respetiva. Assim sendo, valores mais elevados significam maior perceção de *stress* em cada um dos domínios avaliados.

Escala de Avaliação Cognitiva (EAC) (Gomes, 2008). Esta escala tem por base o modelo transacional de Lazarus (1991, 1999; Lazarus & Folkman, 1984). O instrumento analisa a Avaliação Cognitiva Primária (importância e significado pessoal da situação em causa, sendo propostas três subescalas) em 3 dimensões: (a) Importância ($\alpha = 0.87$); (b) Perceção de ameaça ($\alpha = 0.85$); e (c) Perceção de desafio ($\alpha = 0.90$); e a Avaliação Cognitiva Secundária (são avaliados os recursos que a pessoa julga possuir para lidar e resolver essa mesma situação, sendo propostas duas subescalas) em 2 dimensões: (a) Potencial de confronto ($\alpha = 0.81$); e (b) Perceção de controle ($\alpha = 0.69$). Os itens da escala são respondidos numa escala tipo *likert* de 7 pontos (ex.: 0 = *Nada importante*; 3 = *Mais ou menos*; 6 = *Muito importante*). As pontuações mais altas significam valores mais elevados em cada uma das dimensões avaliadas. Os *scores* de cada uma das subescalas são calculados através da soma dos valores dos itens em cada uma das dimensões, dividindo-se depois esse valor pelo número total de itens.

Medida de "Burnout" de Shirom-Melamed (MBSM) (Armon, Shirom, & Melamed, 2006, traduzida e adaptada por Gomes, 2012). Este instrumento foi desenvolvido com o objetivo de avaliar os níveis de *burnout* (esgotamento) no trabalho em 3 dimensões: (a) Fadiga física (sentimentos de cansaço físico face ao trabalho, traduzindo-se por uma diminuição da energia física, $\alpha = 0.94$); (b) Fadiga cognitiva (sentimentos de desgaste cognitivo face ao trabalho, traduzindo-se por uma diminuição da capacidade de pensamento e concentração, $\alpha = 0.97$); e (c) Exaustão emocional (sentimentos de cansaço emocional face ao relacionamento com os outros, traduzindo-se pela diminuição da cordialidade e sensibilidade

face às necessidades das outras pessoas, $\alpha = 0.86$). O instrumento é constituído por 14 itens respondidos numa escala tipo *likert* de 7 pontos (1 = *Nunca*; 7 = *Sempre*). A pontuação é obtida através da soma dos itens de cada subescala, dividindo-se depois o resultado final pelo número de itens correspondentes. Assim sendo, valores mais elevados significam maiores níveis de fadiga física, exaustão emocional e fadiga cognitiva. Elevados níveis de *burnout* estão associados a elevados *scores* de fadiga física, exaustão emocional e fadiga cognitiva. Dado o fato do instrumento avaliar o esgotamento dos recursos energéticos do indivíduo a diferentes níveis, é possível calcular um *score* total resultante da soma dos valores obtidos nas três subescalas, efetuando-se depois a divisão por três (α total = 0.95).

Escala de Comprometimento face ao Trabalho (ECT) (Schaufeli & Bakker, 2004, traduzida e adaptada por Simões & Gomes, 2012). A escala avalia o perfil de comprometimento dos sujeitos face ao seu trabalho e está dividido em três subescalas: (a) Vigor ($\alpha = 0.78$); (b) Dedicção ($\alpha = 0.88$); e (c) Absorção ($\alpha = 0.82$). Os itens são respondidos numa escala tipo *likert* de 7 pontos (0 = *Nunca*; a 6 = *Sempre/Todos os dias*), sendo possível obter um *score* total resultante da soma das pontuações obtidas e respetiva divisão pelo número de itens, para cada dimensão e escala total. Para este estudo foi aplicada a versão geral com 17 itens (α total = 0.92).

Procedimento

A investigação iniciou-se com o pedido de autorização aos coordenadores das respetivas USF, explicando-se as metas do estudo e os procedimentos a levar a cabo na recolha, tratamento e divulgação dos dados. Iniciou-se o trabalho de campo após a apreciação dos pedidos. Posteriormente distribuiu-se o protocolo de avaliação que incluía, anexa, uma carta de apresentação, dirigida aos participantes, acerca das metas e implicações da investigação, assegurando-se o carácter voluntário da participação. No sentido de garantir a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, foi fornecido a todos os inquiridos um envelope no qual introduziam o questionário preenchido, que deveria ser posteriormente devolvido, devidamente fechado. Em cada local de trabalho foi colocado uma urna devidamente selada onde foram depositados os questionários. A abertura dos envelopes contendo os questionários recebidos foi sempre da única e exclusiva responsabilidade do grupo de investigadores deste estudo, de forma a garantir a confidencialidade dos dados. O protocolo foi distribuído por 160 profissionais de saúde a trabalhar em USF, tendo sido

recebidos 107 questionários de enfermeiros, representando uma taxa de retorno e adesão de 67%.

Resultados

O tratamento e a análise estatística dos dados foram efetuados no programa SPSS (versão 20 para Windows) e inclui vários procedimentos que serão explicados no decorrer desta secção do trabalho.

Estatísticas Descritivas das Variáveis em Estudo

Procedemos à análise dos níveis globais de *stress* que os profissionais de saúde experienciaram, geralmente, no exercício da sua atividade profissional. Posteriormente realizou-se a mesma análise individualmente para cada classe profissional. Tal como podemos verificar na Tabela 1, é de salientar que 36.9% dos profissionais de saúde referiram um índice moderado de *stress* associado à sua profissão e 41.5% descreveram a sua atividade como muito stressante (elevado *stress* resultou da junção dos valores “bastante” e “elevado” *stress* da escala *likert*). No sentido de permitir uma análise geral dos valores médios das variáveis em comparação para ambos os grupos, a Tabela 1 apresenta as estatísticas descritivas em todos os instrumentos aplicados.

No que concerne aos fatores que poderão contribuir para esta situação, podemos verificar que os principais fatores de *stress* destes profissionais foram lidar com os clientes, excesso de trabalho, carreira e remuneração e ações de formação.

Relativamente ao *burnout*, assumiu-se o valor 5 (*algumas vezes por mês*) como ponto de corte na escala de *likert* para indicar níveis elevados de *burnout*. Como podemos observar na Tabela 1, os profissionais de saúde evidenciaram problemas essencialmente ao nível da subescala de *burnout* fadiga física (15.1%), seguida da subescala exaustão emocional (0.9%).

No que respeita ao comprometimento com o trabalho, adotou-se o valor 4 (“frequentemente, uma vez por semana”) como ponto de corte na escala de *likert* para indicar elevados níveis de comprometimento, sendo que 58 profissionais relataram valores iguais ou superiores a 4 concomitantemente nas três subescalas. Das três dimensões do comprometimento, a dedicação apresentou os valores mais elevados (82.1%), seguindo-se o vigor (62.3%) e, por último, a absorção (61.3%). Foram os médicos que assumiram valores

mais elevados de comprometimento total (76.9%), sendo que os enfermeiros apenas evidenciaram valores mais elevados na subescala vigor (63%).

Tabela 1

Estatísticas descritivas das variáveis em análise

	Amostra total	Enfermeiros	Médicos
QSPS: Nível global de <i>stress</i>	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Pouco <i>stress</i>	14 (21.5)	8 (21)	6 (22.2)
Moderado <i>stress</i>	24 (36.9)	15 (39.5)	9 (33.3)
Elevado <i>stress</i>	27 (41.5)	15 (39.5)	12 (44.4)
QSPS: Fatores de <i>stress</i>	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)
Lidar com clientes	2.49 (0.69)	2.44 (0.68)	2.54 (0.70)
Relações profissionais	1.95 (0.83)	2.04 (0.81)	1.86 (0.85)
Excesso de trabalho	2.40 (0.82)	2.24 (0.88)	2.58 (0.73)
Carreira e remuneração	2.31 (0.92)	2.63 (0.78)	1.97 (0.94)
Ações de formação	2.34 (0.98)	2.36 (0.94)	2.31 (1.03)
Problemas familiares	1.89 (0.94)	1.85 (0.88)	1.94 (1.01)
MBSM: Total	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
	1 (0.9)	0	1 (1.9)
MBSM: Níveis de <i>burnout</i>	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Fadiga física	19 (15.1)	9 (7.4)	10 (13.5)
Fadiga cognitiva	0	0	0
Exaustão emocional	2 (0.9)	0	2 (1.9)
ECT: Total	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
	82 (75.5)	40 (70.4)	42 (76.9)
ECT: Níveis de comprometimento	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Vigor	74 (62.3)	40 (63)	34 (61.5)
Dedicação	91 (82.1)	43 (77.8)	48 (86.5)
Absorção	72 (61.3)	35 (59.3)	37 (63.5)

Correlações entre as Variáveis em Estudo

Foram analisadas as correlações existentes entre todas as variáveis em estudo. Para isso, procedeu-se ao cálculo dos coeficientes de correlação de *Pearson* (ver Tabela 2).

Em primeiro lugar, verificou-se uma associação significativa positiva entre todos os fatores de *stress*, exceto entre a subescala ações de formação e a carreira e remuneração.

Nas dimensões da EAC, ao nível da percepção de ameaça averiguou-se a existência de associação significativa positiva com todas as dimensões do *stress*. Em relação à percepção de desafio, não se verificaram associações com os fatores de *stress*. De igual modo não foi encontrada qualquer associação entre a percepção de controle e os fatores de *stress*. Ao nível do potencial de confronto, verificaram-se associações significativas negativas com as subescalas do *stress* lidar com clientes, relações profissionais, excesso de trabalho e problemas familiares.

Quanto ao *burnout*, observou-se uma associação significativa positiva entre a subescala fadiga física e todas as dimensões do *stress*, exceto a subescala ações de formação. Relativamente à dimensão do *burnout* fadiga cognitiva, verificou-se a existência de associação significativa positiva com todas as subescalas do *stress*. A subescala exaustão emocional associou-se positivamente a todas as dimensões do *stress*, exceto à subescala ações de formação.

No que se refere ao comprometimento com o trabalho, verificamos uma associação significativa negativa entre a dimensão vigor e as subescalas do *stress* lidar com clientes, relações profissionais e excesso de trabalho. As restantes correlações podem ser observadas na Tabela 2.

Tabela 2

Correlações entre as variáveis em estudo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
QSPS: Subescalas																
1. Lidar c/ clientes	--															
2. Relações prof.	.62***	--														
3. Excesso trabalho	.58***	.49***	--													
4. Carreira e rem.	.28**	.47***	.32**	--												
5. Ações formação	.46***	.34***	.29**	.12	--											
6. Problemas famil.	.55***	.69***	.52***	.43***	.35***	--										
EAC: Subescalas																
7. Percepção ameaça	.45***	.52***	.46***	.33**	.27**	.45***	--									
8. Percepção desafio	.02	-.02	-.11	.15	-.04	-.01	-.28**	--								
9. Potencial confronto	-.30**	-.27**	-.27**	.07	-.19	-.19*	-.26**	.16	--							
10. Percepção controle	-.12	-.13	-.06	.10	-.17	-.09	-.16	.37***	.32**	--						
MBSM: Subescalas																
11. Fadiga física	.38***	.39***	.63***	.38***	.10	.39***	.48***	-.13	-.13	.09	--					
12. Fadiga cognitiva	.57***	.84***	.47***	.65***	.22*	.75***	.55***	-.02	-.17	-.11	.43**	--				
13. Exaustão emoc.	.26**	.43***	.38***	.28**	.14	.44***	.53***	.03	-.17	-.12	.50***	.42***	--			
ECT: Subescalas																
14. Vigor	-.21*	-.25*	-.32**	-.07	-.12	-.15	-.34**	.55***	.35***	.19	-.33***	-.17	-.07	--		
15. Dedicção	-.03	-.08	-.11	.10	.01	-.06	-.26**	.62***	.16	.28**	-.09	-.01	-.06	.69***	--	
16. Absorção	.16	.04	.03	.01	.16	.10	-.02	.44***	.04	.20*	.05	.07	.07	.62***	.69***	--

* $p < .05$; $p < .01$; *** $p < .001$

Diferenças entre os Grupos Profissionais nas Variáveis em Estudo

Num segundo conjunto de análises, analisamos as diferenças entre os grupos profissionais (enfermeiros e médicos) nos fatores de *stress*, *burnout* e comprometimento com o trabalho (ver Tabela 3).

Antes de apresentarmos os resultados nos dois grupos em comparação, devemos salientar que efetuamos uma análise exploratória aos dados, de modo a observar os pressupostos de aplicação dos testes paramétricos. Neste sentido, para todas as análises realizadas testamos as diferenças utilizando os testes paramétricos e não paramétricos correspondentes. Sempre que os pressupostos da normalidade não estavam garantidos, foram aplicados os dois tipos de testes, assumindo-se significância estatística sempre que ambos coincidiam nos resultados, seguindo-se assim as indicações de Fife Schaw (2006). De um modo geral, os resultados comparativos foram similares, o que nos levaram a decidir pela apresentação dos resultados dos testes paramétricos, uma vez que estes são mais robustos e nos permitem a utilização de análises multivariadas, que têm como vantagem a redução do número de testes a executar, diminuindo assim a probabilidade do erro Tipo 1. Assim sendo, foram realizadas análises comparativas para grupos independentes (“*t-test*” para amostras independentes) nos instrumentos unidimensionais e análises multivariadas (MANOVA) nos instrumentos multifatoriais.

Começando pelos fatores de *stress* do QSPS, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos profissionais (Wilks’ $\lambda = .72$, $F(6, 96) = 6.09$, $p < .001$, $\eta^2 = .28$). Os resultados univariados apontaram diferenças nas subescalas excesso de trabalho e carreira e remuneração. De acordo com os valores médios, verificou-se que os enfermeiros atribuíram valores mais elevados para a subescala carreira e remuneração e os médicos para a subescala excesso de trabalho.

Tabela 3

Diferenças nas dimensões psicológicas em função da profissão

VARIÁVEL	Enfermeiros		Médicos		<i>F</i> (<i>g.l.</i>)	
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	(<i>n</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)	(<i>n</i>)		
QSPS: Subescalas					(1, 101)	
Lidar com clientes	2.44 (0.68)	55	2.55 (0.72)	48	0.73 n.s.	
Relações profissionais	2.04 (0.81)	55	1.93 (0.81)	48	0.51 n.s.	
Excesso de trabalho	2.24 (0.88)	55	2.59 (0.72)	48	4.82*	
Carreira e remuneração	2.63 (0.78)	55	2.00 (0.95)	48	13.88***	
Ações de formação	2.36 (0.94)	55	2.30 (1.05)	48	0.09 n.s.	
Problemas familiares	1.85 (0.88)	55	1.98 (1.01)	48	0.42 n.s.	
MBSM: Subescalas					(1, 104)	
Fadiga física	3.52 (1.27)	54	3.61 (1.47)	52	0.10 n.s.	
Fadiga cognitiva	2.08 (0.72)	54	1.84 (0.78)	52	2.61 n.s.	
Exaustão emocional	1.81 (0.90)	54	2.04 (1.17)	52	1.36 n.s.	
ECT: Subescalas					(1, 104)	
Vigor	4.32 (0.68)	54	4.33 (0.75)	52	0.01 n.s.	
Dedicação	4.70 (0.86)	54	4.80 (0.70)	52	0.43 n.s.	
Absorção	4.23 (0.86)	54	4.38 (0.84)	52	0.75 n.s.	
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	(<i>n</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)	(<i>n</i>)	<i>t</i>	(<i>df</i>)
MBSM: Total	2.48 (0.74)	55	2.50 (0.95)	52	- 0.14 n.s.	(105)
ECT: Total	4.42 (0.71)	54	4.50 (0.67)	52	- 0.63 n.s.	(104)

n.s. – não significativo; * $p < .05$; *** $p < .001$

Diferenças nas Variáveis em Função da Avaliação Cognitiva Primária e Secundária

Neste conjunto de análises, foi do nosso interesse averiguar a existência de diferenças ao nível do *stress*, *burnout* e comprometimento profissional (variáveis dependentes), em função da avaliação cognitiva primária e secundária destes profissionais (variáveis independentes).

Dado que o processo de confronto com o *stress* está dependente da importância atribuída pela pessoa a cada situação concreta (Lazarus, 1999), não faria sentido realizarmos comparações entre a avaliação cognitiva primária e secundária sem que os participantes conferissem importância ao seu trabalho. Como tal, atribui-se um ponto de corte igual ou superior a dois na escala de *likert* para a dimensão importância. Considerando este valor, não houve necessidade de excluir qualquer participante das análises. Os procedimentos de análise foram idênticos aos da secção anterior, sendo que todos os resultados podem ser observados na Tabela 4.

Começando pela percepção de ameaça, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos ao nível das dimensões do *stress* (Wilks' $\lambda = .53$, $F(6, 34) = 5.01$, $p < .01$, $\eta^2 = .47$). Profissionais com maior percepção de ameaça evidenciaram maior *burnout* e menor comprometimento face ao trabalho.

Na comparação em função da percepção de desafio, não se verificaram diferenças ao nível do *stress* nem ao nível do *burnout*. Relativamente ao comprometimento, foram verificadas diferenças entre os grupos, sendo que os profissionais que percecionaram a sua atividade como muito desafiante demonstraram mais comprometimento face ao trabalho.

No que se refere ao potencial de confronto, observaram-se diferenças entre os grupos ao nível do *stress* (Wilks' $\lambda = .82$, $F(6, 64) = 2.39$, $p < .05$, $\eta^2 = .18$). Os profissionais que referiram níveis mais baixos de confronto relataram maiores níveis de *stress* nas dimensões lidar com clientes, relações profissionais e excesso de trabalho. Não foram encontradas diferenças ao nível do *burnout* e do comprometimento (ver Tabela 4).

Em relação à percepção de controle, não foram observadas diferenças entre os grupos face ao *stress*, *burnout* e comprometimento.

Tabela 4

Diferenças nas dimensões psicológicas em função dos processos de avaliação cognitiva

VARIÁVEL	Baixa ameaça		Alta ameaça		F (1, 39)	
	M (DP)	(n)	M (DP)	(n)		
QSPS: Subescalas						
Lidar com clientes	2.09 (0.84)	21	3.02 (0.56)	20	17.09***	
Relações profissionais	1.54 (0.68)	21	2.67 (0.74)	20	26***	
Excesso de trabalho	1.74 (0.87)	21	2.93 (0.59)	20	25.94***	
Carreira e remuneração	1.99 (1.05)	21	2.77 (0.84)	20	6.78*	
Ações de formação	2.19 (1.05)	21	2.80 (0.71)	20	4.67 *	
Problemas familiares	1.47 (1.03)	21	2.50 (0.91)	20	11.57**	
	M (DP)	(n)	M (DP)	(n)	t	(df)
MBSM: Total	1.78 (0.52)	23	3.29 (0.81)	20	-7.38***	(41)
ECT: Total	4.78 (0.55)	23	4.18 (0.75)	20	3.02**	(41)
<hr/>						
	Baixo desafio		Alto desafio		F (1, 42)	
	M (DP)	(n)	M (DP)	(n)		
QSPS: Subescalas						
Lidar com clientes	2.46 (0.63)	20	2.45 (0.98)	24	0.00 n.s.	
Relações profissionais	2.10 (0.84)	20	1.94 (1.01)	24	0.30 n.s.	
Excesso de trabalho	2.49 (0.70)	20	2.29 (1.08)	24	0.48 n.s.	
Carreira e remuneração	2.14 (0.88)	20	2.49 (1.18)	24	1.21 n.s.	
Ações de formação	2.38 (1.11)	20	2.18 (1.05)	24	0.38 n.s.	
Problemas familiares	1.89 (0.98)	20	1.85 (1.13)	24	0.01 n.s.	
	M (DP)	(n)	M (DP)	(n)	t	(df)
MBSM: Total	2.58 (0.78)	21	2.41 (1.17)	26	0.56 n.s.	(45)
ECT: Total	3.87 (0.61)	21	4.96 (0.55)	26	- 6.35***	(44)

n.s. – não significativo; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabela 4 (continuação)

Diferenças nas dimensões psicológicas em função dos processos de avaliação cognitiva

VARIÁVEL	Baixo confronto		Alto confronto		<i>F</i> (1, 69)	
	<i>M</i> (DP)	(<i>n</i>)	<i>M</i> (DP)	(<i>n</i>)		
QSPS: Subescalas						
Lidar com clientes	2.83 (0.63)	17	2.33 (0.72)	54	6.60*	
Relações profissionais	2.38 (0.69)	17	1.84 (0.90)	54	5.12*	
Excesso de trabalho	2.78 (0.72)	17	2.27 (0.93)	54	4.26*	
Carreira e remuneração	2.08 (1.16)	17	2.39 (0.95)	54	1.23 n.s.	
Ações de formação	2.76 (0.95)	17	2.22 (1.07)	54	3.48 n.s.	
Problemas familiares	2.24 (1.10)	17	1.79 (0.94)	54	2.65 n.s.	
	<i>M</i> (DP)	(<i>n</i>)	<i>M</i> (DP)	(<i>n</i>)	<i>t</i>	(<i>df</i>)
MBSM: Total	2.60 (0.97)	18	2.37 (0.91)	55	0.94 n.s.	(71)
ECT: Total	4.45 (0.61)	18	4.54 (0.75)	54	- 0.45 n.s.	(70)
<hr/>						
VARIÁVEL	Baixo controle		Alto controle		<i>F</i> (1, 50)	
	<i>M</i> (DP)	(<i>n</i>)	<i>M</i> (DP)	(<i>n</i>)		
QSPS: Subescalas						
Lidar com clientes	2.61 (0.70)	31	2.38 (0.73)	21	1.32 n.s.	
Relações profissionais	2.15 (0.79)	31	1.87 (0.81)	21	1.58 n.s.	
Excesso de trabalho	2.41 (0.79)	31	2.40 (0.82)	21	0.00 n.s.	
Carreira e remuneração	2.31 (0.86)	31	2.58 (0.97)	21	1.11 n.s.	
Ações de formação	2.57 (0.97)	31	2.10 (0.94)	21	3.06 n.s.	
Problemas familiares	1.97 (0.97)	31	1.63 (0.88)	21	1.68 n.s.	
	<i>M</i> (DP)	(<i>n</i>)	<i>M</i> (DP)	(<i>n</i>)	<i>t</i>	(<i>df</i>)
MBSM: Total	2.48 (0.93)	33	2.40 (0.88)	22	0.32 n.s.	(53)
ECT: Total	4.27 (0.74)	33	4.58 (0.80)	21	- 1.46 n.s.	(52)

n.s. – não significativo; * $p < .05$

Variáveis Predictoras da Experiência de *Burnout*

Nesta última fase, realizamos uma análise das variáveis predictoras do *burnout*, valor total. Assim, efetuamos análises de regressão hierárquica (método “enter”), observando também alguns indicadores de multicolineariedade (índices de Tolerância-IT, “Variance Inflation Fator”-VIF e “Condition Index”-CI) e ausência de autocorrelações (“Durbin – Watson” – DW), constatando-se em geral a ausência destes problemas no modelo testado. Deste modo, foram constituídos três blocos de variáveis predictoras; (a) dimensões de *stress*; (b) avaliação cognitiva primária (ameaça e desafio); e (c) avaliação cognitiva secundária (confronto e controle).

Tal como podemos observar na Tabela 5, foram encontradas como variáveis predictoras do *burnout* três dimensões de *stress* que explicaram 63% da variância associada ao *burnout*. Deste modo, a tendência para experienciar *burnout* foi predita por níveis superiores de *stress* associados às relações profissionais, ao excesso de trabalho e à carreira e remuneração.

No segundo bloco, foi introduzida a variável avaliação primária da escala de avaliação cognitiva, que se revelou significativa passando o modelo a explicar 68% da variância. Assim, o *burnout* foi predito por maior percepção de ameaça.

No terceiro bloco foi introduzida a variável avaliação cognitiva secundária, sendo que nenhuma das suas dimensões foi preditora do *burnout*.

Tabela 5

Modelos de regressão para a predição do *burnout*

PREDIÇÃO DO <i>BURNOUT</i>				
	<i>R</i> ² (<i>R</i> ² ajust.)	<i>F</i> (<i>g.l.</i>)	<i>β</i>	<i>t</i>
Bloco 1: Dimensões do <i>stress</i>				
QSPS: Lidar com clientes			-.03	-.37 n.s.
QSPS: Relações profissionais	.79 (.63)	25.96*** (6, 93)	.27	2.77**
QSPS: Excesso de trabalho			.43	5.30***
QSPS: Carreira e remuneração			.20	2.75**
QSPS: Ações de formação			-.05	-.70 n.s.
QSPS: Problemas familiares			.14	1.52 n.s.
Bloco 2: EAC: Avaliação Primária				
EAC: Ameaça	.83 (.68)	24.36*** (8, 91)	.31	3.98***
EAC: Desafio			.08	1.22 n.s.
Bloco 3: EAC: Avaliação Secundária				
EAC: Confronto	.83 (.68)	19.10*** (10, 89)	-.02	-.32 n.s.
EAC: Controle			.02	.25 n.s.

n.s. – não significativo; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Variáveis Predictoras do Comprometimento com o Trabalho

Realizamos uma análise das variáveis predictoras do ECT: Total. Assim sendo, foram constituídos três blocos de variáveis predictoras; (a) dimensões de *stress*; (b) avaliação cognitiva primária (ameaça e desafio) e (c) avaliação cognitiva secundária (confronto e controle).

Tal como podemos observar na Tabela 6, não houve dimensões do *stress* predictoras do comprometimento. Deste modo, passamos para o segundo bloco, onde foi introduzida a variável avaliação primária da escala de avaliação cognitiva, que se revelou significativa passando o modelo a explicar 38% da variância. Assim, o comprometimento foi predito por maior percepção de desafio.

No terceiro bloco foram introduzidas as variáveis da escala de avaliação cognitiva secundária que não foram preditoras do comprometimento.

Tabela 6

Modelos de regressão para a predição do comprometimento com o trabalho

PREDIÇÃO DO COMPROMETIMENTO COM O TRABALHO				
	R^2 (R^2 ajust.)	$F(g.l.)$	β	t
Bloco 1: Dimensões do stress				
QSPS: Lidar com clientes			.13	.89 n.s.
QSPS: Relações profissionais			-.20	-1.26 n.s.
QSPS: Excesso de trabalho	.23 (.05)	.86 n.s. (6, 92)	-.23	- 1.75 n.s.
QSPS: Carreira e remuneração			.08	.66 n.s.
QSPS: Ações de formação			.04	.30 n.s.
QSPS: Problemas familiares			.11	.74 n.s.
Bloco 2: EAC: Avaliação Primária				
EAC: Ameaça	.62 (.38)	7.00*** (8, 90)	-.02	-.21 n.s.
EAC: Desafio			.59	6.53***
Bloco 3: EAC: Avaliação Secundária				
EAC: Confronto	.63 (.40)	5.75*** (10, 88)	.12	1.24 n.s.
EAC: Controle			.01	.07 n.s.

n.s. – não significativo; *** $p < .001$

Discussão

O trabalho dos profissionais de saúde é habitualmente descrito na literatura como muito stressante, devido a um conjunto alargado de aspetos, tais como horários longos de trabalho, o excesso de trabalho, as pressões de tempo, os hábitos deficitários de sono, as elevadas expectativas de rendimento que tornam a margem de erro mínima, entre outros (Firth-Cozens, 2009; Lee & Wang, 2002; Thomas, 2004). De uma forma geral, este estudo confirmou estes dados com 41.5% de *stress* elevado nestes profissionais.

Considerando todas as análises realizadas, este estudo verificou a experiência profissional dos participantes ao nível do *stress*, *burnout* e comprometimento, além disso, foram observadas as diferenças entre os médicos e os enfermeiros ao nível destas variáveis. De seguida, foi observada a importância dos processos de avaliação cognitiva na experiência de *stress*, *burnout* e comprometimento e, por último, testaram-se as variáveis preditoras do *burnout* e do comprometimento.

No que diz respeito à experiência profissional dos participantes nas variáveis em estudo, alguns aspetos merecem realce. Assim, no nível global de *stress* pudemos averiguar que 36.6% dos profissionais de saúde referiram um índice moderado de *stress* associado à sua profissão e 41.5% descreveram a sua atividade como muito stressante, o que vai de encontro a outros estudos realizados em Portugal, seja com psicólogos (Gomes, Melo, & Cruz, 2000), seja com professores (Cruz & Freitas, 1988; Cruz & Mesquita, 1988; Gomes, Silva, Mourisco, Mota, & Montenegro, 2006; Pinto, 2000). Verificou-se que a classe médica atribuiu os valores mais elevados de *stress* face à atividade laboral (44.4%). Este valor situou-se acima de outros estudos internacionais, que apontam índices na ordem dos 30% (Firth-Cozens, 2009). No que concerne à enfermagem, os indicadores de elevado *stress* (39.5%) situaram-se bastante abaixo dos encontrados por um grupo de investigadores suecos, que mostraram que cerca de 80% dos enfermeiros com níveis elevados de *stress* (Pettersson, Arnetz, Arnetz, & Hörte, 1995).

Reportando-nos aos fatores de *stress* destes profissionais, as dimensões lidar com os clientes, excesso de trabalho, carreira e remuneração e ações de formação foram as avaliadas com mais stressantes. Esses indicadores encontram correspondência nos dados de outras investigações com profissionais de saúde (Narayan, Menon, & Spector, 1999; Paris & Omar, 2008). Relativamente aos níveis de *burnout*, os resultados revelaram a existência de apenas um profissional de saúde, nomeadamente um médico, que experiencia o fenómeno de *burnout* pleno. Verificou-se que 19 (15.1%) profissionais de saúde evidenciam problemas ao nível da fadiga física. Nenhum participante relatou problemas ao nível da fadiga cognitiva e, face à exaustão emocional, apenas 2 médicos (0.9%), relataram essa dimensão, contrariamente ao que é descrito na literatura. O aspeto mais saliente prendeu-se com o facto destes valores se situarem bastante abaixo dos encontrados noutros estudos (Gil-Monte & Marucco, 2008; Lima *et al.*, 2007; Trigo, Teng, & Hallak, 2007; Tucunduva, Garcia, Prudente, Centofanti, & Souza, 2006). Queirós (2005) num estudo com enfermeiros portugueses verificou que a

dimensão exaustão emocional foi a mais elevada das três áreas de *burnout*, com 27%, afastando-se significativamente dos dados obtidos neste estudo (0.9% de exaustão emocional). Uma das razões que poderá justificar estas diferenças prende-se com a utilização de medidas diferentes noutros estudos, assim como a utilização de pontos de corte distintos para indicar níveis elevados de *burnout*. Numa análise sobre a prevalência de *burnout* na classe médica, Frasquilho (2005) indicou que cerca de metade dos profissionais se encontravam em *burnout*, contrariando, desta forma, os dados do nosso estudo, que apontaram para a inexistência de profissionais com o fenómeno de *burnout* pleno.

No que concerne ao comprometimento com o trabalho, verificou-se que 75.5% dos profissionais se sentem comprometidos em relação ao seu trabalho, tendo sido a dimensão dedicação a que apresentou valores mais elevados (82.1%), seguindo-se o vigor (62.3%) e, por último, a absorção (61.3%). O comprometimento destes profissionais revelou-se significativamente mais elevado comparativamente a um estudo realizado com médicos e enfermeiros a trabalharem em instituições hospitalares e centros de saúde da região norte de Portugal (Silva & Gomes, 2009). Estes resultados talvez possam estar relacionados com as alterações implicadas pelo novo modelo de gestão. Mas, uma vez mais, devemos realçar o facto de terem sido usadas medidas diferentes entre estudos para avaliar o comprometimento.

Nas análises de correlação, a maioria das correlações existentes entre as variáveis seguiu o padrão esperado, sendo, no entanto, de destacar que não se verificou correlação entre o vigor e a dedicação e a exaustão e cinismo, respetivamente, ao contrário do referido por Maslach & Leiter (1997) e Shaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker (2002). Os resultados apontaram para a existência de correlação negativa apenas entre a subescala vigor do comprometimento e a subescala fadiga física do *burnout*.

Face às análises comparativas em função da profissão, averiguou-se que os enfermeiros atribuíram valores mais elevados para a subescala carreira e remuneração e os médicos para o excesso de trabalho, contrariamente ao estudo realizado por Menon, Narayanan e Spector (1996) que constatou que os enfermeiros relataram mais problemas associados ao excesso de trabalho. Uma das razões apontadas para estes resultados prende-se com as características da atividade laboral de ambos os grupos, uma vez que os enfermeiros neste contexto fazem menos trabalhos por turnos por comparação aos que trabalham em contexto hospitalar e, por isso, conseguem ter um horário de trabalho mais reduzido, levando-os a aceitar o horário que lhes está atribuído (Média de 36h por semana). Por outro lado, também pode ser justificado

pelos maiores problemas dos enfermeiros relacionados com a instabilidade profissional, bem como o mal-estar devido à remuneração. O excesso de trabalho relatado pelos médicos pode dever-se ao facto de trabalharem em regime de acumulação com outra instituição, levando-os a trabalhar um elevado número de horas por semana (Média de 44h).

No que se refere à importância dos processos de avaliação cognitiva na experiência de *stress*, *burnout* e comprometimento profissional, deve ser tido em consideração o papel da avaliação cognitiva primária e secundária no ajustamento destes profissionais ao trabalho. Assim, os profissionais que avaliaram a sua profissão como mais ameaçadora, menos desafiante e que assumiram menor potencial de confronto foram os que experienciaram, de um modo geral, mais *stress*, *burnout* e menor comprometimento com o trabalho. Estes resultados vão de encontro aos dados obtidos no estudo de Gomes & Teixeira (2013) em bombeiros portugueses.

As análises de regressão permitiram concluir que as dimensões do *stress* relações profissionais, excesso de trabalho e carreira e remuneração, explicaram 63% da variância associada ao *burnout*. Quando introduzida a variável ameaça da avaliação cognitiva primária, o modelo passou a explicar 68% da variância. Relativamente ao comprometimento com o trabalho, este foi predito por maior perceção de desafio, passando o modelo a explicar 38% da variância. Maior *stress* em conjugação com maior perceção de ameaça contribuíram para explicar o fenómeno de *burnout* e maior perceção de desafio contribuiu para explicar o comprometimento profissional. Gomes e Teixeira (2013) tornaram patente o valor preditivo da avaliação cognitiva primária, principalmente da ameaça, na explicação da experiência de *burnout*, o que vai de encontro aos resultados deste estudo. Gomes (no prelo) concluiu o valor preditivo do *stress* no comprometimento organizacional, contrariamente ao verificado neste estudo.

As principais limitações deste estudo prenderam-se, essencialmente, com a dificuldade de adesão destes profissionais. Torna-se crucial estudar mais profundamente este novo contexto de trabalho, nomeadamente ao nível da avaliação das estratégias de *coping* utilizadas por estes profissionais.

Em síntese, estes dados apontaram para níveis mais elevados de *stress* nestes profissionais em comparação com outros estudos. Curiosamente, e apesar dos níveis elevados de *stress*, estes profissionais não experienciaram o fenómeno de *burnout* pleno, o que poderá

indicar que possuem estratégias de *coping* para lidar com o *stress*, sentindo que possuem recursos para lidar com as exigências colocadas pelas situações de *stress*.

Este estudo veio comprovar que, apesar do vasto leque de estudos existente ao nível do *stress* ocupacional, continua a ser crucial explorar esta temática nos profissionais de saúde pelo impacto que o trabalho deste grupo profissional tem na sociedade e pelas constantes alterações nas exigências que lhes são impostas no seu local de trabalho. De sublinhar a importância da compreensão dos processos cognitivos envolvidos na percepção das exigências do trabalho.

Referências

- Antón, C. (2009). The impact of role stress on workers' behaviour through job satisfaction and organizational commitment. *International Journal of Psychology, 44*(3), 187-194.
- Baba, V., Galaperin, B. L., & Lituchy, T. R. (1999). Occupational mental health: A study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *International Journal of Nursing Studies, 36*, 163-169.
- Cooper, C. L., Dewe, P. J., & O'Driscoll, M. P. (2001). *Organizational stress: A Review and critique of theory, research, and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cruz, J. F., Freitas, M. J. (1988). Prevalência e fontes de stress nos professores. Um estudo comparativo. Comunicação apresentada na "First International Conference on Counselling Psychology and Human Development". Porto, Portugal.
- Cruz, J. F., & Mesquita, A. P. (1988). *Incidence and sources of stress in teaching*. Communication Presented at "13th Conference of the Association for Teacher Education in Europe". Barcelona, Espanha.
- Fife-Schaw, C. (2006). Levels of measurement. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Shaw, & J. A. Smith (Eds.). *Research methods in psychology* (pp. 50-63). London: Sage.
- Firth-Cozens, J. (2009). Doctors, their wellbeing, and their stress. *British Medical Journal, 326*, 670-671.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1986). Stress process and depressive symptomology. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 107-113.

- Frasquilho, M. A. (2005). Medicina, médicos e pessoas: Compreender o stresse para prevenir o *burnout*. *Acta médica Portuguesa*, 18, 433-444.
- Gaba, D. M., & Howard, S. K. (2002). Patient safety: Fatigue among clinicians and the safety of patients. *New England Journal of Medicine*, 347, 1249-1255.
- Gabbard, G., & Menninger, R. (1988). *Medical marriages*. Washington: American Psychiatric Press.
- Gil-Monte, P., & Marucco, M. (2008). Burnout prevalence in pediatricians of general hospitals. *Revista de Saúde Pública*, 42, 450-456.
- Gomes, A. R. (2008). *Escala de Avaliação Cognitiva (EAC)*. Relatório técnico não publicado. Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Gomes, A. R. (2010). *Questionário de Stress para Profissionais de Saúde (QSPS)*. Braga: Universidade do Minho.
- Gomes, A. R. (2011). Adaptação humana em contextos desportivos: Contributos da teoria para a avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 13-24.
- Gomes, A. R. (2012). *Medida de "Burnout" de Shirom-Melamed (MBSM)*. Relatório técnico não publicado. Braga: Escola de Psicologia, Universidade do Minho.
- Gomes, A. R. (no prelo). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros. *Revista Interamericana de Psicologia*.
- Gomes, A. R., Melo, B., & Cruz, J. F. (2000). Estudo do stress e do burnout nos psicólogos portugueses. In J. F. Cruz, A. R. Gomes, & B. Melo (Eds.), *Stress e burnout nos psicólogos portugueses* (pp. 73-130). Braga: SHO – Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Gomes, A. R., Silva, M. J., Mourisco, S., Mota, A., & Montenegro, N. (2006). Problemas e desafios no exercício da actividade docente: Um estudo sobre o stresse, "burnout", saúde física e satisfação profissional em professores do 3º ciclo e ensino secundário. *Revista Portuguesa de Educação*, 19, 67-93.
- Gomes, A. R., & Teixeira, F. (2013). Influência dos processos de avaliação cognitiva na atividade laboral de bombeiros portugueses. *Psico-USF*, 18(2), 309-320.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. London: Free Association.

- Leal, M. (1998). *Stress e burnout*. Porto: Laboratórios Bial.
- Lee, I., & Wang, H. H. (2002). Perceived occupational stress and related factors in public health nurses. *Journal of Nursing Research, 10*, 253-260.
- Lima, F. D., Buunk, A. P., Araújo, M., Chaves, J., Muniz, D., Queiroz, F., & Luana, B. (2007). Síndrome de burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia. *Revista Brasileira de Educação Médica, 31*, 137-146.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1-16). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Menon, S., Narayanan, L., & Spector, P. E. (1996). Time urgency and its relation to occupational stressors and health outcomes for health care professionals. In C. D. Spielberger, & I. G. Sarason (Eds.), *Stress and anxiety* (pp. 127-142). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. In L. Goldberger, & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 234-257). New York: Free Press.
- Narayan, L., Menon, S., & Spector, P. E. (1999). Stress in the workplace: A comparison of gender and occupations. *Journal of Organizational Behavior, 20*, 63-73.
- Paris, L., & Omar, A. (2008). Predictores de satisfação laboral en médicos y enfermeros. *Estudos de Psicologia (Natal), 13*, 233-244.
- Petterson, I. L., Arnetz, B. B., Arnetz, J. E., & Hörte, L. G. (1995). Work environment, skills utilization and health of Swedish nurses. *Psychotherapy and Psychosomatics, 64*, 20-31.
- Pinto, A. M. (2000). Burnout profissional em professores portugueses: Representações sociais, incidência e preditores. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Queirós, P. J. (2005). *Burnout no trabalho conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.

- Schaufeli, W. B., Salanova, M., Gonzalez-Roma, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13(2), 176-200.
- Silva, M., & Gomes, A. R. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14, 239-248.
- Silva, M., Queirós, C., Rodrigues, S. (2009). *Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiras*. Comunicação apresentada no IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida. In Livro de Resumos do IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida. Porto, Portugal.
- Simões, C., & Gomes, A. R. (2012). *Escala de Comprometimento face ao Trabalho (ECT): Versão para investigação*. Manuscrito não publicado. Braga: Universidade do Minho.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Thomas, N. (2004). Resident burnout. *Journal of the American Medical Association*, 292, 2880-2889.
- Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. (2007). Burnout syndrome and psychiatric disorders. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 223-233.
- Tucunduva, L., Garcia, A., Prudente, F., Centofanti, G., & Souza, C. (2006). A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52, 108-112.
- Vaz-Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias* (2th ed.). Coimbra: Edição de autor.
- Williams, E. S., Konrad, T. R., Scheckler, W. E., Pathman, D. E., Linzer, M., McMurray, J., Gerrity, M., & Schwartz, M. (2001). Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: The role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. *Health Care Management Review*, 26, 7-19.