

Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses

Maria da Conceição de Melo Silva

António Rui da Silva Gomes

Universidade do Minho

Resumo

Este estudo analisa o stress ocupacional em 155 profissionais da área da saúde (exemplo: médicos e enfermeiros) a trabalharem em instituições hospitalares e centros de saúde da região norte de Portugal. Foram avaliadas as fontes de stress, o *burnout*, o *coping* proactivo, o comprometimento organizacional e a satisfação e realização profissional. Os resultados apontaram 15% de profissionais com experiências significativas de *stress* e 6% com problemas de exaustão emocional. As análises comparativas (MANOVA e teste *t* para amostras independentes) demonstraram maior tendência para problemas de *stress* ocupacional nos seguintes grupos: a) mulheres (embora os homens evidenciem maior despersonalização); b) enfermeiros mais novos e com menor experiência profissional; c) solteiros; d) classe profissional dos enfermeiros; e) profissionais que exercem funções em centros de saúde; f) profissionais com situações contratuais mais instáveis; e g) profissionais que realizam trabalho por turnos rotativos. No final, são apresentadas algumas indicações para a investigação futura.

Palavras-Chave: Stress ocupacional; *burnout*; *coping*; comprometimento organizacional; satisfação.

Abstract

Occupational stress in health professionals: a study with portuguese doctor's and nurse practitioners. This work analyzes occupational stress in 155 health professionals (example: doctors and nurses) from hospitals and health care centres in the north of Portugal. We evaluated the following variables: stress, burnout, proactive coping, organizational commitment and satisfaction/professional fulfilment. Results revealed significant stress experiences in 15% of the professionals and emotional exhaustion problems in 6%. Comparative analysis (MANOVA and t-test for independent samples) suggested a higher tendency to experience occupational stress in the following groups: a) females (although males showed more depersonalization problems); b) younger and less experienced professionals; c) single persons; d) nurses practitioners; e) professionals that worked in health care centres; f) those professionals with short-term working contracts; and g) the professionals working on a shift-basis system. At the end, we discuss some of the implications for future research of the present study.

Keywords: Occupational stress; burnout; coping; organizational commitment; satisfaction.

Nos últimos anos, o stress ocupacional tem sido uma área muito debatida no domínio da investigação científica, devido aos custos e efeitos ao nível individual e organizacional (Murphy, Hurrell, Sauter, & Keita, 1995). De fato, os autores têm demonstrado interesse crescente na compreensão deste fenómeno, em termos da sua incidência e prevalência nas mais variadas profissões. No entanto, os estudos portugueses sobre o *stress* entre os profissionais de saúde não são muito frequentes, apesar deste desenvolverem uma atividade considerada de alto risco em termos de stress (McIntyre, 1994). Aliás, como assinalam Melo, Gomes e Cruz (1997), existem poucos trabalhos que se dediquem ao estudo do stress em termos das suas causas, efeitos, prevalência e incidência, sendo tal situação mais evidente em Portugal onde a investigação é

ainda escassa.

Analisando os resultados de investigações internacionais, os autores têm descrito os potenciais efeitos negativos do stress ocupacional na saúde e no bem-estar dos profissionais de saúde, nomeadamente, em termos da baixa satisfação (Blegen, 1993), das queixas físicas e psicológicas (Cooper, Dewe, & O'Driscoll, 2001) e do absentismo (Borda & Norman, 1997; Cascio, 1995). Por outro lado, deve-se considerar a natureza dos serviços prestados por estes trabalhadores, uma vez que a qualidade e eficácia do seu trabalho pode ter um impacto decisivo na saúde dos pacientes. De fato, e, contrariamente a muitas outras profissões, os médicos e os enfermeiros são um grupo de risco, pois estão sujeitos a situações de maior exaustão emocional, tendo que lidar constantemente com situações estressantes, tais

como, os casos de deficiência, de lesões graves, de sofrimento e de dor física e, por vezes, de trauma e morte dos pacientes (Sauter & Murphy, 1995).

Uma das possíveis consequências desta 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). Algumas indicações sobre este fenómeno entre os médicos têm demonstrado as repercussões negativas na qualidade dos serviços prestados, na satisfação dos pacientes bem como na adesão ao tratamento (Gaba & Howard, 2002; Williams et al., 2001).

O modo como os profissionais podem responder ao *stress* ocupacional e ao *burnout* é também um tema de interesse na literatura (Lazarus & Folkman, 1984). Neste caso, torna-se importante compreender os estilos de confronto (*coping*) adoptados pelas pessoas quando se confrontam com o *stress*. Para os autores referidos, o processo de *coping* pode ser entendido como o conjunto dos esforços assumidos pelos indivíduos perante situações que são avaliadas como ameaçadoras e passíveis de gerar mal-estar. A este nível, existem indicações acerca da possibilidade de determinados estilos de confronto poderem produzir efeitos negativos no indivíduo, nomeadamente na capacidade de se adaptar às exigências laborais. Por exemplo, estilos de *coping* centrados no evitamento das situações têm sido referidos como podendo levar a problemas de saúde mental (Coyne & Racioppo, 2000). Neste caso, algumas estratégias de confronto como, por exemplo, a negação, o desinvestimento mental e os desejos irrealistas estão associados a problemas psicológicos, sintomas psicossomáticos e conflitos na relação família e trabalho (Haisch & Meyers, 2004). Pelo contrário, estilos de confronto mais ativos (*coping* proativo), centrados na resolução do problema, representam habitualmente formas mais ajustadas e saudáveis do trabalhador se adaptar às exigências laborais, principalmente nos casos em que este tem efetivamente possibilidade de alterar a situação em que se encontra, podendo exercer controle sobre as fontes de tensão que o rodeiam (Folkman & Lazarus, 1980).

Tendo por base estas indicações, propomos, neste trabalho, contribuir para uma melhoria do conhecimento acerca do *stress* ocupacional numa amostra constituída por profissionais de saúde portugueses (exemplo: médicos e enfermeiros). Em termos conceituais, a nossa orientação foi no sentido de assumir o estudo do *stress* a partir da análise das fontes de pressão associadas ao exercício profissional, procurando-se depois observar as relações existentes com os níveis de esgotamento (*burnout*), *coping* proativo, comprometimento organizacional (sentimentos, atitudes, valores positivos em relação ao local de trabalho), satisfação e realização pessoal e profissional. A opção que seguimos em estudar as fontes de *stress* específicas a estas duas classes profissionais segue as indicações fornecidas por Van Venthoven, Taris, Jonge e Broersen (2005). Estes autores defendem a necessidade de melhorar a complexidade e o valor preditivo dos modelos de *stress* ocupacional através de estudos centrados nas exigências contextuais concretas a

cada grupo profissional. Esta ideia é sustentada a partir do pressuposto de que os modelos de *stress* específicos a cada domínio profissional podem representar uma ótima alternativa às abordagens gerais que se centram no estudo deste tema em amostras homogêneas.

Um outro aspecto importante a enfatizar, refere-se à nossa decisão em incluir medidas centradas em dimensões positivas associadas ao trabalho, tais como, o comprometimento organizacional, a satisfação e realização pessoal e profissional. Estas facetas psicológicas dizem respeito ao tipo de reação que as pessoas evidenciam perante o trabalho, observadas pela vontade em fazer parte de uma dada organização, e sentimentos de bem-estar no trabalho. Assim sendo, seguimos as indicações recentes de Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) ao afirmarem que muito da investigação produzida no domínio ocupacional tem se centrado nos estados e consequências negativas do trabalho no indivíduo. Por isso, talvez faça sentido estudar as competências das pessoas e os fatores que promovem um funcionamento ótimo. Este desvio para a Psicologia Positiva pode ser visto como uma alternativa interessante para o estudo do funcionamento humano como contraponto à focalização na patologia e nas dificuldades humanas.

Tendo por base todas estas indicações, este trabalho objetivou examinar as fontes de *stress*, a prevalência de *burnout*, os níveis de satisfação e de realização pessoal e profissional entre médicos e enfermeiros portugueses; e observar o impacto de algumas variáveis demográficas e indicadores objetivos da situação profissional na experiência de *stress*, *burnout*, *coping* proativo, comprometimento organizacional e satisfação/realização pessoal e profissional manifestada pelos enfermeiros e médicos.

Método

Amostra

A escolha dos participantes foi baseada em critérios de conveniência, sendo incluídos profissionais cujas instituições demonstraram interesse em participar. No entanto, na medida do possível, foram incluídos um número suficiente de médicos e enfermeiros de ambos os sexos que permitissem cumprir os objetivos inerentes a este trabalho.

Assim sendo, participaram neste estudo 155 profissionais da área da saúde, sendo 44 médicos (29,1%) e 107 enfermeiros (70,9%). Mais da metade exerciam funções em centros de saúde ($n = 85$, 54,8%), enquanto os restantes trabalhavam em hospitais ($n = 49$, 31,6%) e em regime de acumulação com a prática em consultório/clínicas privadas ($n = 21$, 13,6%). Na divisão por sexos, foram incluídos 105 mulheres (67,7%) e 50 homens (32,3%). As idades variaram entre 23 e 63 anos, com uma média de 39 anos e um desvio padrão de 10,6 anos. No que concerne ao estado civil, verificaram-se as seguintes situações: 102 casados (65,8%), 33 solteiros (21,3%), 13 divorciados (8,4%), 1 viúvo (0,6%) e 6 apresentaram outras condições (3,9%). Quanto à situação contratual, 122 faziam parte dos quadros dos respectivos locais de trabalho (80,3%) e 30 profissionais de saúde (19,7%) encontravam-se com contratos temporários. No que diz respeito

ao trabalho por turnos, 109 não realizavam este esquema de trabalho (70,8%) e 45 assumiram esta condição profissional (29,2%). A média de anos do fim de curso variou entre os 2 e os 37 anos ($M = 15,7$, $DP = 9,8$) e os anos de experiência variaram entre 1 e 42 anos ($M = 12,3$, $DP = 9,5$). O número de horas de trabalho por semana apresentou uma variabilidade de tempo considerável, com um mínimo de 7 horas e um máximo de 70 horas ($M = 39,1$, $DP = 9,9$).

Instrumentos e medidas

Foi administrado em todos os profissionais um conjunto de instrumentos destinados a obter informações acerca das variáveis em análise neste estudo. No sentido de testar a consistência interna dos fatores dos instrumentos, analisamos os valores de Alfa constatando-se índices muito positivos, dando, assim, indicações favoráveis acerca da constituição dos respectivos fatores (Nunnally, 1978). Os valores de Alfa são apresentados a seguir na descrição dos instrumentos.

Questionário demográfico. Este instrumento foi desenvolvido para efeitos do presente trabalho, incluindo questões que nos permitissem descrever os participantes do ponto de vista pessoal e profissional. Neste sentido, obtivemos informações acerca do sexo, da idade, do estado civil e do número de filhos, bem como dados relativos à formação académica, às características e condições gerais de trabalho (exemplo: contexto e atividade profissional, situação contratual, trabalho por turnos, experiência profissional e horas de trabalho por semana).

Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS) (Gomes, Cruz, & Cabanelas, 2009; Gomes, Melo, & Cruz, 2000). O instrumento compreende duas partes distintas. Numa fase inicial é proposta a avaliação do nível global de stress experienciado na atividade laboral, através de um único item (0 = *Nenhum stress*; 4 = *Elevado stress*). Na segunda seção, são avaliadas as potenciais fontes de stress no exercício da atividade dos profissionais da saúde (44 itens em formato tipo *likert* de cinco pontos). Os itens distribuem-se por oito fatores: a) cometer erros e lidar com insucessos e problemas profissionais/éticos (nove itens; $\alpha = 0,86$); b) ambiente de trabalho e relações profissionais (sete itens; $\alpha = 0,88$); c) excesso de trabalho e envolvimento profissional (seis itens; $\alpha = 0,84$); d) instabilidade profissional e na carreira (cinco itens; $\alpha = 0,85$); e) remuneração auferida e estatuto socioprofissional (cinco itens; $\alpha = 0,88$); f) falta de reconhecimento e poder (quatro itens; $\alpha = 0,85$); g) ações de formação e elaboração de relatórios técnicos (quatro itens; $\alpha = 0,84$); e h) problemas familiares (quatro itens; $\alpha = 0,79$).

Inventário de Burnout de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos (IBM-PSH) (Maslach & Jackson, 1996). Traduzido e adaptado por Melo, Gomes e Cruz (1999), é um instrumento de auto-registo com 22 itens acerca dos sentimentos relacionados com o trabalho, distribuindo-se por três dimensões: a) exaustão emocional (9 itens; $\alpha = 0,89$): analisa os sentimentos de sobrecarga emocional e exaustão devido às exigências do trabalho; b) despersonalização (5 itens; $\alpha = 0,72$): pretende medir as respostas frias, impessoais ou mesmo negativas dirigidas àqueles a quem se prestam serviços; e, c) realização pessoal (8 itens; $\alpha = 0,75$): usada para avaliar os sentimentos de

competência profissional e de sucesso no trabalho com pessoas. A avaliação é efectuada numa escala tipo *likert* de sete pontos (mínimo de zero e máximo de seis).

Escala de Coping Proativo (ECP) (Greenglass, Schwarzer, & Taubert, 1999). Cruz & Gomes (2007) traduziram e adaptaram esse instrumento que avalia o *coping* proativo, entendido como as estratégias de confronto ativas utilizadas pelas pessoas quando se deparam com um determinado problema (ex: imaginar as soluções a adotar, perceber os obstáculos como um desafio, etc.). O instrumento compreende uma subescala com um total de 14 itens (formato tipo *likert* de quatro pontos) ($\alpha = 0,82$).

Escala de Comprometimento Organizacional (ECO) (Mowday, Steers, & Porter, 1979). Instrumento traduzido e adaptado por Gomes (2006). Avalia os sentimentos, atitudes e valores positivos assumidos pelos profissionais frente ao seu local de trabalho. Neste estudo foi usada a versão de nove itens (Mowday, Porter, & Steers, 1982) respondidos numa escala tipo *likert* de cinco pontos ($\alpha = 0,90$).

Escala de Satisfação e Realização (ESR) (Gomes et al., 2000). O instrumento é composto por sete questões acerca da carreira e satisfação profissional, nomeadamente, a) a vontade em optar pela mesma via de ensino se os profissionais tivessem uma nova oportunidade de escolher um curso superior (respostas numa escala dicotômica de *sim* e *não*); b) o nível de satisfação profissional atual; c) o nível de satisfação pessoal atual; d) o nível de realização profissional atual; e) o nível de realização pessoal atual; f) o desejo de abandonar o local de trabalho atual nos próximos cinco anos; e g) o desejo de abandonar a profissão durante os próximos cinco anos. Estas últimas quatro questões foram apresentadas numa escala tipo *likert* de seis pontos. Para efeitos do presente estudo, foi ainda calculado um valor global de satisfação e realização pessoal e profissional ($\alpha = 0,77$).

Procedimento

A investigação iniciou-se com o pedido de autorização aos responsáveis dos Conselhos de Administração e/ou Direção das várias instituições de saúde, explicando-se os objetivos do estudo e os procedimentos adotados na coleta, tratamento e divulgação dos dados. Este pedido foi apreciado pelos órgãos competentes (ex: Comissões de Ética) e, após a anuência por escrito dos mesmos, iniciou-se o trabalho de campo propriamente dito, contactando-se os Chefes de Serviço de cada local de trabalho.

Combinado o momento para o início da coleta dos dados, distribuiu-se o protocolo de avaliação que incluía uma carta de apresentação dirigida aos participantes, na qual estavam explicitados os objetivos e as implicações da investigação, assegurando-se o carácter voluntário da participação. Apenas os participantes que concordaram com as condições de realização do estudo é que foram incluídos na amostra final. Para garantir a confidencialidade e o 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. Assim sendo, o Questionário que englobava os instrumentos referidos alhures foi distribuído entre 241 profissionais. Ao final da coleta, foram recebidos

e considerados válidos para efeitos do presente estudo 155 questionários, representando uma taxa de retorno e adesão de 64,3%.

Resultados

O tratamento e análise estatística dos dados foram efetuados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 15.0 para Windows) e incluiu vários procedimentos que serão explicados ao longo desta parte do trabalho.

Estatísticas descritivas das variáveis em análise

No que refere ao nível global de stress experienciado pelos profissionais na sua atividade, salienta-se o fato de que 56% não descreveram problemas significativos neste nível (junção dos valores *nenhum* e *pouco stress* da escala *likert*), enquanto 29% assinalaram níveis moderados. Para 15% dos participantes, a sua profissão foi sentida como muito estressante (junção dos valores *bastante stress* e *elevado stress* da escala *likert*). Em termos das principais fontes de stress, os aspectos relacionados com os erros cometidos, fazer apresentações em público, a falta de perspectivas de progressão na carreira e o mau relacionamento com os superiores foram os principais aspectos geradores de mal-estar. Numa análise por fatores de stress, verificou-se igualmente que as ações de formação, a instabilidade profissional, o excesso de trabalho e a possibilidade de cometer erros foram os domínios de trabalho mais estressantes.

Em termos da escolha profissional, o principal dado a reter relaciona-se com o fato de 66% dos profissionais voltarem a optar pela mesma saída profissional se tivessem uma nova oportunidade de escolher um curso superior, enquanto 18% dos participantes afirmaram uma posição contrária.

Em termos da satisfação e realização, dois aspectos merecem ser realçados. Por um lado, uma percentagem significativa de participantes assumiu níveis positivos nestas duas dimensões (valores a oscilar entre os 35% de satisfação profissional e os 53% de realização pessoal) (junção dos valores 5 e 6 da escala *likert*).

No que se refere ao desejo de abandonar o local de trabalho e a profissão, existe um padrão de semelhança nos resultados alcançados. Assim, 69% e 83% dos participantes descreveram um baixo desejo de abandonar o local de trabalho e a profissão, respectivamente (junção dos valores 1 e 2 da escala *likert*). Estes valores foram muito elevados para uma percentagem reduzida da amostra (13% afirmou um acentuado desejo de abandonar o local de trabalho e 7% manifestou uma elevada vontade de deixar a profissão) (junção dos valores 5 e 6 da escala *likert*).

Com relação aos níveis de esgotamento (*burnout*) obtidos no IBM-PSH, foram utilizadas as indicações sugeridas por Shirom (1989) para calcular os valores problemáticos em cada uma das três facetas da escala. Neste caso, o autor propõe a utilização dos valores da escala *likert* como referência para estabelecer os pontos de corte das três subescalas. Para este estudo assumiu-se como valor de corte a frequência uma *vez por semana* da escala *likert* para as dimensões de exaustão emocional e despersonalização e *uma vez por mês* para a dimensão de realização pessoal (recordamos que nesta última dimensão a

leitura dos resultados deve ser efetuada em sentido inverso, ou seja, valores menos elevados na escala significam menor realização profissional). Os resultados obtidos apontaram 5,8% de profissionais com queixas ao nível da exaustão emocional, seguindo-se 1,9% com problemas de realização pessoal e 0,6% com dificuldades ao nível da despersonalização.

Diferenças na experiência de stress, burnout, comprometimento organizacional, satisfação e realização pessoal/profissional

Nesta etapa do estudo foram observadas eventuais diferenças nas dimensões analisadas pelos instrumentos de avaliação (variáveis dependentes) em função de algumas características demográficas e profissionais da nossa amostra (variáveis independentes). Para tal, foram constituídos os seguintes grupos de comparação: sexo, idade, estado civil, atividade profissional, contexto de trabalho, experiência profissional, situação contratual e horário de trabalho. No tocante ao procedimento de tratamento dos dados, foram realizadas análises comparativas para grupos independentes (teste *t* para amostras independentes) nos instrumentos unidimensionais (ECP, ECO e ESR) e análises de variância multivariadas (MANOVA) nos instrumentos multifactoriais (QSPS e IBM-PSH). O objetivo desta opção visou evitar uma sucessão de testes comparativos nos instrumentos com várias dimensões, reduzindo-se, assim, a probabilidade do erro Tipo 1.

No que concerne à distinção em função do sexo, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos no Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde [*Lambda de Wilks* = 0,89; $F_{(8, 138)} = 2,24$; $p < 0,05$]. Os testes univariados sugeriram seis dimensões do instrumento a distinguir ambos os sexos, observando-se pelos valores médios dos grupos que as mulheres experienciaram maiores problemas nos seguintes domínios: a) ambiente de trabalho e relações profissionais; b) excesso de trabalho e envolvimento profissional; c) instabilidade profissional e na carreira; d) remuneração auferida e estatuto socioprofissional; e) falta de reconhecimento e poder; e f) problemas familiares. Ao nível do *burnout*, também foram encontradas diferenças entre os grupos [*Lambda de Wilks* = 0,87; $F_{(3, 151)} = 7,37$; $p < 0,001$], tendo os testes univariados revelado diferenças ao nível da despersonalização, sendo esta faceta mais prevalente nos homens quando comparados com as mulheres (Tabela 1).

Num segundo conjunto de comparações, foi analisada a existência de discrepâncias em função da idade dos participantes, constituindo-se três grupos distintos que refletissem as várias etapas do desenvolvimento profissional (até aos 30 anos, dos 31 aos 50 anos e mais de 50 anos de idade). Neste sentido, foram encontradas diferenças entre os grupos no QSPS [*Lambda de Wilks* = 0,58; $F_{(16, 258)} = 5,02$; $p < 0,001$]. Os testes univariados apontaram diferenças em três facetas: a) excesso de trabalho e envolvimento profissional; b) instabilidade profissional; e na carreira e c) remuneração auferida e status socioprofissional. Tendo por base os resultados do *post-hoc* de Scheffé, foi observado que os profissionais mais novos (até aos 30 anos) apresentaram mais problemas relacionados com o excesso de trabalho do que os seus colegas com idades intermédias. Neste

mesmo sentido, a instabilidade profissional e na carreira afetou mais os profissionais mais novos em comparação aos seus colegas com idades intermédias e mais avançadas. Os problemas

de remuneração e status socioprofissional apresentaram resultados coerente com os anteriores, sendo mais estressante para os mais novos quando comparados aos outros dois grupos

Tabela 1

Diferenças significativas nas variáveis avaliadas em função do sexo, estado civil, profissão, contexto profissional e situação contratual

VARIÁVEL	Homens		g.l	F		
	M (DP)	n = 48			M (DP)	n = 99
(1) Ambiente trabalho e relações profi.	1,51	(0,98)	2,04	(0,86)	1,145	19,91**
(1) Excesso de trabalho e envol. prof.	1,93	(0,87)	2,25	(0,79)	1,145	4,88*
(1) Instabilidade profissi. e na carreira	1,46	(1,05)	2,15	(0,98)	1,145	15,42***
(1) Remuneração e estatuto socioprof.	1,52	(0,99)	2,05	(1,02)	1,145	8,78**
(1) Falta de reconhecimento e poder	1,53	(0,93)	2,07	(0,93)	1,145	10,87**
(1) Problemas familiares	1,47	(0,88)	1,78	(0,91)	1,145	3,78*
(2) Despersonalização	1,07	(1,10)	0,71	(0,77)	1,153	5,75*
<hr/>						
	Solteiros		g.l	F		
	M (DP)	n = 32			M (DP)	n = 95
(1) Ambiente trabalho e relações prof.	2,26	(0,81)	1,77	(0,93)	1,125	7,06**
(1) Excesso de trabalho e envol. prof.	2,47	(0,73)	2,09	(0,83)	1,125	5,42*
(1) Instabilidade profissi. e na carreira	2,78	(0,86)	1,70	(0,99)	1,125	30,45***
(1) Remuneração e estatuto socioprof.	2,35	(1,01)	1,77	(1,02)	1,125	7,45**
(1) Falta de reconhecimento e poder	2,36	(0,92)	1,76	(0,89)	1,125	10,87**
(2) Realização Pessoal	4,21	(1,12)	4,60	(0,92)	1,133	3,96*
<hr/>						
	Médicos		g.l	F		
	M (DP)	n = 41			M (DP)	n = 102
(1) Ambiente trabalho e relações prof.	1,51	(0,91)	2,01	(0,91)	1,141	9,10**
(1) Instabilidade profissi. e na carreira	1,29	(0,84)	2,19	(1,04)	1,141	24,19***
(1) Remuneração e estatuto socioprof.	1,26	(0,93)	2,13	(0,98)	1,141	23,72***
(1) Falta de reconhecimento e poder	1,50	(0,80)	2,07	(0,98)	1,141	10,90**
<hr/>						
	Hospital		g.l	F		
	M (DP)	n = 48			M (DP)	n = 79
(1) Excesso de trabalho e envol. prof.	1,91	(0,90)	2,32	(0,76)	1,125	7,31**
(2) Exaustão emocional	1,63	(1,16)	2,16	(1,31)	1,132	5,43*
<hr/>						
	Efetivos		g.l	F		
	M (DP)	n = 114			M (DP)	n = 30
(1) Excesso de trabalho e envol. prof.	2,05	(0,81)	2,53	(0,77)	1,142	8,49**
(1) Instabilidade profissi. e na carreira	1,69	(0,99)	2,77	(0,82)	1,142	30,35***
(1) Remuneração e estatuto socioprof.	1,73	(1,06)	2,34	(0,82)	1,142	8,61**
(2) Despersonalização	0,74	(0,77)	1,23	(1,25)	1,150	7,43**
<hr/>						
	Horário diurno		g.l	F		
	M (DP)	n = 102			M (DP)	n = 44
(1) Ambiente trabalho e relações prof.	1,77	(0,92)	2,12	(0,88)	1,144	4,56*
(1) Excesso de trabalho e envol. prof.	2,05	(0,82)	2,40	(0,77)	1,144	5,72*
(1) Instabilidade profissi. e na carreira	1,74	(1,05)	2,36	(0,95)	1,144	11,10**
(1) Remuneração e estatuto socioprof.	1,71	(1,03)	2,25	(0,95)	1,144	8,60**
(1) Falta de reconhecimento e poder	1,79	(0,98)	2,17	(0,86)	1,144	4,96*
(3) Comprometimento organizac.	3,61	(0,71)	3,25	(0,97)	--	--

(1) = QSPS; (2) = IBM-PSH; (3) = ECO * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

de comparação (Tabela 2).

O terceiro conjunto de análises colocou em comparação solteiros e casados, tendo-se verificado diferenças significativas ao nível do do questionário de stress [*Lambda de Wilks* = 0,76; $F_{(8, 118)} = 4,64$; $p < 0,001$]. Neste caso, foi possível constatar que os solteiros relataram uma maior experiência de stress em cinco factores do QSPS: a) ambiente de trabalho e relações profissionais; b) excesso de trabalho e envolvimento profissional; c) instabilidade profissional e na carreira; d) remuneração auferida e status socioprofissional; e e) falta de reconhecimento e poder. No caso do IBM-PSH, apesar dos valores entre grupos não serem significativos [*Lambda de Wilks* = 0,99; $F_{(3, 131)} = 1,45$; $p = 0,231$], os testes univariados indicaram uma diferença de realce estatístico, sendo os solteiros os que revelaram menor realização pessoal (Tabela 1).

No quarto agrupamento constituído, foram separados os médicos dos enfermeiros e constataram-se experiências distintas ao nível do stress [*Lambda de Wilks* = 0,78, $F_{(8, 134)} = 4,72$; $p < 0,001$]. Os testes univariados revelaram diferenças em quatro domínios, tendo os médicos obtido valores médios inferiores com relação aos enfermeiros nos seguintes aspectos: a) ambiente de trabalho e relações profissionais; b) instabilidade profissional e na carreira; c) remuneração auferida e status socioprofissional; e d) falta de reconhecimento e poder (Tabela 1).

No quinto tipo de análise, não foram observados valores significativos entre profissionais a exercer em contexto hospitalar e em centros de saúde [*Lambda de Wilks* = 0,92; $F_{(8, 118)} = 1,23$; $p = 0,286$]. No entanto, os testes univariados relataram diferenças na dimensão relacionada com o excesso de trabalho, sendo os valores médios mais elevados para os profissionais que atuavam em centros de saúde. Quanto ao IBM-PSH, existiram diferenças significativas entre os grupos [*Lambda de Wilks* = 0,94; $F_{(3, 130)} = 2,83$; $p < 0,05$]. Neste caso, a dimensão com valores significativos, segundo os testes univariados, foi a exaustão emocional que também foi mais evidente nos profissionais a trabalhar em centros de saúde (Tabela 1).

Em sexto lugar, foram constituídos três grupos de participantes com diferentes anos de trabalho, procurando-se discriminar entre profissionais em início de carreira (até 5 anos), com uma experiência intermédia de trabalho (6 a 15 anos) e os

que revelavam bastante prática nas suas funções (mais de 15 anos). Neste sentido, destacam-se diferenças entre os grupos no nível do QSPS [*Lambda de Wilks* = 0,61; $F_{(16, 262)} = 4,53$; $p < 0,001$]. Os testes univariados indicaram diferenças em duas dimensões. Por um lado, na instabilidade profissional e na carreira, verificando-se pelos testes *post-hoc* que os profissionais até cinco anos de trabalho foram mais reativos a este problema do que seus colegas entre 6 e 15 anos e com mais de 15 anos de trabalho. Por outro lado, foram constatadas diferenças na remuneração auferida e status socioprofissional, sendo este problema menos estressante para o grupo dos profissionais mais experientes quando comparados com os participantes com experiência intermédia e em início de carreira (Tabela 2).

A comparação entre profissionais com situações mais estáveis na carreira (efetivos no local de trabalho) e profissionais com contratos temporários representou o sétimo domínio de comparação. Neste caso, identificaram-se diferenças entre os grupos no questionário de stress [*Lambda de Wilks* = 0,63; $F_{(8, 135)} = 9,93$; $p < 0,001$], tendo os testes univariados revelado três fatores de stress com diferenças entre os grupos, sendo os profissionais com contratos de trabalho mais instáveis os que mais revelaram problemas relacionados com o excesso de trabalho e envolvimento profissional, com a instabilidade profissional e na carreira, e com a remuneração auferida e status socioprofissional. No que se refere ao *burnout*, também constataram-se diferenças significativas entre os grupos [*Lambda de Wilks* = 0,95; $F_{(3, 148)} = 2,76$; $p < 0,05$], tendo os testes univariados revelado diferenças em termos da despersonalização. Nesse caso, os profissionais efetivos evidenciaram menos problemas nesta faceta do que os seus colegas temporários ($M = 1,23$, $DP = 1,25$) (Tabela 1).

No último conjunto de comparações, foi efetuada uma distinção entre profissionais com horários normais de trabalho (diurnos) e os que faziam trabalho por turnos com diferentes horários de serviço (incluindo o noturno). Neste caso, foram observadas diferenças no nível de stress [*Lambda de Wilks* = 0,85; $F_{(8, 137)} = 2,95$; $p < 0,01$], tendo os testes univariados apontado valores significativos em cinco factores de stress, sendo invariavelmente o grupo com diferentes horários a relatar maiores dificuldades: a) ambiente de trabalho e relações profissionais; b) excesso de trabalho e envolvimento profissional;

Tabela 2
Diferenças significativas nas variáveis avaliadas em função da idade e experiência profissional

VARIÁVEL	Até 30 anos	31-50 anos	Mais de 50 anos	g.l.	F
	M(DP) n = 40	M(DP) n = 72	M(DP) n = 27		
⁽¹⁾ Excesso trabalho e envolvimento	2,48 (0,79)	1,95 (0,85)	2,31 (0,64)	2,136	6,41**
⁽¹⁾ Instabilidade profissional	2,65 (1,02)	1,77 (0,94)	1,43 (0,90)	2,136	15,99***
⁽¹⁾ Remuneração e estatuto	2,41 (0,94)	1,83 (1,02)	1,31 (0,91)	2,136	10,48***
	Até 5 anos	6-15 anos	Mais de 15 anos	g.l.	F
	M(DP) n = 47	M(DP) n = 53	M(DP) n = 41		
⁽¹⁾ Instabilidade profissional	2,59 (0,95)	1,73 (0,94)	1,47 (0,93)	2,138	17,50***
⁽¹⁾ Remuneração e estatuto	2,35 (0,92)	1,92 (1,00)	1,31 (0,93)	2,138	13,01***

⁽¹⁾ = QSPS; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

c) instabilidade profissional e na carreira; d) remuneração auferida e status socioprofissional; e) falta de reconhecimento e poder. Adicionalmente, foi observada uma diferença na escala de comprometimento organizacional ($t = -2,21; 63, p < 0,05$), sendo este nível mais elevado nos profissionais com horários diurnos em comparação aos seus colegas com diferentes horários (Tabela 1).

Discussão

A experiência de stress e *burnout* tem sido apontada como uma das áreas de impacto negativo no bem-estar físico e mental dos profissionais de saúde (Spurgeon & Harrington, 1989). Apesar deste fato, ainda faltam estudos que estabeleçam claramente as relações entre estas variáveis e que esclareçam melhor quais os fatores pessoais e do trabalho que podem explicar as razões de alguns profissionais parecerem resistir melhor do que outros às adversidades laborais que lhes são colocadas. É neste último domínio que este trabalho pode ser enquadrado, procurando fornecer informações sobre a prevalência destes problemas em médicos e enfermeiros, bem como avançar com alguns fatores pessoais e profissionais associados às experiências positivas e negativas no trabalho.

Começando pelos aspectos relacionados com o stress, um dos dados a salientar neste estudo refere-se ao dado de entre 15% e 56% dos participantes terem referido elevados e baixos níveis de stress, respectivamente. Na prática, isto significa que a maioria dos profissionais tem uma percepção baixa das exigências que lhes são colocadas, mas existe um grupo que parece sentir maior pressão e tensão no desempenho das funções. Este valor de 15% situa-se abaixo dos valores apontados em estudos portugueses com outros profissionais (valores médios de stress elevado acima dos 40%), nomeadamente em psicólogos (Gomes et al., 2000) e em professores (Gomes, Silva, Mourisco, Mota, & Montenegro, 2006; Pinto, 2000). Em nível internacional, esta percentagem situou-se muito abaixo dos valores encontrados por Petterson, Arnetz, Arnetz e Horte (1995) numa amostra de enfermeiros suecos cujo índice de 80% dos sujeitos descreveram problemas de stress.

Numa observação mais detalhada sobre as razões que melhor poderão explicar a experiência de stress, foi possível constatar uma multiplicidade de fontes de tensão (e.g., lidar com erros, instabilidade profissional, excesso de trabalho, elaborar relatórios técnicos). Este aspecto serve, acima de tudo, para ilustrar a variedade de problemas que estas duas classes profissionais enfrentam, justificando, assim, a necessidade de estudos nesta área, tanto em termos da avaliação e diagnóstico, como em relação à prevenção e intervenção psicológica. Seja como for, estes resultados corroboram os de outros estudos que mostram o papel significativo da sobrecarga de trabalho, das pressões de tempo e dos aspectos relacionados com a carreira e a realização profissional como domínios implicados na explicação do stress ocupacional (Melo et al., 1997; Narayan, Menon, & Spector, 1999).

No que se refere ao indicadores de *burnout*, o principal aspecto a reter é o fato de não terem sido registados valores acentuados em nenhuma das dimensões IBM-PSH (6% na

exaustão emocional, 2% na realização pessoal e quase 1% na despersonalização). Estes resultados estão claramente abaixo dos apresentados por Queirós (2005) num estudo com enfermeiros portugueses, onde foram referidos 27% de participantes com problemas na exaustão emocional, 16% no cinismo (dimensão semelhante à despersonalização do IBM-PSH) e 2% na ineficácia profissional (2%) (dimensão semelhante à realização pessoal do IBM-PSH).

No último conjunto de análises realizadas, consideramos oito grupos de comparação na amostra deste estudo.

Começando pelas diferenças de sexo, deve ser destacado o facto das mulheres tenderem a experienciar maiores níveis de stress ocupacional relacionados com as relações no trabalho, a carreira profissional, o excesso de trabalho, a remuneração auferida, a sensação de pouco poder e reconhecimento profissional e os maiores problemas familiares. Tais resultados confirmam os dados obtidos por Gomes et al. (2009) em enfermeiros portugueses bem como outras indicações de estudos realizados em Portugal e em outros países com profissionais da área da saúde e, também, de outros campos profissionais (Cooper et al., 2001; Melo et al., 1997; Pinto, 2000). Já os menores níveis de despersonalização relatados pelas mulheres, comparativamente aos homens, também estão de acordo com estudos neste domínio da saúde (Gomes, Cabanelas, Macedo, Pinto, & Pinheiro, 2008) e do ensino (Burke, Greenglass, & Schwarzer, 1996; Schaufeli & Buunk, 1996).

Quanto à idade dos participantes, o principal aspecto a referir é o fato dos mais novos (até 30 anos de idade) relatarem experiências de stress mais elevadas relacionadas com o excesso de trabalho, a carreira profissional e a remuneração auferida, fazendo assim crer que são estas as maiores dificuldades para quem inicia um projeto laboral no domínio da saúde. Neste mesmo sentido, as diferenças relativas à experiência profissional confirmou que os mais inexperientes (até 5 anos de trabalho) referem maior stress associado à instabilidade profissional e na carreira, bem como o fato dos mais experientes (mais de 15 de serviço) evidenciarem menor preocupação com relação à remuneração auferida e ao status socioprofissional. Em termos gerais, este tipo de problemas também foram evidentes num estudo realizado por Gomes et al. (2009) com profissionais da área da saúde, onde foram precisamente os mais novos e inexperientes os que descreveram mais queixas relativas ao salário e à instabilidade laboral. De igual modo, McIntyre, McIntyre e Silvério (1999) num estudo com 62 enfermeiros portugueses observaram que os mais novos (menos de 30 anos) referiram a baixa remuneração como um problema muito significativo na sua atividade laboral.

O estado civil colocou os solteiros com experiências mais acentuadas de stress em vários domínios do QSPS (ex.: relações profissionais, excesso de trabalho, remuneração auferida e baixo reconhecimento e poder) bem como com menores níveis de realização pessoal no IBM-PSH. Tais resultados corroboram parcialmente as indicações fornecidas por Gomes et al. (2008) com profissionais na área da saúde, onde se demonstrou uma maior tendência dos solteiros para relatarem maior stress relacionado com a instabilidade profissional na carreira. Na literatura internacional, também existem algumas indicações

sobre a possibilidade dos solteiros serem mais sensíveis a problemas de stress ocupacional do que os casados e os profissionais divorciados (Maslach et al., 2001).

Do ponto de vista profissional, uma das principais distinções efetuadas neste estudo foi a comparação entre médicos e enfermeiros. Neste caso, o aspecto mais premente foi o fato dos enfermeiros relatarem experiências de stress mais acentuadas em vários domínios avaliados pelo QSPS (ex.: ambiente de trabalho e relações profissionais, carreira profissional, remuneração auferida e falta de reconhecimento). Este tipo de padrão é parcialmente corroborado por Menon, Narayanan e Spector (1996) num estudo com profissionais de saúde norte-americanos, constando-se, por um lado, que os enfermeiros relataram mais problemas associados ao excesso de trabalho e aos constrangimentos situacionais (ex.: falta de equipamentos e materiais), enquanto que os médicos sentiram maior pressão associada aos conflitos interpessoais no trabalho. Uma das razões apontadas pelos autores para estes resultados, prende-se com as características da atividade laboral de ambos os grupos profissionais, uma vez que a falta de controle e poder poderá identificar mais a atividade dos enfermeiros, levando-os a sentir que têm de aceitar o excesso de trabalho que lhes está atribuído e a suportar as limitações situacionais impostas ao exercício das suas funções. No que se refere aos médicos, devido à maior percepção de controle e poder que caracteriza a sua profissão, os problemas de relacionamento e conflitos com os outros podem emergir com maior facilidade. No nosso caso, este tipo de explicação encontra sustentação no que se refere aos maiores níveis de stress associados à falta de poder e reconhecimento por parte dos enfermeiros, mas não tanto no que se refere ao ambiente e às relações no trabalho (igualmente mais elevado nos enfermeiros). Assim sendo, o que parece mais significativo nos dados agora obtidos é que, embora sendo profissões exercidas lado a lado, num mesmo contexto, apresentam características bastante distintas. Isto também é demonstrado pelos maiores problemas dos enfermeiros relacionados com a instabilidade profissional e na carreira, bem como o mal-estar devido à remuneração e o status socioprofissional, que representam duas das reivindicações principais desta classe.

Já no contexto onde são exercidas as funções, destaca-se, sobretudo, o fato dos trabalhadores inseridos em centros de saúde sentirem mais problemas relacionados com o excesso de trabalho em associação a uma maior experiência de exaustão emocional. Estes dados estão em desacordo com os obtidos por Queirós (2005) com enfermeiros portugueses, observando-se que os níveis de exaustão emocional foram mais frequentes em profissionais inseridos em serviços de urgência geral.

O vínculo profissional apontou, como seria de esperar, maiores problemas em três das dimensões de stress por parte dos profissionais temporários, notadamente nas questões relacionadas com a carreira profissional, com o excesso de trabalho e com a remuneração auferida. De igual modo, estes profissionais tendem a despersonalizar mais do que os seus colegas com vínculos profissionais mais estáveis. Este padrão de resultados tem sido reforçado na literatura, principalmente na relativa ao nível de *burnout*, salientando-se o fato dos trabalhadores com situações laborais instáveis estarem mais sujeitos a este tipo de problema

(Leiter & Harvie, 1996; Schaufeli & Buunk, 1996).

Um aspecto relacionado com a estrutura organizacional das instituições de saúde deve-se aos tipos de horário que propõem aos seus funcionários. No presente estudo, as indicações parecem menos favoráveis à inclusão dos profissionais em horários rotativos, onde se inclui o trabalho noturno. De fato, os participantes que se encontravam nestes esquemas de trabalho relataram mais problemas de stress em vários domínios (ex.: ambiente de trabalho e relações profissionais, excesso de trabalho, carreira profissional, remuneração auferida e falta de reconhecimento) bem como menor comprometimento organizacional. Tais resultados confirmam o alerta fornecido por alguns autores que realçam o fato do trabalho por turnos rotativos na área da saúde não estar imune a efeitos secundários para os trabalhadores, isto apesar de serem aceites, em geral, como uma prática comum (Effinger, Nelson, & Starr, 1995; Parikh, Taukari, & Bhattacharya, 2004).

Em síntese, os dados agora obtidos sugerem a necessidade de realização de mais estudos que possam testar as relações entre o stress ocupacional e o funcionamento dos profissionais de saúde. Nesse aspecto, torna-se evidente a necessidade de contemplar medidas pessoais (ex.: estilos de *coping*, auto-eficácia, motivação, ansiedade, etc.), interpessoais (ex.: competências de gestão de conflitos, coesão e união nas equipas de trabalho, etc.) e situacionais (ex.: comprometimento organizacional, *turnover*, absentismo, etc.). Um dado importante a considerar é a possível combinação entre as abordagens negativas, centradas na patologia e nas dificuldades manifestadas pelas pessoas, e as abordagens positivas, que valorizam os recursos e as potencialidades dos trabalhadores, até porque, sendo evidente o fato do trabalho estar associado a um amplo conjunto de problemas e de constrangimentos, também não deixa de ser verdade que a experiência laboral representa, para a maioria das pessoas, uma fonte positiva de significação pessoal e de bem-estar. Por outro lado, torna-se fundamental que a investigação futura tente ultrapassar a natureza descritiva e correlacional do estudo agora apresentado, assumindo uma compreensão dos padrões temporais da experiência humana no trabalho (ex.: estudos longitudinais) testando novos pressupostos baseados em modelos conceituais neste domínio. Por último, é indispensável considerar que a investigação produzida tem, praticamente sempre, deixado em aberto a relevância do desenvolvimento de estratégias de intervenção, principalmente em nível primário, que procurem promover melhores condições de trabalho em cada contexto laboral. Na nossa perspectiva, será a combinação entre estes fatores que melhor traduzirá os esforços até agora produzidos pela investigação sobre o stress ocupacional.

Referências

- Blegen, M. A. (1993). Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nursing Research, 42*, 36-41.
- Borda, R. C., & Norman, I. J. (1997). Factors influencing turnover and absence of nurses: a research review. *International Journal of Nursing Studies, 34*, 385-394.
- Burke, R., Greenglass, E., & Schwarzer, R. (1996). Predicting teacher burnout over time: effects of work stress, social support, and self-doubts and its consequences. *Anxiety, Stress and Coping, 9*, 261-275.

- Cascio, W. F. (1995). Whiter industrial and organizational psychology in a changing world of work? *American Psychologist*, 50, 928-939.
- Cooper, C. L., Dewe, P. J., & O'Driscoll, M. O. (2001). *Organizational stress: a review and critique of theory, research, and applications*. London: Sage.
- Coyne, J. C., & Racioppo, M. W. (2000). Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist*, 55, 655-664.
- Cruz, J. F., & Gomes, A. R. (2007). *Escala de Coping Proactivo (ECP) – Versão para investigação*. Manuscrito não publicado. Braga: Universidade do Minho.
- Effinger, J., Nelson, L. C., & Starr, J. M. (1995). Understanding circadian rhythms: A holistic approach to nurses and shift work. *Journal of Holistic Nursing*, 13, 306-322.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Gaba, D. M., & Howard, S. K. (2002). Fatigue among clinicians and the safety of patients. *New England Journal of Medicine*, 347, 1249-1255.
- Gomes, A. R. (2006). *Escala de comprometimento organizacional (ECO) – Versão para investigação*. Manuscrito não publicado. Braga: Universidade do Minho.
- Gomes, A. R., Cabanelas, S., Macedo, V., Pinto, C., & Pinheiro, L. (2008). Stresse, saúde física, satisfação e “burnout” em profissionais de saúde: análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar. In M. G. Pereira, C. Simões & T. McIntyre (Orgs.), *Actas do II congresso família, saúde e doença: Modelos, investigação e prática em diferentes contextos de saúde* (2ª ed., Vol. IV, pp. 178-192). Braga: Universidade do Minho.
- 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(3), 307-318.
- 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 (Orgs.), *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.
- Greenglass, E. R., Schwarzer, R., & Taubert, S. (1999). *The proactive coping inventory (PCI): a multidimensional research instrument*. [On-Line publication]. Disponível em <http://www.psych.yourku.ca/greenglass/>
- 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.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leiter, M. P., & Harvie, P. (1996). Burnout among mental health workers: a review and research agenda. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 90-101.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1996). Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS). In C. Maslach, S. E. Jackson & M. P. Leiter (Orgs.), *MBI Manual* (3rd Ed., pp. 3-17). Mountain View, California: CPP, Inc.
- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Orgs.), *Professional burnout: recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- McIntyre, T. M. (1994). Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 193-200.
- McIntyre, T. M., McIntyre, S., & Silvério, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 17(3), 513-527.
- Melo, B. T., Gomes, A. R., & Cruz, J. F. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-71.
- Melo, B. T., Gomes, A. R., & Cruz, J. F. (1999). Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do burnout para os profissionais de psicologia. In A. P. Soares, S. Araújo & S. Caires (Orgs.), *Avaliação psicológica: formas e contextos* (vol. VI, pp. 596-603). Braga: APPORT (Associação dos Psicólogos Portugueses) - Universidade do Minho.
- 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 (Orgs.), *Stress and anxiety* (pp. 127-142). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Mowday, R. T., Porter, L. W., & Steers, R. M. (1982). *Employee-organization linkages: the psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. New York: Academic Press.
- Mowday, R. T., Steers, R. M., & Porter, L. W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14, 224-227.
- Murphy, L. R., Hurrell, J. J., Sauter, S. L., & Keita, G. P. (1995). *Job stress interventions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 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.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2ª Ed.). New York: McGraw-Hill.
- Parikh, P., Taukari, A., & Bhattacharya, T. (2004). Occupational stress and coping among nurses. *Journal of Health Management*, 6, 115-127.
- Petterson, I. L., Arnetz, B. B., Arnetz, J. E., & Horte, L. G. (1995). Work environment, skills utilization, and health of Swedish nurses: results from a national questionnaire study. *Psychotherapy and Psychosomatization*, 64, 20-31.
- Pinto, A. M. (2000). *Burnout profissional em professores portugueses: Representações sociais, incidência e preditores*. Tese de Doutorado. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa..
- Queirós, P. J. (2005). *Burnout no trabalho conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.
- Sauter, S. L., & Murphy, L. R. (Orgs.) (1995). *Organizational risk factors for job stress*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. (1996). Professional burnout. In M. Schabracq, J. Winnubst & C. Cooper (Orgs.), *Handbook of work and health psychology* (pp. 311-346). New York: John Wiley.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. In C. L. Cooper & I. Robertson (Orgs.), *International review of industrial and organizational psychology* (pp. 25-48). New York: Wiley.
- Spurgeon, A., & Harrington, J. M. (1989). Work performance and health of junior hospital doctors: a review of the literature. *Work & Stress*, 3, 117-128.
- Van Veldhoven, M., Taris, T. W., de Jonge, J., & Broersen, S. (2005). The relationship between work characteristics and employee health and well-being: how much complexity do we really need? *International Journal of Stress Management*, 12, 3-28.
- 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.

Maria da Conceição de Melo Silva, mestre em Psicologia da Saúde pela Escola de Psicologia da Universidade do Minho, é doutoranda em Psicologia da Saúde pela mesma universidade.

Endereço para correspondência: Rua Tomás de Figueiredo, nº 68, 7º Centro-Trás, 4710-450, S. Victor/Braga, Portugal. Tel. +253.604.232. Fax: +253.604.221. E-mail: Dra.mariaconceicaoosilva@gmail.com

António Rui da Silva Gomes, doutor em Psicologia do Desporto pela Escola de Psicologia da Universidade do Minho, é professor auxiliar na mesma universidade. E-mail: rgomes@psi.uminho.pt