



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | **Psicologia Social do Trabalho e das Organizações**

Dissertação

**Burnout e fatores psicossociais de risco. Um estudo com
profissionais da indústria e profissionais de saúde**

Raquel Alexandra Saúde Merca

Orientador(es) | **Anabela Maria Sousa Pereira**

Claúdia J. S. Fernandes

Évora 2024



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Social do Trabalho e das Organizações

Dissertação

Burnout e fatores psicossociais de risco. Um estudo com profissionais da indústria e profissionais de saúde

Raquel Alexandra Saúde Merca

Orientador(es) | Anabela Maria Sousa Pereira
Claúdia J. S. Fernandes

Évora 2024





A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | João Nuno Ribeiro Viseu (Universidade de Évora)

Vogais | Anabela Maria Sousa Pereira (Universidade de Évora) (Orientador)
Elisabeth de Jesus Oliveira Brito (Universidade de Aveiro) (Arguente)

*“Enquanto não alcances
Não descanses.
De nenhum fruto queiras só metade.”
(Miguel Torga)*

Agradecimentos

Aos meus pais por terem tomado também como seu este meu sonho. Agradeço-vos todos os sacrifícios e esforços para me proporcionarem o melhor. Ao meu pai, que me ensina a não sentir tanta pressão sobre a vida. À minha mãe, pelo ensino do rigor e da disciplina.

Às amigas que o meu percurso académico me trouxe. Andreia, pelo teu companheirismo, espírito de ajuda e doçura. És uma das pessoas mais belas que conheço. Obrigada por tudo ao longo deste processo. Dina, agradeço-te pela nossa amizade e sintonia que fomos construindo desde o início. Realças-te pela simplicidade e amabilidade. Grata por vos conhecer!

Agradeço à minha tia Maria João por ter acreditado nas minhas competências e ter investido no meu percurso académico.

Aos meus avós, Maria de Aires e João, por tudo desde sempre!

À orientadora Professora Doutora Anabela Pereira e coorientadora Professora Doutora Cláudia Fernandes pelo apoio científico e coordenação e aconselhamento.

À Professora Doutora Isabel Souto pelo auxílio prestado e conhecimentos transmitidos nos momentos em que mais necessitei.

A todos os participantes deste estudo, sem os quais, isto não seria possível.

E a ti, “Mui Nobre e Sempre Leal Cidade de Évora”, que ficará eternamente no meu coração!

Resumo

O presente estudo quantitativo, transversal, correlacional visou caracterizar e identificar os fatores psicossociais de risco e de *burnout* em contexto profissional. Inquiriram-se 350 sujeitos (N=350), provenientes dos setores da indústria e saúde, de ambos os géneros com idades entre os 18 e os 70 anos. Utilizaram-se como instrumentos o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire III* (versão média) e *Burnout Assessment Tool* (BAT). Os resultados evidenciaram que as mulheres apresentam níveis superiores de Insegurança Laboral, *Stress*, *Burnout* e Sintomas Depressivos e quando menores as habilitações académicas, maior a Insegurança com as Condições de Trabalho e uma Autoavaliação da Saúde mais baixa. A dimensão Significado do Trabalho foi superior nos participantes com idades mais avançadas. No entanto, o *burnout* diminuiu com a idade e anos de serviço dos sujeitos, sendo maior nos solteiros. Sugerem-se investigações futuras que visem a redução dos riscos psicossociais e *burnout*, promovendo a saúde e bem-estar dos colaboradores.

Palavras-Chave: *Stress*; *Burnout*; Fatores Psicossociais de Risco; Colaboradores; Trabalho.

***Burnout* and Psychosocial Risk Factors: A Study with Industry Professionals and Health Professionals**

Abstract

This quantitative, cross-sectional, correlational study aimed to characterize and identify psychosocial risk factors and *burnout* in a professional context. A total of 350 subjects (N=350) from the industry and health sectors, of both genders and aged between 18 and 70, were surveyed. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire III (medium version) and the Burnout Assessment Tool (BAT) were instruments. The results showed that women had higher levels of Job Insecurity, *Stress*, *Burnout*, and Depressive Symptoms and that the lower the academic qualifications, the greater the Insecurity with Working Conditions and the lower the Self-Assessment of Health. The Meaning of Work dimension was higher in older participants. However, *burnout* decreased with age and years of service and was higher among single people. Future research aimed at reducing psychosocial risks and *burnout*, and promoting the health and well-being of employees, is suggested.

Keywords: *Stress*; *Burnout*; Psychosocial Risk Factors; Employees; Work.

Índice

Introdução	8
Fatores Psicossociais de Risco	8
<i>Burnout</i>	10
Método	15
Amostra	15
Instrumentos	19
Procedimentos	22
Análise de Dados	23
Resultados	24
Discussão	38
Conclusão	41
Referências Bibliográficas	44
Anexos	57
Anexo 1- Parecer da Comissão de Ética.....	57
Anexo 2- Consentimento Informado (Estudo 1) Indústria	58
Anexo 3- Consentimento Informado (Estudo 1) Saúde.....	59
Anexo 4- Consentimento Informado (Estudo 2)	60
Anexo 5- <i>Burnout Assessment Tool</i> (BAT).....	61
Anexo 6- <i>COPSOQ III</i> Versão Média.....	64

Índice de Quadros e Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica do setor da Indústria.....	16
Tabela 2. Caracterização Sociodemográfica do setor da Saúde	17
Tabela 3. Caracterização sociodemográfica e situação socioprofissional dos participantes (Amostra do Estudo 2)	18
Tabela 4. Coeficiente de Fiabilidade do COPSQ.....	20
Tabela 5. Coeficiente de Fiabilidade do BAT.....	22
Tabela 6. Descritivas para as Escalas COPSQ.....	24
Gráfico 1. Gráfico Semáforo para as Dimensões COPSQ (Indústria).....	27
Gráfico 2. Gráfico Semáforo para as Dimensões COPSQ (Saúde).....	30
Tabela 7. Teste Post-Hoc Tukey HSD para Habilitações Académicas e Insegurança com as Condições de Trabalho.....	33
Tabela 8. Teste Post-Hoc Tukey HSD para Habilitações Académicas e Autoavaliação da Saúde.....	34
Tabela 9. Teste Post-Hoc Tukey HSD para Idade e Significado do Trabalho.....	34
Tabela 10. Estatísticas descritivas para as dimensões do BAT.....	35
Gráfico 3. Gráfico Semáforo para as dimensões do BAT.....	36
Tabela 11. Correlação da Satisfação no local de trabalho e indicadores psicológicos.....	37

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

BAT: *Burnout Assessment Tool*

COPSOQ: Copenhagen Psychosocial Questionnaire

ESENER: European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks

EU-OSHA: European Agency for Safety and Health at Work

JD-R: *Job Demands-Resources Model*

OMS: Organização Mundial de Saúde

SGSST: Sistema de Gestão da Segurança e Saúde do Trabalho

Introdução

Sendo o trabalho um pilar fundamental e significativo para os indivíduos, pode ser uma fonte de prazer e de realização, mas também pode significar sofrimento e até frustração (Pereira et al., 2023). Isto porque o mundo do trabalho tem vindo a sofrer diversas mudanças na sua natureza, nomeadamente, no ambiente, nos equipamentos e no seu modo de organização, o que tem um impacto significativo para a saúde e bem-estar dos colaboradores (Schulte et al., 2019), designadamente, riscos, patologias físicas e mentais (Pereira et al., 2023). Para além disto, também a pandemia de coronavírus (COVID-19) e outros eventos à escala mundial contribuíram para a instabilidade na economia e no emprego, o que gerou medo e incerteza nos sujeitos (Eurofound, 2021).

Fatores Psicossociais de Risco

Os fatores psicossociais são características da gestão e organização, do contexto social e ambiente de trabalho que têm impacto na saúde dos trabalhadores. Quando são devidamente controlados, podem ter benefícios, como por exemplo, para a satisfação no trabalho ou produtividade, mas caso contrário, podem acarretar desvantagens, como *stress* e doenças crónicas, o que origina os riscos psicossociais (Leka & Cox, 2008).

Neste sentido, os riscos psicossociais são fatores presentes em contexto de trabalho, resultantes de uma má conceção e organização, mas também de um contexto social de trabalho perturbado, o que pode desencadear problemas aos níveis psicológico, físico e social, entre os quais, *stress* ocupacional, esgotamento e depressão (EU-OSHA, 2023).

Entendem-se como condições de trabalho propiciadoras de riscos psicossociais: a comunicação ineficaz, a falta de clareza na definição de funções, insegurança laboral, má relação entre colegas e chefia, assédio psicológico e/ou sexual e a falta de participação nas tomadas de decisão (EU-OSHA, 2023).

Num inquérito realizado pela EU-OSHA (2022) a trabalhadores de vários países europeus, verificou-se que a maioria dos participantes em todos os países referiram sentir-se expostos a uma elevada pressão de tempo e sobrecarga de trabalho, o que pode ser gerador de *stress*, por exemplo.

O termo *stress*, inicialmente proposto por Hans Selye, em 1936, estava relacionado sobretudo com a componente biológica, sendo descrito como uma resposta não específica do corpo a uma exigência de mudança. No entanto, o termo ganhou um

significado mais geral, englobando uma resposta do corpo perante qualquer distúrbio de ordem mental, emocional e física. Paralelamente, a prevalência de *stress* tem vindo a aumentar, contribuindo cada vez mais para o aparecimento de transtornos na saúde mental e doenças crónicas que, por sua vez, influenciam negativamente a produtividade laboral e conduzem à redução da qualidade de vida e aumento de custos médicos. Apesar de algum grau de *stress* desempenhar um papel benéfico e até positivo, como o *eustress*, quando é experienciado de forma crónica e prolongada, prejudica os mecanismos de *coping* do corpo (Pereira & Queirós, 2021).

Por estas razões, a monitorização dos riscos psicossociais em contexto de trabalho tornou-se um dos maiores desafios e preocupações das organizações (Di Tecco et al., 2023), apesar da gestão da Segurança e Saúde no Trabalho (SST) ser efetuada, na grande maioria das organizações, apenas para cumprimento legal (ESENER, 2019).

Concretamente em Portugal, pouco se investe nesta matéria, pelo que a realidade portuguesa se encontra inferior à média europeia. Desta forma, é fundamental recalcular as políticas e práticas preventivas neste contexto, devendo-se sensibilizar todos os envolvidos (e.g., trabalhadores, gestores) para a relevância e impacto dos fatores psicossociais de risco na saúde, como também em termos financeiros para as organizações (Antunes, 2023).

A Diretiva Europeia 89/392/EEC torna a gestão de riscos psicossociais e do *stress* relacionado com o trabalho obrigatórios, tal como os restantes riscos laborais (Fernandes et al., 2022). Para tal, os riscos psicossociais devem constar ao longo do procedimento de implementação dos sistemas de gestão de segurança e saúde no trabalho (SGSST), pelos consequentes benefícios para a organização e para os seus colaboradores (Fernandes et al., 2022).

Uma curta exposição aos riscos psicossociais está associada, por exemplo, ao surgimento de *stress*, perturbações da ansiedade, alterações de humor, fadiga, entre outras (Harvey et al., 2017). Por outro lado, exposições durante períodos mais longos encontram-se relacionadas com problemas do foro mental (Niedhammer et al., 2021) e físico (Lightbody et al., 2017), doenças musculoesqueléticas (Aldasoro & Cantonnet, 2021), depressão (Mikkelsen et al., 2021), ideação suicida (Sullivan & Germain, 2019) e/ou suicídio (Dutheil et al., 2019) e *burnout* (Schaufeli, 2017a).

Além disto, os profissionais de saúde apresentaram com maior regularidade, pelo impacto da Covid-19, determinados riscos psicossociais em contexto de trabalho (e.g.,

conflitos e exigências no trabalho e *burnout*), assim como mais sintomas na saúde do que quando comparados com outros profissionais (Gaspar et al., 2021).

Os fatores psicossociais de risco na **indústria** apesar da sua importância, são ainda escassos. Em consonância e apesar de não existirem muitos estudos sobre fontes de *stress* e riscos psicossociais no setor da indústria siderúrgica europeia (Metzler & Bellingrath, 2017), também os trabalhadores deste setor são dos grupos profissionais mais afetados pelo *burnout* (Lu et al., 2022), visto que o ambiente industrial é marcado pela alta intensidade e cargas elevadas (Grande, 2020). Desta forma, os trabalhadores do setor metalomecânico encontram-se altamente suscetíveis em sofrerem acidentes de trabalho, pelos vários riscos presentes neste ramo, entre os quais, o contacto com máquinas de alta tensão e ferramentas de corte (Gómez & Herrera, 2013). Contudo, os fatores psicossociais possuem um risco mais elevado para a saúde, sobretudo, mental, comparativamente com fatores de carácter físico (Hämmig & Bauer, 2014).

De acordo com Fernandes (2016), os trabalhadores da indústria revelam uma maior predisposição à influência do *stress* na capacidade para o trabalho. Simultaneamente, o facto da indústria se constituir enquanto um setor com características muito específicas, sobretudo, no que respeita à prevalência de doenças e/ou perturbações (e.g., as lesões músculo-esqueléticas e a perturbações mentais ligeiras), da mesma forma que a exposição a contextos pobres do ponto de vista psicossocial influencia negativamente a saúde física e mental dos colaboradores, o ambiente de trabalho e os períodos de pausa, o que eleva a importância de estratégias e intervenções personalizadas, de acordo com o contexto em si.

Burnout

O termo *burnout* surgiu, pela primeira vez, na década de 1970 por Herbert Freudenberger, que o descreveu como um esgotamento emocional gradual, marcado pela perda de motivação e diminuição do comprometimento (Schaufeli, 2017b).

Posteriormente, Cristina Maslach redefiniu o conceito como uma síndrome caracterizada por três dimensões: a exaustão emocional, a despersonalização e a redução da realização pessoal, devido a uma exposição contínua ao *stress* relacionado com o trabalho (Lastovkova et al., 2018).

Entretanto, novas definições foram apresentadas por outros autores, nomeadamente (Schaufeli et al., 2020a), que consideraram o *burnout* como um estado de

exaustão resultante do trabalho e que ocorre nos colaboradores, caracterizando-se pelo cansaço extremo, capacidade mais reduzida para regular processos cognitivos e emocionais, assim como o distanciamento mental.

Segundo estes autores, o *burnout* é constituído por quatro dimensões principais: a *Exaustão*, que se manifesta por uma grave perda de energia física e mental; a *Distância Mental*, relativa ao distanciamento mental e psicológico do trabalho e que pode ser perspectivada como uma estratégia de *coping* para suportar os sentimentos de exaustão; o *Comprometimento da Função Cognitiva*, ou seja, uma redução da capacidade para regular os processos cognitivos, como a memória e a atenção, de forma adequada; e o *Comprometimento da Função Emocional*, que se traduz numa diminuição da capacidade em regular eficazmente emoções, por exemplo, a raiva e a tristeza (Schaufeli et al., 2020a).

Estas dimensões principais são acompanhadas de três sintomas secundários: o *Humor Depressivo*, isto é, uma reação comum face a uma desilusão ou perda; o *Distress Psicológico*, que é relativo a um estado de elevada tensão e que interfere nas atividades diárias; e as *Queixas Psicossomáticas*, as quais se refletem em sintomas físicos desencadeados por fatores psicológicos (Schaufeli et al., 2020a).

Uma das teorias explicativas mais utilizada para a origem do *burnout* assenta no Modelo de Exigências-Recursos da Função ou *Job Demands-Resources Model* (JD-R), proposto por Demerouti et al. (2001). Segundo este, quando existem várias exigências no local de trabalho (e.g., a sobrecarga de trabalho), comparativamente com os recursos dos sujeitos (e.g., a autonomia e o apoio das chefias ou colegas), durante um longo período de tempo, pode conduzir ao *burnout* (Edú-Valsania et al., 2022).

A síndrome de *burnout* resulta, principalmente, de uma exposição prolongada a certas condições de trabalho e, como tal, não é uma característica do indivíduo nem um traço de personalidade (Edú-Valsania et al., 2022). O impacto negativo do *burnout* sobre os trabalhadores fez com que, em 2022, a OMS o incluísse na 11^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), como uma síndrome resultante exclusivamente do âmbito ocupacional (Edú-Valsania et al., 2022).

Existem eventos que além de propiciarem *burnout*, podem mantê-lo em sujeitos que já sofrem desta síndrome. Estes fatores diferenciam-se em duas categorias: fatores organizacionais, ou seja, aspetos presentes nas condições de trabalho, como por exemplo, a relação com os clientes, chefias e/ou colegas, e a carga de trabalho; e fatores individuais,

tais como, a personalidade do indivíduo e o tipo de estratégias de *coping* (Edú-Valsania et al., 2022). No entanto, determinados fatores individuais, perante a presença de certos fatores situacionais, podem ser protetores (e.g., otimismo e mecanismos de *coping* ativo) ou conducentes de *burnout* (e.g., falta de autoconfiança) (Edú-Valsania et al., 2022).

De acordo com Schaufeli (2015), também a liderança e, conseqüentemente, os líderes têm impacto no equilíbrio entre as exigências e os recursos no trabalho, pelo modo como gerem a alocação e o impacto destas exigências e recursos, de forma a manter a saúde, motivação e produtividade dos seus seguidores. Um estudo realizado por Kohnen et al. (2024) verificou que uma liderança empenhada pode influenciar a percepção dos enfermeiros acerca do trabalho, o que propicia mais recursos e menos exigências no ambiente de trabalho. Por sua vez, ao fornecer mais recursos para desempenhar o seu trabalho, também se promove a motivação intrínseca e percepção de bem-estar, o que diminui os níveis de *burnout* e aumenta o *engagement*, ou seja, o aumento dos recursos de trabalho pode ser benéfico para o *engagement de* enfermeiros, enquanto que o aumento das exigências é facilitador de *burnout*.

Relativamente à relação entre **género** e *burnout* no contexto laboral, principalmente, em profissionais de saúde, o género feminino mostrou uma maior predisposição para desenvolver *burnout* (Taranu et al., 2022). De forma concordante, um estudo (Palvimo et al., 2023) realizado com enfermeiros na Finlândia observou que os homens apresentavam menos *burnout* do que as mulheres. Concretamente, uma grande parte dos estudos referiu que as mulheres, tendencialmente, sofrem mais de exaustão emocional e baixa realização profissional, ao invés dos homens, nos quais, é mais comum a despersonalização (Edú-Valsania et al., 2022).

O *burnout* pode afetar várias **profissões**. No entanto, os profissionais de saúde, pela intensidade e contacto direto com os pacientes, apresentam um elevado risco de sofrer *burnout* (Mâroco et al., 2016). Concretamente, dentro desta classe profissional, os médicos encontram-se mais suscetíveis (De Hert, 2020). Num estudo que avaliou níveis de *burnout* entre enfermeiros e assistentes operacionais de um hospital, verificou-se que os enfermeiros apresentavam níveis superiores de *burnout*, quando comparados com os assistentes, em todas as dimensões (Fernandes & Queirós, 2022). Também Marques et al. (2018) constataram que os assistentes de cuidados de saúde apresentaram menor suscetibilidade do que os enfermeiros em ter elevadas pontuações para a exaustão emocional de *burnout*. Ainda no mesmo estudo, o pessoal administrativo apresentou

níveis de *burnout* idênticos aos dos profissionais de saúde, o que leva a concluir que são um grupo altamente suscetível em sofrer *burnout* (Marques et al., 2018).

No que diz respeito aos **anos de serviço** e *burnout*, e de acordo com Marôco et al. (2016), os anos de serviço na função e as condições de trabalho contribuíram para uma prevalência significativa de *burnout* quer em médicos, como em enfermeiros. Neste sentido, os profissionais mais jovens, com um tempo de exercício da função menor, evidenciaram níveis superiores de *burnout* quando comparados com profissionais mais velhos (Bilge, 2006).

Quanto ao papel da **idade** como fator preditor ou protetor de *burnout*, parece não existir um consenso entre os vários estudos. Num inquérito realizado pela EU-OSHA (2022) a trabalhadores de vários países europeus, verificou-se que os participantes mais jovens, com idades compreendidas entre os 16 e os 24 anos, apresentaram uma menor probabilidade de exposição à pressão de tempo e sobrecarga de trabalho (38%), quando comparados com os inquiridos de faixas etárias superiores (entre 45% a 47%) (EU-OSHA, 2022). Em concordância, Götz et al. (2018) referiram que os trabalhadores mais velhos se encontravam mais suscetíveis ao *stress* ocupacional, pois o processo de envelhecimento também altera os recursos e as estratégias de *coping* dos sujeitos, tornando-os mais predispostos a adoecerem devido ao *stress*, com uma recuperação mais lenta. No entanto, outros estudos (Mohammad, 2014; Rožman et al., 2019) observaram que os níveis de *stress* laboral e sintomas de *burnout* eram mais baixos nos trabalhadores de maior idade, comparativamente com o grupo de funcionários mais novos.

Em termos de **habilitações académicas**, pareceu existir evidência que os sujeitos com maiores níveis de escolaridade, têm uma probabilidade superior de desenvolver *burnout* (França & Ferrari, 2012). No que concerne ao **estado civil** e *burnout*, tendencialmente, os profissionais de saúde casados podem experienciar mais *burnout* do que os solteiros, o que se pode dever às responsabilidades acrescidas ou adversidades emocionais relacionadas com o papel (Odonkor & Frimpong, 2020).

Apesar das consequências do *burnout*, em fases iniciais, serem de ordem psicológica, quando permanecem no tempo, também impactam a componente física (Salvagioni et al., 2017). A redução da produtividade, da satisfação com o trabalho e com a vida pessoal, associando-se ao aumento dos conflitos de cariz laboral, bem como o eventual consumo de substâncias são causadores de sofrimento, o que poderá, em casos extremos, levar ao suicídio (Wall et al., 2014).

As implicações do *burnout* em médicos são mais sérias, face a outras profissões (De Hert, 2020), uma vez que poderão resultar num atendimento ao paciente menos seguro e de menor qualidade (Shin et al., 2023), num aumento de eventuais erros médicos (Schanafelt et al., 2002; Schanafelt et al., 2010) passíveis de processos por negligência médica e contestação judicial, os quais têm custos para os profissionais de saúde e para os hospitais (Jones et al., 1988).

A nível organizacional, as implicações relacionam-se, sobretudo, com níveis mais elevados de absentismo (Salvagioni et al., 2017), que conduzem à perda de mão de obra e de produtividade, às quais estão associados gastos acrescidos com colaboradores temporários (Borritz et al., 2006), mas também ao aumento do presentismo e do *turnover*, assim como a uma probabilidade acrescida de ocorrerem acidentes e lesões no local de trabalho (Salvagioni et al., 2017).

Face à pertinência desta temática, bem como à escassez de alguma literatura sobre a mesma, pretendeu-se dar o nosso contributo com o presente estudo, cujo principal objetivo foi explorar a influência que determinadas características sociodemográficas e socioprofissionais poderiam exercer sobre os indivíduos, em diferentes contextos laborais, relativamente à presença de fatores psicossociais de risco e de *burnout*. Ressaltou-se para a importância de práticas preventivas, promotoras de saúde e bem-estar dos colaboradores e foram sugeridas estratégias de intervenção para a saúde. De forma a reforçar a relevância do nosso estudo, importa clarificar os nossos objetivos específicos. Detalhou-se (1) caracterizar e identificar os fatores psicossociais de risco, apresentando estratégias de intervenção para a saúde; (2) identificar os níveis de *burnout* entre os profissionais; e (3) compreender a relação entre o *burnout* e as variáveis sociodemográficas.

Tendo por base tais objetivos, salientam-se as seguintes hipóteses:

H1: Os profissionais de saúde apresentam uma exposição superior aos fatores psicossociais de risco face aos profissionais da indústria.

H2: As variáveis sociodemográficas e condição socioprofissional influenciam os níveis de fatores psicossociais de risco.

H3: As variáveis sociodemográficas e a condição socioprofissional influenciam os níveis de *burnout* nos profissionais de saúde.

Método

O presente estudo recorreu a uma abordagem metodológica quantitativa, correlacional e transversal.

Considerando o enquadramento teórico deste estudo, os objetivos e as hipóteses formuladas, definiram-se dois tipos de variáveis, de acordo com a sua natureza.

Variáveis dependentes: Fatores Psicossociais de Risco e *Burnout*.

Variáveis independentes: Dados sociodemográficos e situação socioprofissional.

Amostra

O presente estudo foi constituído por duas amostras distintas, uma pertencente ao Estudo 1 e outra ao Estudo 2. A amostra do Estudo 1 (N=144) foi composta, em si, por duas subamostras, sendo uma do setor da indústria (N=110) (Tabela 1) e outra do setor da saúde (N=34) (Tabela 2). O Estudo 2 foi formado exclusivamente por profissionais do contexto de saúde (N=206) (Tabela 3).

No Estudo 1, para a subamostra da indústria, cerca de 43 participantes pertenciam ao sexo feminino (39.1%) e 67 ao masculino (60.9%), onde a maioria dos sujeitos tinha **idades** compreendidas entre os 31 e os 40 anos de idade (44.5%). Quanto ao **estado civil**, registaram-se sobretudo casados e/ou união de facto (49.1%). Por fim, nas **habilitações académicas**, a amostra possuía, na sua grande parte, o Ensino Secundário concluído (58.2%) (Tabela 1).

Tabela 1*Caracterização Sociodemográfica do setor da Amostra da Indústria*

		N	%
Género	Feminino	43	39.1%
	Masculino	67	60.9%
Idade	18-30 anos	27	24.5%
	31-40 anos	49	44.5%
	41-50 anos	29	26.4%
	51-60 anos	5	4.5%
Estado Civil	Solteiro(a)	50	45.5%
	Casado(a) / União de facto	54	49.1%
	Divorciado(a)	5	4.5%
	Viúvo(a)	1	0.9%
Habilitações Académicas	Até ao 9ºano (Ensino Básico)	6	5.5%
	Até ao 12ºano (Ensino Secundário)	64	58.2%
	Ensino Profissional (CTESP)	11	10%
	Licenciatura	15	13.6%
	Mestrado	14	12.7%

Com base na Tabela 2, verifica-se que no contexto da saúde, grande parte dos participantes pertencia à **faixa etária** entre os 29 e os 39 anos de idade (41.2%) e trabalhavam, principalmente, no **setor público** (61.8%). No que diz respeito ao **estado civil**, maioritariamente eram indivíduos casados ou em união de facto (52.9%) e em termos de **habilitações académicas**, na generalidade, os sujeitos possuíam licenciatura (67.6%). Por fim, a nível socioprofissional, uma parte considerável desempenhava **funções** há pelo menos 11 anos (34.9%).

Quanto à **profissão**, existiu uma prevalência de enfermeiros(as) (29.4%) e de nutricionistas (29.4%), compondo conjuntamente cerca de 58.8% da amostra.

Tabela 2*Caracterização Sociodemográfica do setor da Amostra da Saúde*

		N	%
Género	Feminino	32	94.1%
	Masculino	2	5.9%
Idade	18-28 anos	12	35.3%
	29-39 anos	14	41.2%
	40-50 anos	5	14.7%
	51-60 anos	2	5.9%
	61-70 anos	1	2.9%
Setor	Público	21	61.8%
	Privado	13	38.2%
Estado Civil	Solteiro(a)	15	44.1%
	Casado(a) / União de facto	18	52.9%
	Divorciado(a)	1	2.9%
Habilitações Académicas	Até ao 12ºano (Ensino Secundário)	1	2.9%
	Licenciatura	23	67.6%
	Mestrado	10	29.4%
Anos de serviço	1 a 5 anos	62	30.1%
	6 a 10 anos	43	20.9%
	11 a 20 anos	72	34.9%
	21 a 30 anos	19	9.2%
	31 a 48 anos	10	4.9%
Profissão	Enfermeiro(a)	10	29.4%
	Médico(a)	3	8.8%
	Fisioterapeuta	4	11.8%
	Psicólogo(a)	2	5.9%
	Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	2	5.9%
	Psicomotricista	1	2.9%
	Nutricionista	10	29.4%
	Subdiretora/Coordenadora clínica do desenvolvimento infantil	1	2.9%
	Terapeuta Ocupacional	1	2.9%

Amostra do Estudo 2

Relativamente à **caracterização dos participantes do Estudo 2**, responderam 206 indivíduos de **ambos os géneros**, embora tenha existido uma predominância do género feminino (79.1%), sendo a maioria compreendida na faixa etária entre 30 e os 49 anos (Tabela 3).

Quanto às **habilitações académicas** da amostra, constatou-se que 3.4% dos indivíduos possuíam o Ensino Básico, 40.3% o Ensino Secundário e 56.3% o Ensino Superior. No que concerne ao **estado civil**, 30.1% dos sujeitos eram solteiros, 63.1% casados/união de facto, sendo que 5.8% se encontravam divorciados e 1.0% viúvos.

Ao nível da **categoria profissional**, ressaltou-se uma maioria de técnicos administrativos (31.1%), seguidos de auxiliares de ação médica (16.0%), enfermeiros (17.0%), médicos (15.0%), profissionais dos serviços gerais (5.8%), do suporte ao negócio (chefias) (3.9%) e por técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e de Saúde (11.2%). Em termos de **anos de serviço**, observou-se que os colaboradores com 11 a 20 anos de serviço, representaram 30.1%, enquanto o grupo de 31 a 38 anos representou 4.9% da amostra.

Tabela 3

Caracterização sociodemográfica e situação socioprofissional dos participantes

(Amostra do Estudo 2)

		N	%
Género	Feminino	163	79.1%
	Masculino	43	20.9%
Faixa Etária	<20-29 anos	24	11.7%
	30-39 anos	72	35.0%
	40-49 anos	70	34.0%
	50-59 anos	26	12.6%
	>60 anos	14	6.8%
Habilitações Académicas	Ensino Básico	7	3.4%
	Ensino Secundário	83	40.3%
	Ensino Superior	116	56.3%
Estado Civil	Solteiro(a)	62	30.1%
	Casado(a)	90	43.7%
	União de facto	40	19.4%
	Divorciado(a)	12	5.8%
	Viúvo(a)	2	1.0%

Categoria profissional	Administrativos	64	31.1%
	Auxiliares de Ação Médica	33	16.0%
	Enfermeiros	35	17.0%
	Médicos	31	15.0%
	Serviços Gerais	12	5.8%
	Suporte ao Negócio	8	3.9%
	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica Técnicos Superiores de Saúde	23	11.2%
Anos de serviço	1 a 5 anos	62	30.1%
	6 a 10 anos	43	20.9%
	11 a 20 anos	72	35.0%
	21 a 30 anos	19	9.2%
	31 a 48 anos	10	4.9%

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Em primeiro lugar, aplicou-se um Questionário Sociodemográfico, o que possibilitou uma caracterização da amostra, obtendo dados como a idade, o gênero, o estado civil, as habilitações acadêmicas, a profissão e os anos de serviço dos participantes.

Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ III)

O COPSOQ é um instrumento de avaliação que tem como objetivo a identificação dos fatores de risco psicossociais (Silva et al., 2011). Possui uma abordagem sistemática (Pereira & Fernandes, 2016), uma vez que não se limita a um modelo teórico que explique a ligação entre os riscos psicossociais, o ambiente de trabalho e a saúde (Burr et al., 2010), o que o diferencia dos restantes instrumentos frequentemente utilizados, por exemplo, JCQ e do ERI. O COPSOQ III, na sua versão média é constituído por 85 itens distribuídos por 31 subescalas agrupadas em 7 domínios, entre as quais: Exigências no trabalho (exigências quantitativas, ritmo de trabalho, exigências cognitivas, exigências emocionais); Organização e conteúdo do trabalho (influência no trabalho, possibilidades de desenvolvimento, controlo sobre o tempo de trabalho, significado do trabalho); Interface Trabalho-indivíduo (compromisso face ao local de trabalho, insegurança laboral, insegurança com as condições de trabalho, qualidade do trabalho, conflito trabalho-família, satisfação no trabalho); Relações sociais e liderança (previsibilidade, reconhecimento, transparência do papel laboral, conflito de papéis laborais, qualidade da liderança, suporte social de colegas, suporte social de superiores, sentido de pertença à

comunidade); Capital social (confiança vertical, confiança horizontal, justiça organizacional); Saúde e Bem-Estar (autoavaliação da saúde, problemas de sono, *stress*, *burnout*, sintomas depressivos); Personalidade (autoeficácia) (Cotrim et al., 2022).

Os itens do questionário são avaliados através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (e.g., “O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas?”) (1- Nunca/Quase Nunca; 2- Raramente; 3- Às vezes; 4- Frequentemente e 5- Sempre ou 1- Nada/Quase nada; 2- Um pouco; 3- Moderadamente; 4- Muito e 5- Extremamente), sendo a dimensão “Autoavaliação da Saúde”, medida também de 5 pontos, mas entre “Excelente” a “Fraca” (1-Excelente; 2- Muito boa; 3-Boa; 4-Razoável; 5-Fraca) (Cotrim et al., 2022).

De modo a obter uma melhor interpretação dos resultados, inverteram-se os itens nº60 e 61, visto que possuem um sentido contrário ao restante item da mesma Subescala.

Por uma questão de rigor e de fiabilidade do estudo, calculou-se o coeficiente alfa de *Cronbach* (α) para medir a consistência interna de cada dimensão e do total dos itens, por meio da análise das variáveis teste. Este cálculo foi efetuado para os instrumentos COPSOQ (Tabela 4) e BAT (Tabela 5), considerando os seguintes valores ($\geq .9$ - Excelente, $\geq .8$ - Bom, $\geq .7$ - Aceitável, $\geq .6$ - Razoável, $\geq .5$ - Mau, e $< .5$ - Inaceitável) (Cronbach, 1951; Field, 2009; Gliem & Gliem, 2003).

Os resultados indicaram que, de forma geral, as escalas do COPSOQ no presente estudo demonstraram uma consistência interna entre excelente ($\geq .9$) e aceitável ($\geq .7$) (Cronbach, 1951; Field, 2009; Gliem & Gliem, 2003).

Tabela 4

Coeficiente de Fiabilidade do COPSOQ no estudo atual e no Estudo original (Cotrim et al., 2022)

Escalas	Nº de questões	Estudo Atual (α)	Estudo Original (α)
Exigências Quantitativas	3	.843	.88
Ritmo de Trabalho	2	.826	.84
Exigências Cognitivas	4	.663	.75
Exigências Emocionais	3	.838	.91
Influência no Trabalho	4	.785	.84

Possibilidades de Desenvolvimento	3	.903	.90
Controlo sobre o tempo de trabalho	3	.714	.76
Significado do Trabalho	3	.766	.90
Compromisso face ao local de trabalho	3	.621	.69
Previsibilidade	2	.738	.77
Reconhecimento	3	.817	.91
Transparência do Papel Laboral	3	.852	.88
Conflito de Papéis Laborais	3	.671	.81
Qualidade da Liderança	4	.911	.94
Suporte Social de Colegas	3	.792	.83
Suporte Social dos Superiores	3	.863	.91
Sentido de Pertença à Comunidade	3	.847	.93
Insegurança Laboral	2	.889	.86
Insegurança com as Condições de Trabalho	3	.623	.80
Qualidade do Trabalho	1	*	--
Confiança Horizontal**	3	.832	.82
Confiança Vertical	3	.792	.88
Justiça Organizacional	4	.836	.90
Conflito Trabalho Família	3	.928	.97
Satisfação com o Trabalho	3	.864	.90
Autoavaliação da Saúde	1	*	--
Autoeficácia	2	.533	.69
Problemas de Sono	2	.848	.85
<i>Burnout</i>	2	.819	.88
<i>Stress</i>	2	.866	.86
Sintomas Depressivos	2	.755	.86

* É impossível calcular o α de Cronbach pois a escala é formada por uma única questão

** Neste estudo calculou-se o α de Cronbach com os itens 60 e 61 recodificados.

Burnout Assessment Tool (BAT)

O *Burnout Assessment Tool* (BAT) é um instrumento de autorrelato e tem por finalidade medir o *burnout*, sendo constituído pelo BAT-C, que apresenta 23 itens (e.g., “No trabalho, sinto-me mentalmente exausto(a)”) distribuídos por quatro subescalas (Exaustão, Distância Mental, Comprometimento da Função Cognitiva e Comprometimento da Função Emocional) e pelo BAT-S, formado por 10 itens, divididos em duas dimensões secundárias (Queixas Psicológicas e Psicossomáticas) (e.g., Sinto-me tenso(a) e *stressado*(a)), uma vez que o BAT não possui uma subescala para o Humor Depressivo. Os dois são avaliados numa escala de tipo Likert de 5 pontos que varia entre “Nunca” a “Sempre”, em que 1- Nunca; 2- Raramente; 3- Às vezes; 4- Frequentemente e 5-Sempre (Schaufeli et al., 2020b; Schaufeli et al., 2023; Sinval et al., 2022; Queirós et al., 2024).

Tabela 5

Coeficiente de Fiabilidade do BAT no Estudo Atual e no Estudo Original (Schaufeli et al., 2022)

Escalas	Alfa do Estudo Atual (α)	Alfa do Estudo Original (α)	Nº de Itens
BAT-E	.918	.92	8
BAT-DM	.873	.91	5
BAT-CCC	.785	.92	5
BAT-CCE	.857	.90	5
BAT-S	.881	.90	10

BAT-E, Exaustão; BAT-DM, Distância Mental; BAT-CCC, Incapacidade Controlo Cognitivo; BAT-CCE, Incapacidade Controle Emocional; BAT-S, Sintomatologia Secundária

Procedimentos

Para a realização do Estudo 1 (Fatores Psicossociais de Risco), solicitou-se para a subamostra da indústria, a autorização à Direção de Recursos Humanos da empresa para a recolha de dados. O questionário foi desenvolvido e aplicado por meio da plataforma *Google Forms* e enviado por correio eletrónico para todos os colaboradores da organização. A recolha da amostra durou um mês. Quanto à subamostra da saúde do Estudo 1, estabeleceu-se uma plataforma *LimeSurvey*, em formato *online*, onde se inseriram os questionários, sendo a sua divulgação efetuada através de redes sociais. Esta recolha compreendeu o período de quatro meses.

O Estudo 2 (Sintomatologia de *Burnout*) inseriu-se num protocolo estabelecido entre a Universidade de Évora e CUF. Com a devida autorização especial da entidade hospitalar privada, foi estabelecida uma plataforma *LimeSurvey*, em formato *online*, através da qual se elaboraram os questionários. A recolha dos dados teve a duração de, aproximadamente, um mês.

Em todas as fases do processo, foram cumpridos os requisitos do Regulamento Europeu de Proteção de Dados Regulamento (EU) 2016/679, de 27 de abril de 2016 e a Lei 58/2019, de 8 de agosto (LPDP), garantindo a segurança, anonimato e confidencialidade de todos os dados facultados pelos participantes, sendo atribuído pela Comissão de Ética da Universidade de Évora o parecer positivo, com o número GD/49561/2023 ao presente estudo.

Análise de Dados

Para a análise de dados, realizaram-se estatísticas descritivas simples (Frequências e Percentagens), medidas de tendência central (Média) e medidas de dispersão (Desvio-Padrão), para obter uma caracterização da amostra, assim como estatísticas inferenciais.

As respostas dos participantes aos questionários foram exportadas para um ficheiro de dados em formato *Excel*, sendo posteriormente inseridos e analisados no *IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Statistics 24*.

Uma vez que o COPSOQ avalia diversos riscos psicossociais e variáveis, a análise dos resultados pressupõe uma interpretação fator a fator, ou seja, calculam-se as médias dos itens de cada fator, que corresponderão a pontos de corte.

Esta divisão, por sua vez, é representada num gráfico “semáforo”, em que o primeiro ponto de corte abrange os valores entre 1.00 e 2.33. O segundo entre 2.34 e 3.66 e o terceiro entre 3.67 e 5.00.

A atribuição de cores a este semáforo é baseada de acordo com o fator em causa, i.e., se o fator for de risco para a saúde, valores entre 3.67 e 5.00 correspondem ao intervalo vermelho. Por outro lado, quando se trata de um fator de proteção, estes valores equivalem ao intervalo verde, considerado fora de perigo. A cor amarela representa um risco intermédio e, como tal, é fixa, compreendendo sempre os valores entre 2.34 e 3.66 (Silva et al., 2011).

Resultados

No que diz respeito ao Estudo 1 (Fatores Psicossociais de Risco), observou-se (Tabela 6) que a dimensão Qualidade do Trabalho evidenciou uma média superior face às restantes ($M=3.98$; $DP=.88$), enquanto que a Insegurança Laboral apresentou os valores mais baixos ($M=2.59$; $DP=1.34$).

Tabela 6

Descritivas para as Escalas COPSOQ

	COPSOQ				
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Exigências Quantitativas	144	1.0	5.0	2.92	.84
Ritmo de Trabalho	144	1.0	5.0	3.50	.84
Exigências Cognitivas	144	2,0	5.0	3.94	.65
Exigências Emocionais	144	1.0	5.0	3.06	1.05
Influência no Trabalho	144	1.0	5.0	3.20	.83
Possibilidade de Desenvolvimento	144	1.0	5.0	3.79	.98
Controlo sobre o Tempo de Trabalho	144	1.0	5,0	3.32	.89
Significado do Trabalho	144	1.0	5.0	3.80	.83
Previsibilidade	144	1.0	5.0	3.31	.84
Reconhecimento	144	1.0	5.0	3.02	.87
Transparência do Papel Laboral	144	1.0	5.0	3.25	.93
Conflito de Papéis Laborais	144	1.0	5.0	3.93	.89
Qualidade da Liderança	144	1.0	5.0	3.07	.74
Suporte Social de Colegas	144	1.0	5.0	3.26	1.01
Suporte Social de Superiores	144	1.0	5.0	3.65	.86
Sentido de Pertença à Comunidade	144	1.0	5.0	3.13	1.01
Compromisso face ao local de trabalho	144	1.0	5.0	3.81	.90
Insegurança Laboral	144	1.0	5.0	2.59	1.34
Insegurança com as Condições de Trabalho	144	1.0	5.0	2.67	1.03
Qualidade do Trabalho	144	1.0	5.0	3.98	.88
Conflito Trabalho-Família	144	1.0	5.0	2.93	1.08
Satisfação com o Trabalho	144	1.0	5.0	3.11	.86
Confiança Horizontal	144	1.3	5.0	2.89	.49
Confiança Vertical	144	1.0	5.0	3.41	.81
Justiça Organizacional	144	1.0	5.0	2.93	.79
Autoeficácia	144	1.0	5.0	3.71	.59
Autoavaliação da Saúde	144	1.0	5.0	2.70	.95

Problemas em Dormir	144	1.0	5.0	2.77	1.04
<i>Burnout</i>	144	1.0	5.0	3.22	.99
<i>Stress</i>	144	1.0	5.0	2.87	1.10
Sintomas Depressivos	144	1.0	5.0	2.73	1.02

Caracterização dos fatores psicossociais de risco

A subamostra da indústria (Estudo 1) demonstrou experienciar no seu contexto laboral determinados fatores psicossociais de risco. Com base no gráfico semáforo (Gráfico 1), concluiu-se que as dimensões que se encontraram numa situação de elevado risco para o setor da indústria foram as Exigências Cognitivas (69.1%), o Ritmo de Trabalho (41.8%) e o Conflito de Papéis Laborais (28.2%). No entanto, de forma geral, todas as dimensões apresentaram algum tipo de risco para a saúde dos colaboradores. Nas Exigências Quantitativas, observou-se que cerca 40.0% situaram-se num intervalo de baixo risco, 35.5% em risco intermédio e 24.5% em situação de elevado risco.

Os participantes para o Ritmo de Trabalho evidenciaram para baixo risco (7.3%), cerca de 50.9% em risco intermédio e para elevado risco 41.8%. Nas Exigências Cognitivas, constatou-se em baixo risco 2.7%, risco intermédio 28.2% e em situação severa 69.1%. Nas Exigências Emocionais, em baixo risco (39.1%), obtendo 36.4% em risco intermédio e com 24.5% dos participantes em risco severo.

Quanto à Influência no Trabalho, cerca de 27.3% situou-se em baixo risco, 53.6% em risco intermédio e 19.1% em risco elevado. No que concerne às Possibilidades de Desenvolvimento, 62.7% consideraram-se numa situação favorável para a saúde, 23.6% em risco intermédio e 13.6% em alto risco. No Controlo sobre o Tempo de Trabalho, observou-se 42.7% em baixo risco, 35.5% em risco intermédio e 21.8% em alto risco. O Significado do trabalho registou, sobretudo, situações favoráveis 70.0%, sendo 25.5% em risco intermédio e 4.5% em alto risco.

Quanto ao Compromisso face ao Trabalho, 45.5% reviu a sua experiência em baixo risco, 42.7% em risco intermédio e 11.8% em risco elevado. Na Previsibilidade, 20.9% encontraram-se em risco baixo, 62.7% em risco intermédio e 16.4% em risco elevado. Relativamente ao Reconhecimento, 36.4% dos participantes encontraram-se em risco baixo, 45.5% em risco intermédio e 18.2% em alto risco. Na Transparência do Papel Laboral, observou-se que 70.0% dos participantes pontuou em situação favorável, 22.7% em risco intermédio e 7.3% em risco severo.

Em relação ao Conflito de Papéis Laborais, apresentou 20.9% em risco baixo, 50.9% em risco intermédio e 28.2% em risco elevado. Na Qualidade da Liderança, verificou-se no intervalo a verde 43.6%, no risco intermédio observou-se 40.0% e em situação de elevado risco 16.4%. No Suporte Social de Colegas, em baixo risco observou-se 61.8%, em intermédio 30.9% e em risco severo 7.9%. No Suporte Social de Superiores, verifica-se 41.8% em situação de baixo risco, 31.8% em risco intermédio e 26.4% em risco elevado. Para o Sentido de Pertença à Comunidade, registaram-se 77.3% em situação de baixo risco, em risco intermédio 41.2% e 11.8% em risco elevado. A Insegurança Laboral apresentou em risco baixo 44.5%, assim como 30.0% em risco médio e em alto risco 25.5%.

Na Insegurança com as Condições de Trabalho, registou-se em baixo risco 42.7%, em risco intermédio 32.7% e no risco elevado 24.5%. Para a Qualidade do Trabalho, 80.0% em risco baixo, 17.3% em risco intermédio e 2.7% em elevado risco. Na Confiança Horizontal, 44.5% em risco favorável, 44.5% em risco intermédio e 10.9% em severo.

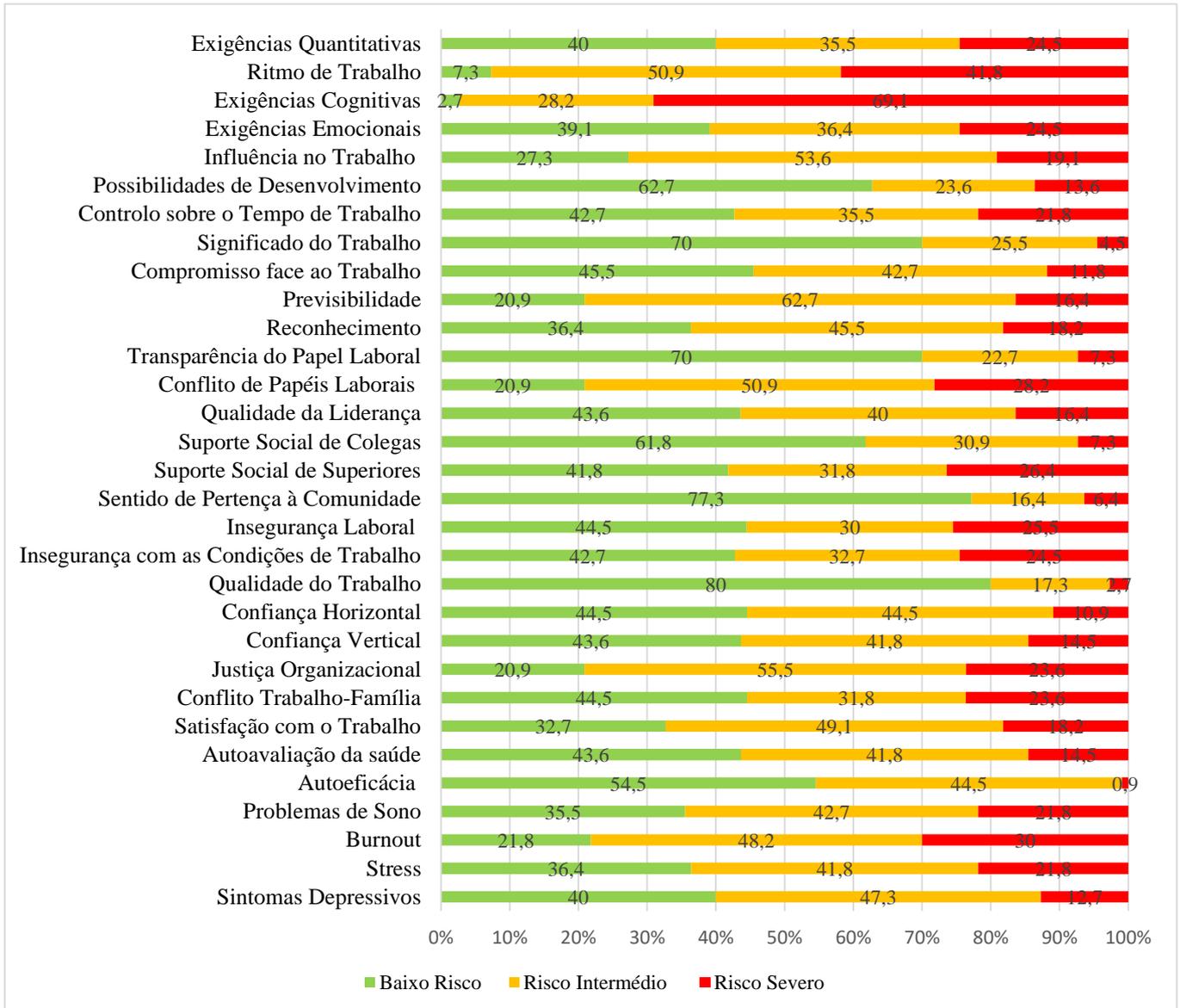
Para a Confiança Vertical, 43.6% em situação de baixo risco, 41.8% em risco intermédio e 14.5% dos participantes em risco elevado. Na Justiça Organizacional, 20.9% considera-se em situação de baixo risco, 55.5% risco intermédio e 23.6% severo. No Conflito Trabalho-Família, observou-se 44.5% em baixo risco, 31.8% em risco intermédio e 23.6% em alto risco. Na Satisfação com o Trabalho, 32.7% em situação favorável, 49.1% no intervalo de risco intermédio e 18.2% em risco elevado.

Para a Autoavaliação da Saúde, 43.6% para risco baixo e 41.8% risco intermédio, sendo que se observou 14.5% para risco elevado. Para a Autoeficácia, 54.5% em situação de baixo risco, em risco intermédio 44.5% e 0.9% dos participantes em situação de risco severo. Nos Problemas de Sono, 35.5% em risco baixo, 42.7% em risco intermédio e 21.8% em risco elevado.

No *Burnout*, verificou-se 21.8% em situação de baixo risco, 48.2% em risco intermédio e para risco severo 30.0%. Quanto ao *Stress*, 36.4% em risco baixo, 41.8% para situações de risco médio e 21.8% para risco severo. Por último, nos Sintomas Depressivos, registou-se em baixo risco 40.0%, para o risco intermédio 47.3% e em risco severo, 12.7%.

Gráfico 1

Gráfico Semáforo para as Dimensões COPSOQ (Indústria)



Relativamente aos participantes do **setor da saúde** do **Estudo 1**, os riscos psicossociais mais salientes foram as Exigências Cognitivas (82.4%), as Exigências Emocionais (82.4%) e o Conflito Trabalho-Família (58.8%). Ainda assim, o gráfico em si representou maioritariamente situações de risco elevado (Gráfico 2).

As Exigências Quantitativas apresentaram um baixo risco (17.6%), o risco intermédio (52.9%) e um elevado risco (29.4%). Os participantes para o Ritmo de Trabalho, evidenciaram em baixo risco (8.8%), cerca de 47.1% em risco intermédio e para elevado risco 44.1%. As Exigências Cognitivas e Emocionais, foram a dimensão com uma menor percentagem de baixo risco (2.9%), obtendo 14.7% em risco intermédio e com 82.4% em risco severo.

Quanto à Influência no Trabalho, cerca de 44.1% situaram-se em baixo risco, 55.9% em risco intermédio, não se registando nenhum participante em risco elevado. No que concerne às Possibilidades de Desenvolvimento, 79.4% consideram-se numa situação favorável para a saúde, 17.6% em risco intermédio e 2.9% em alto risco. No Controlo sobre o Tempo de Trabalho, observou-se 38.2% dos inquiridos em baixo risco, 44.1% em risco intermédio e 17.6% em alto risco.

O Significado do Trabalho registou, principalmente, situações favoráveis para a saúde 76.5%, sendo 17.6% em risco intermédio e 5.9% em alto risco. Quanto ao Compromisso face ao Trabalho, 32.4% reviu a sua experiência em baixo risco, 41.2% em risco intermédio e 26.5% em risco elevado. Na Previsibilidade, 14.7% encontraram-se em risco baixo, 70.6% em risco intermédio e 14.7% em risco elevado.

No que é relativo ao Reconhecimento, 52.9% dos sujeitos situam-se em risco baixo, 32.4% em risco intermédio e 14.7% em alto risco. Na Transparência do Papel Laboral, observou-se que 76.5% dos participantes pontuou em situação favorável, 20.6% em risco intermédio e 2.9% em risco severo. Quanto ao Conflito de Papéis Laborais, apresenta-se 17.6% em risco baixo, 50.0% em risco intermédio e 32.4% em risco elevado.

Na Qualidade da Liderança, verificou-se que no intervalo representado a verde responderam 23.5% dos inquiridos, no risco intermédio 58.8% e em situação de elevado risco 17.6%. No Suporte Social de Colegas, em baixo risco observou-se 50.0%, em intermédio 35.3% e em risco severo 14.7%. No Suporte Social de Superiores, apresentaram-se 23.5% em situação de baixo risco, 38.2% em risco intermédio e elevado.

Para o Sentido de Pertença à Comunidade, registaram-se 47.1% em situação de baixo risco, em risco intermédio 41.2% e 11.8% em risco elevado. Na Insegurança

Laboral, 50% dos sujeitos encontraram-se em baixo risco, em risco médio 26.5% e em alto risco 23.5% dos participantes. Na Segurança com as Condições de Trabalho, registaram-se em baixo risco 54.7%, em risco intermédio e para risco elevado 17.6%.

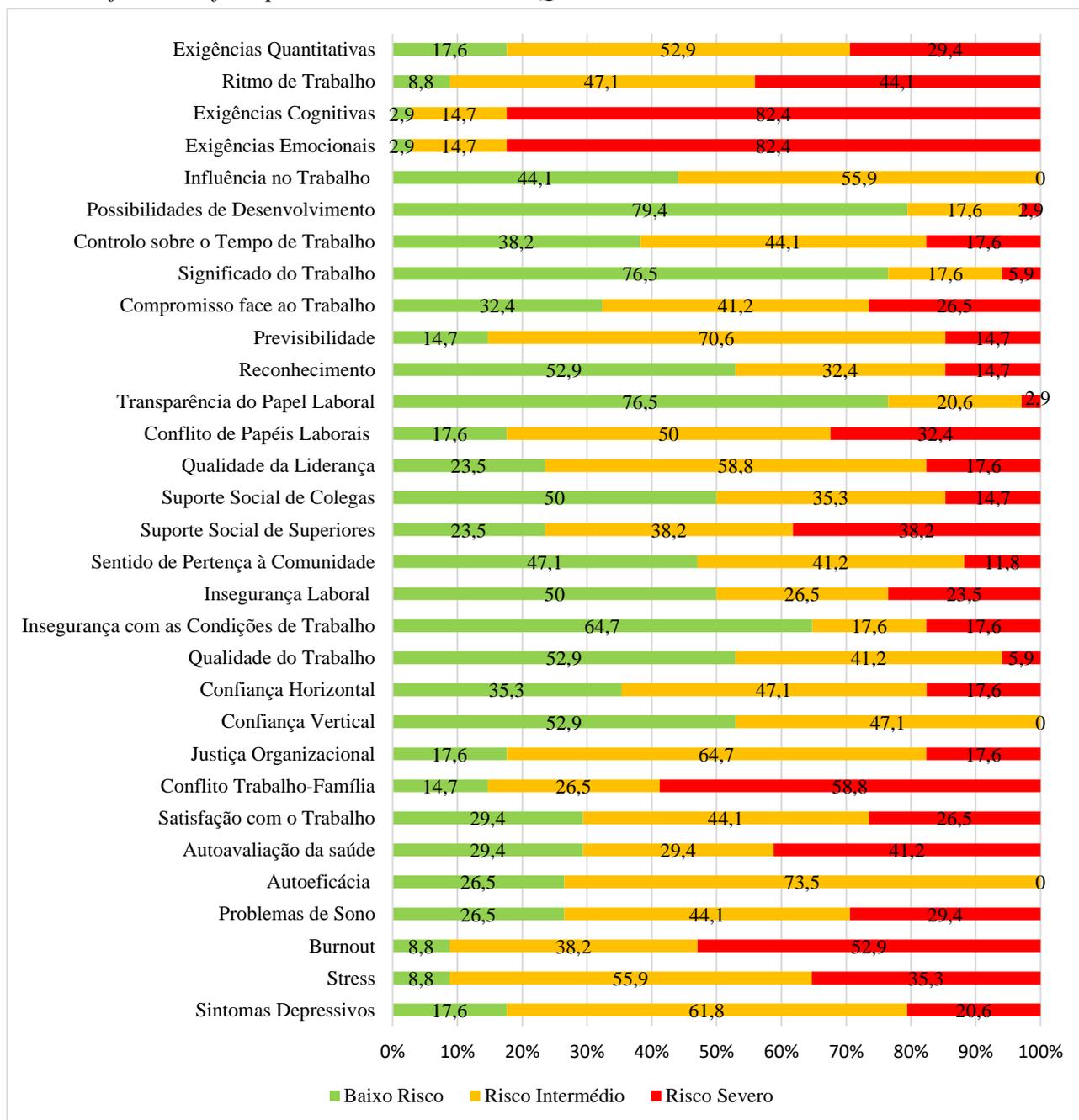
Para a Qualidade do Trabalho, 52.9% em risco baixo, 41.2% em risco intermédio e a vermelho 5.9%. Na Confiança Horizontal, 35.3% em risco favorável, 47.1% em risco intermédio e 17.6% em severo. Para a Confiança Vertical, 52.9% em situação de baixo risco, 47.1% em risco intermédio, não se registando participantes em risco elevado. Na Justiça Organizacional, 17.6% consideraram-se em situação de baixo risco, 64.7% risco intermédio e 17.6% severo.

No Conflito Trabalho-Família, observou-se 14.7% em baixo risco, 26.5% em risco intermédio e 58.8% em alto risco. Na Satisfação com o Trabalho, 29.4% em situação favorável, 44.1% no intervalo de risco intermédio e 26.5% em risco elevado. Para a Autoavaliação da Saúde, 29.4% para risco baixo e risco intermédio, sendo que se observou 41.2% para risco elevado. Para a Autoeficácia, 26.5% em situação de baixo risco, em risco intermédio 73.5%, não existindo participantes em situação de risco severo.

Nos Problemas de Sono, 26.5% dos indivíduos reviu a sua experiência em risco baixo, 44.1% para risco intermédio e 29.4% em risco elevado. No *Burnout*, verificou-se 8.8% em situação de baixo risco, 38.2% em risco intermédio e para risco severo 52.9%. Quanto ao *Stress*, 8.8% em risco baixo, 55.9% para situações de risco médio e 35.3% para risco severo. Por último, nos Sintomas Depressivos, registou-se no intervalo a verde 17.6%, em risco médio 61.8% e em risco severo 20.6%.

Gráfico 2

Gráfico semáforo para Dimensões COPSOQ Amostra da Saúde



Género

Em termos de **género** e com base nas estatísticas descritivas, observou-se que para as Exigências Quantitativas, as mulheres apresentaram níveis menores ($M = 2.82$; $DP = .77$) face aos homens ($M = 2.88$; $DP = .92$). No Ritmo de Trabalho, as mulheres evidenciaram uma média superior ($M = 3.59$; $DP = .69$) comparativamente com o género oposto ($M = 3.42$; $DP = .97$). Relativamente às Exigências Cognitivas, também se verificou uma tendência mais elevada no género feminino ($M = 3.98$; $DP = .57$), em relação aos homens ($M = 3.82$; $DP = .73$). Assim como nas Exigências Emocionais que expressaram maior peso para as mulheres ($M = 2.93$; $DP = .95$) face ao género masculino ($M = 2.68$; $DP = .99$).

A Influência no Trabalho seguiu esta tendência, sendo superior nas mulheres ($M = 3.20$; $DP = .75$), quando comparadas com os homens ($M = 2.98$; $DP = .88$). Contrariamente, nas Possibilidades de Desenvolvimento, evidenciou-se que o género masculino percecionou maiores oportunidades no local de trabalho ($M = 3.74$; $DP = .04$), do que o género oposto ($M = 3.63$; $DP = .97$). No que refere ao Controlo sobre o Tempo de Trabalho, as mulheres parecem ter experienciado menos ($M = 3.37$; $DP = 0.86$) face aos homens ($M = 3.24$; $DP = .92$). No entanto, em função do Significado do Trabalho apresentaram uma média superior ($M = 3.89$; $DP = .68$) relativamente aos homens ($M = 3.72$; $DP = .90$).

O género masculino aparentou percecionar uma Previsibilidade no local de trabalho superior ($M = 3.38$; $DP = .88$) do que as mulheres ($M = 3.29$; $DP = .79$). Em termos de Reconhecimento, mostrou-se mais elevado no género feminino ($M = 3.09$; $DP = .75$), do que os homens ($M = 2.96$; $DP = .97$). Quanto à Transparência do Papel Laboral, apresentou-se mais elevada para as mulheres ($M = 3.36$; $DP = .82$) face aos homens ($M = 3.11$; $DP = .99$).

De igual forma, no Conflito de Papéis-Laborais, as mulheres aparentemente experienciaram *scores* ligeiramente menores ($M = 3.90$; $DP = .87$), quanto aos homens ($M = 3.91$; $DP = .98$). No que toca à Qualidade da Liderança, o género masculino pontuou mais alto ($M = 3.08$; $DP = .88$) do que as mulheres ($M = 3.03$; $DP = .57$). Em termos de Suporte Social de Colegas, são as mulheres que pareceram experienciar maior apoio ($M = 3.38$; $DP = 1.11$), assim como à semelhança do Suporte Social de Superiores, no qual também é este o género com níveis mais altos ($M = 3.72$; $DP = .78$).

No Sentido de Pertença à Comunidade, os homens têm valores ligeiramente mais baixos ($M=3.15$; $DP=1.06$), do que as mulheres ($M=3.28$; $DP=.96$). Para o Compromisso face ao local de trabalho, a diferença entre ambos os géneros é diminuta, obtendo as mulheres ($M=3.84$; $DP=.83$) e os homens ($M=4.00$; $DP=.90$). Ao nível da Insegurança Laboral, os participantes do género feminino registaram uma média superior ($M=2.97$; $DP=1.37$), do que os homens ($M=2.36$; $DP=1.23$).

Quanto à Insegurança com as condições de trabalho, as diferenças foram mínimas, sendo para as mulheres ($M=2.72$; $DP=.08$) e nos homens ($M=2.79$; $DP=.99$). No que refere à Qualidade do Trabalho, também não existiram diferenças consideráveis, pelo que o género feminino ($M=4.18$; $DP=.73$) e masculino ($M=4.08$; $DP=.98$). Para o Conflito Trabalho-Família, as mulheres obtiveram uma média menor ($M=2.72$; $DP=.90$) do que os homens ($M=2.75$; $DP=1.14$), ao passo que na Satisfação com o trabalho foram as mulheres que pareceram sentir-se mais satisfeitas com as funções desempenhadas ($M=3.14$; $DP=.72$) comparativamente com os homens ($M=3.11$; $DP=.97$).

Nas dimensões Confiança Horizontal e Confiança Vertical, também não se verificaram diferenças abruptas entre os géneros, sendo que foram os homens a obter uma pontuação maior, respetivamente, ($M=2.87$; $DP=.54$) e ($M=3.39$; $DP=.94$). Em termos da Justiça Organizacional, também o género masculino apresentou médias superiores ($M=2.94$; $DP=.89$), face às mulheres ($M=2.84$; $DP=.68$). Quanto à Autoeficácia, também foram os homens com uma média mais elevada ($M=3.81$; $DP=.67$), enquanto que as mulheres ($M=3.72$; $DP=.57$).

No que toca à Autoavaliação da Saúde, as mulheres apresentaram uma pontuação mais alta ($M=2.67$; $DP=.77$), ao invés dos homens ($M=2.53$; $DP=.98$). Relativamente a Problemas de Sono, as mulheres evidenciaram *scores* mais altos ($M=2.86$; $DP=.02$), do que o género oposto ($M=2.62$; $DP=1.10$).

Por fim, para o *Burnout*, *Stress* e Sintomas Depressivos, claramente as mulheres obtiveram uma pontuação mais elevada, quando comparadas com os homens, sendo que para o *burnout*, apresentaram ($M=3.38$; $DP=.85$), enquanto que o género masculino ($M=2.94$; $DP=1.07$). No *Stress*, as mulheres tiveram ($M=3.04$; $DP=.99$) e homens ($M=2.58$; $DP=1.21$) e relativamente à sintomatologia depressiva, o género feminino ($M=2.77$; $DP=.88$) e masculino ($M=2.53$; $DP=1.12$).

No entanto, como uma das hipóteses do presente estudo seria verificar as diferenças em termos de género, recorreu-se, atendendo aos pressupostos necessários para

a sua realização (Kim & Park, 2019) ao *Teste-T* para amostras independentes, de modo a obter uma análise mais detalhada.

Com efeito, observou-se que relativamente à dimensão Insegurança Laboral, houve uma diferença estatisticamente significativa entre géneros [$t(108)=2.417, \rho \leq .05$], assim como para as dimensões *Burnout* [$t(108)=2.398, \rho \leq .05$] e *Stress* [$t(108)=2.182, \rho \leq .05$] e Sintomas Depressivos ($t(108)= 1.259; \rho \leq .05$), sendo as mulheres com *scores* superiores.

Habilitações Académicas

Testou-se com *Post-Hoc Tukey HSD* para analisar em quais dos grupos foram encontradas as diferenças em termos de habilitações académicas. Os resultados obtidos são representados na Tabela 7.

Relativamente à dimensão Insegurança com as Condições de Trabalho, verificaram-se diferenças significativas entre o grupo que possui o Ensino Secundário e o grupo que possui o Mestrado ($p < .05$), concluindo-se que foram os sujeitos que possuíam o 12ºano que revelaram maior insegurança com as condições de trabalho, face aos que completaram o Mestrado.

Tabela 7

Teste Post-Hoc Tukey HSD para Habilitações Académicas e Insegurança com as Condições de Trabalho

Dimensão	Habilitações Académicas		Diferença Médias	Sig.
Insegurança com as condições de Trabalho	Até ao 12º ano	Mestrado	.88295*	.027
	Mestrado	Até ao 12º ano	-.88295*	.027

No concerne à dimensão Autoavaliação da Saúde, verificaram-se diferenças significativas entre o grupo que possuía o Ensino Secundário e o grupo que possuía o mestrado ($p < .05$), concluindo-se que foram os sujeitos que detinham 12º ano que apresentaram níveis mais elevados para esta dimensão, ou seja, uma menor qualidade na sua saúde, comparativamente com os sujeitos que tinham completado o mestrado (Tabela 8).

Tabela 8*Teste Post-Hoc Tukey HSD para Habilitações Académicas e Autoavaliação da Saúde*

Dimensão	Habilitações Académicas		Diferença Médias	Sig.
Autoavaliação da Saúde	Até ao 12º ano	Mestrado	.73438*	.045
	Mestrado	Até ao 12º ano	-.73438*	.045

Idade

Para a variável idade, apenas a dimensão Significado do Trabalho revelou valores significativos ($p=.30$), existindo diferenças entre os sujeitos que compreendiam os 18-30 anos de idade e o grupo entre os 51-60 anos de idade, nomeadamente, os sujeitos mais jovens apresentaram níveis menores de significado do trabalho, face aos mais velhos (Tabela 9).

Tabela 9*Teste Post-Hoc Tukey HSD para Idade e Significado do Trabalho*

Dimensão	Idade		Diferença Médias	Sig.
Significado do Trabalho	18-30	51-60	-1.021*	.050
	51-60	18-30	1.021*	.050

No **Estudo 2** (Sintomatologia de *Burnout*), foi possível verificar (Tabela 10) que a dimensão Distanciamento Mental apresentou a média menor ($M=1.82$; $DP=.68$), sendo que as Dificuldades Cognitivas obtiveram ($M=2.15$; $DP=.60$), as Dificuldades Emocionais ($M=1.95$; $DP=.61$) e as Queixas Psicológicas, dimensão com *scores* mais elevados ($M=2.66$; $DP=.81$). Por fim, os Sintomas Secundários ($M=2.46$; $DP=.90$) e a Exaustão ($M=2.81$; $DP=.70$).

Tabela 10

Estatísticas descritivas para as dimensões do BAT

BAT					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Distanciamento Mental	206	1.0	3.8	1.82	.68
Dificuldades Cognitivas	206	1.0	3.8	2.15	.60
Dificuldades Emocionais	206	1.0	4.0	1.95	.61
Queixas Psicológicas	206	1.0	4.8	2.66	.81
Queixas Psicossomáticas	206	1.0	4.2	2.33	.76
Sintomas Secundários	206	1.0	5.0	2.46	.90
Exaustão	206	1.0	5.0	2.81	.70

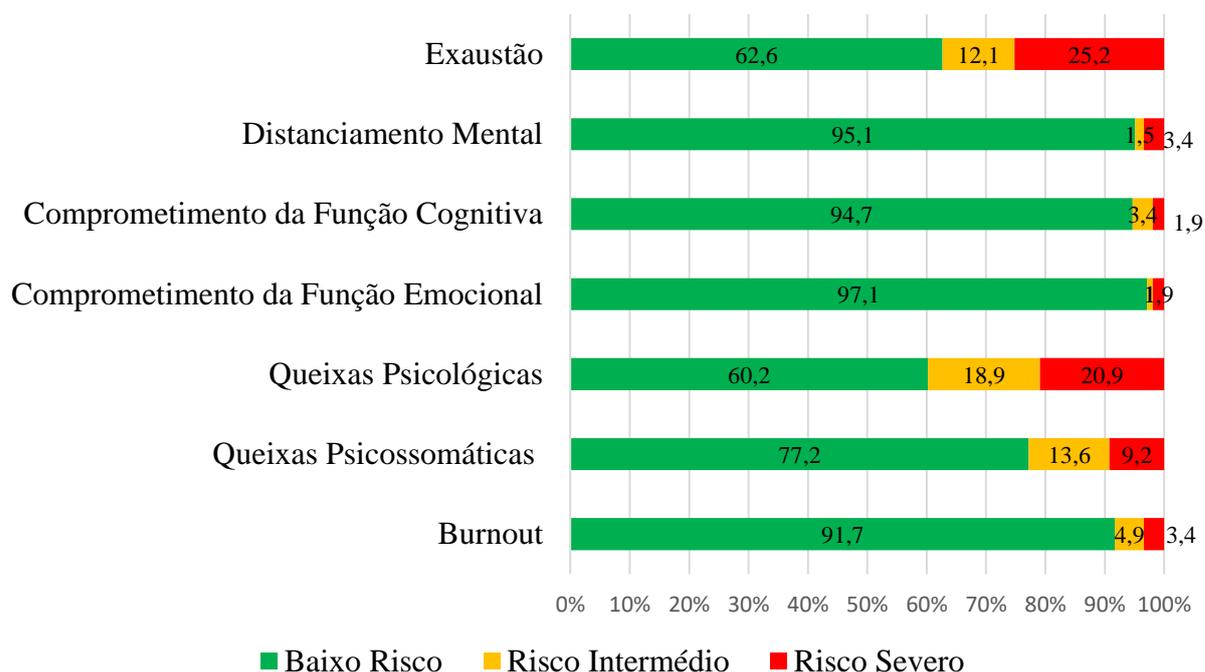
No gráfico abaixo (Gráfico 3), observou-se que os participantes se situaram, sobretudo, numa situação de baixo risco. Para a escala *Exaustão*, 62.6% dos sujeitos consideraram-se em circunstâncias de baixo risco, 12.1% em risco intermédio e 25.2% em risco severo. Quanto ao *Distanciamento Mental*, a grande maioria perspetivou a sua situação como favorável (95.1%), enquanto que 1.5% dos inquiridos consideraram-se em risco intermédio e 3.4% em risco severo. No *Comprometimento da Função Cognitiva*, 94.7% encontraram-se em baixo risco, 3.4% em risco intermédio e 1.9% em condição severa. Para o *Comprometimento da Função Emocional*, cerca de 97.1% situaram-se em baixo risco, 1.00% em risco intermédio e 1.9% em alto risco.

Por outro lado, nas *Queixas Psicológicas*, observaram-se menos situações favoráveis (60.2%) e um aumento do risco intermédio (18.9%) e severo (20.9%). Nas *Queixas Psicossomáticas*, cerca de 77.2% dos sujeitos consideraram-se em baixo risco, 13.6% em risco intermédio e 9.2% em severo.

Por fim, a dimensão do *Burnout* foi aquele cujo baixo risco foi predominante (91.7%), sendo que 4.9% situou-se em risco intermédio e 3.4% em risco severo.

Gráfico 3

Gráfico Semáforo para as dimensões do BAT



Relativamente às variáveis sociodemográficas, em termos de *burnout*, não se verificaram diferenças estaticamente significativas entre **homens** ($M=1.13$; $DP=.51$) e **mulheres** ($M=1.11$; $DP=.38$).

No entanto, foi possível verificar que à medida que a **idade** aumentou, os níveis médios do *Burnout* diminuíram ($p=.000$), podendo-se observar que foi nos participantes até aos 29 anos que os valores se registaram superiores ($M=2.50$), dos 30 aos 39 anos ($M=2.37$), dos 40 aos 49 anos ($M=2.25$), dos 50 os 59 anos ($M=1.99$), e 60 ou mais anos ($M=1.88$).

Quanto à variável **anos de serviço**, constatou-se que à medida que os anos de trabalho aumentaram, o *burnout* tendeu a diminuir ($p=.001$). No que toca ao **estado civil**, apresentaram níveis mais elevados de *burnout* os sujeitos solteiros ($M=2.43$), seguidos de união de facto ($M=2.23$), os viúvos ($M=2.19$) e, por fim, os divorciados ($M=2.06$) com $p=.008$.

Na Tabela 11, evidenciam-se as correlações entre a satisfação no local de trabalho e os indicadores psicológicos, nos quais a satisfação com o local de trabalho pareceu ser fator protetor do *burnout* sintomas secundários, dada a correlação negativa entre eles.

Tabela 11*Correlação da Satisfação no local de trabalho e indicadores psicológicos*

	Satisfação local de trabalho	Exaustão	Distanciamento Mental	Dificuldades Cognitivas	Dificuldades Emocionais	<i>Burnout</i>	Queixas Psicológicas	Queixas Psicossomáticas	Sintomas secundários
Exaustão	-,378**								
Distanciamento mental	-,437**	,669**							
Dificuldades Cognitivas	-,241**	,509**	,544**						
Dificuldades Emocionais	-,384**	,583**	,594**	,546**					
<i>Burnout</i>	-,438**	,892**	,845**	,747**	,795**				
Queixas Psicológicas	-,322**	,737**	,512**	,475**	,574**	,722**			
Queixas Psicossomáticas	-,201**	,612**	,363**	,335**	,399**	,549**	,669**		
Sintomas Secundários	-,257**	,681**	,436**	,423**	,519**	,650**	,873**	,864**	

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Discussão

Nesta secção, pretende-se refletir sobre a relação entre as hipóteses inicialmente formuladas para o estudo e os resultados obtidos no mesmo.

No Estudo1, verificou-se que determinadas subescalas foram avaliadas com algum tipo de risco para a saúde dos participantes. No caso do setor da indústria, as três principais dimensões em situação de risco elevado, foram as Exigências Cognitivas (69.1%), o Ritmo de Trabalho (41.8%) e o Conflito de Papéis Laborais (28.2%). Relativamente aos contextos de saúde, também as Exigências Cognitivas situaram-se numa situação severa (82.4%), seguidas das Exigências Emocionais (82.4%) e do Conflito Trabalho-Família (58.8%).

No que respeita às Exigências Cognitivas, quando elevadas podem transcender facilmente as capacidades cognitivas humanas e as suas limitações naturais (Couffe & Michael, 2017), prejudicando o funcionamento cognitivo, já que tarefas muito exigentes podem diminuir o desempenho (Galy et al., 2012). Também o Ritmo de Trabalho elevado pode contribuir para o sofrimento psicológico, a irritabilidade, a ansiedade e a frustração (Souza & Lisboa, 2005). Simultaneamente, o Conflito de Papéis Laborais, assume dois sentidos. O primeiro com as possíveis exigências conflituosas inatas a uma determinada tarefa. O outro com os eventuais conflitos na atribuição de prioridades às diferentes tarefas (Burr et al., 2019). Esta ambiguidade conduz a um menor desempenho (Tubre & Collins, 2000), maior *stress* e insatisfação (Baranik & Eby, 2016; Mohsin et al., 2021).

Há evidências empíricas de que as Exigências Emocionais no trabalho estão relacionadas à ansiedade (Santa Maria et al., 2017), ao sofrimento psíquico (Bültmann et al., 2002) e à depressão (Madsen et al., 2010), especialmente quando são percebidas como extrapapel, ou seja, quando não fazem parte do trabalho do funcionário, como lidar com situações *stressantes* com o chefe ou colegas de trabalho (Duarte et al., 2020).

Quanto ao Conflito Trabalho-Família (CTF), é referente à influência do trabalho na família e vice-versa. Este conflito inclui a energia mental e física, bem como a questão do tempo (Burr et al., 2019), ou seja, quando as exigências da vida profissional e pessoal são maiores do que a capacidade de resposta dos indivíduos, este conflito é gerado (Greenhaus & Beutell, 1985). Alguns estudos concluíram que o CTF pode constituir um sério risco para a saúde mental dos trabalhadores (Chandler, 2021). Um dos fatores que pode contribuir para tal deve-se aos horários de trabalho, que podem dificultar o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, seja pelas trocas de turno, trabalhos em regime de

turnos, carga horária e horas extra de trabalho extensas, o que é desencadeador de *burnout* e de complicações para a saúde no geral, entre as quais, problemas de sono e doenças cardíacas (Maslach & Leiter, 2017).

Em termos sociodemográficos, embora não se tenham registado diferenças estatisticamente significativas no global, as dimensões **Insegurança laboral**, **Stress**, **Burnout** e **Sintomas Depressivos** mostraram-se mais elevadas para mulheres do que para o género masculino, o que parece ser suportado segundo estudos anteriores (Arcand et al., 2023; Özdin & Bayrak Özdin, 2020; Taranu et al., 2022). Além disto, também se observou uma maior prevalência de Insegurança Laboral no género feminino, o que pode ser explicado considerando o papel do género e o facto das mulheres ainda serem perspetivadas enquanto cuidadoras primárias, o que acaba por impactar nas suas escolhas e oportunidades profissionais (Bracci & Riva, 2020).

Relativamente às **Habilitações Académicas**, parece que quanto menores os níveis de escolaridade, maior a Insegurança com as Condições de Trabalho. Embora não se tenha encontrado literatura que suporte este resultado, evidencia algum sentido, uma vez que o facto de os sujeitos possuírem um menor nível académico, pode acarretar insegurança com as suas funções.

Não obstante, evidenciou-se no presente estudo que também são os indivíduos com níveis de escolaridade menores que apresentaram uma autoavaliação da saúde mais baixa, o que pode ser justificado pelo facto de sujeitos com níveis de educação mais elevados possuírem uma maior propensão em envolverem-se em comportamentos promotores de saúde, prática regular de exercício e menor tabagismo (Mirowsky & Ross, 2003 ; Ross & Wu, 1995). Em termos de **idade**, também se constatou que foram os trabalhadores mais velhos a evidenciarem um maior significado do trabalho. Apesar da literatura não possuir uma resposta linear, crê-se que o facto de ainda trabalharem, permite aos colaboradores de maior idade, poderem continuar a aprender e também a mostrar as suas competências (Ulrich et al., 2005).

No que concerne ao **Estudo 2**, observa-se que de um modo geral, os resultados apresentaram níveis baixos de *burnout*. Porém, salienta-se a dimensão da **Exaustão**, na qual 25.4% dos participantes reportou alto risco, pelo que deve ser dada uma atenção redobrada aos mesmos.

Em termos sociodemográficos, no que refere ao **género**, contrariamente ao que seria espectável, não se encontraram diferenças entre homens e mulheres no que toca ao

burnout, uma vez que grande parte dos estudos (e.g., Lyubarova et al., 2023; Morgantini et al., 2020), indicaram que é o género feminino que tende a relatar níveis superiores da síndrome.

Quanto à relação entre *burnout* e a **idade**, os resultados do presente estudo foram de encontro com a literatura, uma vez que parecem existir níveis menores de *burnout* em sujeitos mais velhos, o que de acordo com Johnson et al. (2017), foi justificado pelo facto de colaboradores mais velhos possuírem uma melhor utilização de estratégias para a regulação emocional positiva, demonstrando-se mais empenhados e menos esgotados.

Também os resultados evidenciados para a variável **anos de serviço** foram concordantes com a literatura (Schroeder et al., 2022), a qual referiu que os colaboradores com mais tempo de serviço e, conseqüentemente, mais perto da reforma, apresentaram maior satisfação, ao passo que os profissionais mais jovens experienciaram níveis mais elevados de *stress* e *burnout*, assim como uma probabilidade superior em deixar a profissão.

Em termos de **estado civil**, os resultados deste estudo foram contrários à evidência existente, a qual refere que os indivíduos casados tendencialmente estão mais expostos ao *burnout* (Chen et al., 2022). Por outro lado, segundo Edú-Valsania et al. (2022), os profissionais solteiros poderão sofrer maior suscetibilidade ao *burnout*, principalmente os homens, comparativamente com aqueles que são casados, visto que coabitam com um cônjuge. Contrariamente, para as mulheres, o facto de se encontrarem casadas pressupõe um fator de risco, porque leva a que tenham maiores dificuldades na conciliação trabalho-família.

No que diz respeito à correlação negativa entre a satisfação no local de trabalho e o *burnout*, seria espectável. À luz de estudos anteriores (Pacheco et al., 2012), este resultado demonstrou a relevância do papel da satisfação no local de trabalho para a redução do risco de os colaboradores virem a sofrer *burnout*, pois pode ajudá-los no estabelecimento de metas, mas também promove a competitividade da própria organização.

Conclusão

Face aos resultados apresentados anteriormente, é importante que ocorra uma consciencialização para esta temática. Com efeito, celebra-se anualmente, no dia 10 de outubro, o Dia Mundial da Saúde Mental. Este ano, o tema foi “Saúde Mental no Trabalho”, dada a importância da promoção de ambientes laborais saudáveis e seguros, enquanto fatores protetores para o bem-estar e saúde mental dos colaboradores.

É um facto que o trabalho ocupa uma parte considerável das vidas dos indivíduos, pelo que a identificação dos riscos psicossociais, assim como a planificação de estratégias de prevenção e/ou intervenção demonstram-se essenciais não só para o bem-estar, mas também para a criação da satisfação e qualidade de vida em contexto laboral, os quais são promotores de saúde física e mental dos colaboradores. Com base nos resultados obtidos neste estudo, podemos afirmar que ainda há um extenso caminho nesse sentido. As chefias devem prestar uma atenção mais elevada às necessidades dos colaboradores, as quais exigem uma resposta adequada e inadiável. Neste ponto, o Psicólogo do Trabalho e das Organizações possui um papel preponderante, enquanto profissional competente para atuar neste contexto.

O presente trabalho tentou realçar que apesar de existirem contextos laborais mais estudados e com uma maior predisposição a determinados fatores psicossociais de risco, todos os ambientes de trabalho devem ser saudáveis, dignos e seguros. Toda a organização deve estar envolvida na prevenção dos riscos psicossociais, desde os gestores, às lideranças e às chefias intermédias, sendo que todos os colaboradores devem estar sensibilizados para a importância de executarem estas práticas (DGS, 2021). Cabendo a cada organização, de acordo com a sua realidade e o seu ecossistema, estabelecer os procedimentos necessários para cumprir as diretrizes dos SGSST (Fernandes et al., 2022).

No que concerne ao *burnout* e dada a interação entre os fatores externos e internos no seu desenvolvimento, torna-se necessária uma abordagem multifatorial no processo de prevenção e tratamento, ou seja, deve existir um foco relativamente ao ambiente de trabalho e, portanto, medidas preventivas a toda a organização, mas também de carácter individual que auxiliem o sujeito a construir as suas estratégias de *coping* (De Hert, 2020).

De igual forma, a liderança em contextos de saúde deve ser promotora de uma cultura organizacional marcada pela transparência, respeito, confiança, apoio e igualdade, trabalhando em prol da colaboração ao invés da competição (Søvold et al., 2021). Deste

modo, há que proporcionar condições para abordar a saúde mental, de forma ampla e prática em ambientes laborais. Instituir uma cultura caracterizada pela abertura e apoio aos profissionais de saúde quando estes necessitam de ajuda, sem receio de estigma e/ou de represálias é crucial para o estabelecimento da segurança psicológica e do bem-estar dos profissionais a longo prazo (Kunzler et al., 2022).

Não obstante e visto que em contextos de saúde existe uma maior exposição dos profissionais a fatores de *stress* e pressão (Razai et al., 2023), torna-se fundamental intervenções também focadas na gestão do *stress*, como por exemplo, discussões em pequenos grupos (West et al., 2016). Além disto, fornecer oportunidades para o desenvolvimento profissional, ações de *training* e recursos educativos podem ser importantes para o *engagement*, confiança e motivação dos colaboradores, reduzindo o *burnout* (Rothenberger, 2017).

Simultaneamente, proporcionar autonomia e algum controlo sobre o ambiente de trabalho podem ser medidas protetoras de *burnout*, nomeadamente, incentivar a realização de intervalos regulares, quer para as refeições, como para descanso, pode ser eficaz, assim como criar folgas remuneradas e horários de trabalho flexíveis, uma vez que a flexibilidade laboral parece ser importante na atenuação dos efeitos negativos do *burnout* em profissionais de saúde que enfrentam altas exigências e uma baixa capacidade de controlo (Maglalang et al., 2021). Após a implementação destas práticas, deve existir uma etapa de monitorização e de avaliação dos resultados, com o objetivo de garantir a eficácia e identificar eventuais melhorias a realizar. Esta fase deve verificar a concretização dos objetivos inicialmente planeados, quais os ganhos e/ou benefícios atingidos, se as alterações alcançadas foram consolidadas e, quando possível, calcular a rentabilidade conseguida através da adoção destas melhorias (Antunes, 2023).

Limitações e Estudos Futuros

O presente estudo evidencia naturalmente algumas **limitações** relacionadas com a abordagem e o tipo de estudo escolhido, com os instrumentos de recolha de dados aplicados, assim como com o método de amostragem, a dimensão da amostra e os níveis de participação. Para além disto, uma vez que o presente estudo é constituído por participantes de dois setores distintos (a indústria e a saúde), teria sido vantajoso a aplicação conjunta do COPSOQ e do BAT em ambas as amostras. Contudo, tal não foi possível pelos interesses das chefias, o que exigiu alguma adaptação da nossa parte para ir de encontro às preferências das organizações em questão.

Ao nível dos dados obtidos, poderá ter existido um determinado grau de desajustabilidade social e viés nas respostas, visto que os participantes eventualmente poderão ter tido receio de possíveis represálias e/ou despedimento, o que também se constituiu como uma limitação.

Relativamente ao Estudo 1, existiu uma discrepância acentuada nas dimensões das subamostras da indústria (N=110) e da saúde (N=34), o que dificultou a generalização dos resultados para outras populações. No Estudo 2, a amostra foi formada maioritariamente por mulheres, pelo facto de ser este o género dominante em contextos de saúde. Seria interessante replicar o estudo noutra população e de forma longitudinal.

Importa igualmente apontar algumas **sugestões** ao nível de estudos futuros. Seria de grande utilidade compreender como fatores organizacionais como a carga de trabalho, o suporte organizacional, o tipo de liderança e inclusive os recursos disponibilizados influenciam as respostas dos participantes. Não obstante, seria interessante que as próximas pesquisas conciliassem métodos quantitativos e qualitativos, nomeadamente, a realização de estudos de caso, que nos auxiliassem a especificar quais as problemáticas mais predominantes e com maior impacto sobre os colaboradores.

Para além disto, seria uma mais valia que futuras investigações explorassem o contexto da indústria, uma vez que até ao momento os estudos sobre este contexto laboral são escassos.

Referências Bibliográficas

- Aldasoro, J. C. & Cantonnet, M. L. (2021). The management of the new and emerging musculoskeletal and psychosocial risks by EU-28 enterprises. *Journal of Safety Research*, 77, 277–287. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2021.03.011>
- Antunes, S. (2023). Riscos psicossociais: uma área de intervenção psicológica. In S. Antunes & A. Pereira (Coords.), *Avaliar, Intervir e Prevenir os Riscos Psicossociais: Práticas e Recomendações* (1ª ed., pp. 23-63). Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Arcand, M., Bilodeau-Houle, A., Juster, R. P. & Marin, M. F. (2023). Sex and gender role differences on stress, depression, and anxiety symptoms in response to the COVID-19 pandemic over time. *Frontiers in Psychology*, 14, 1166154. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1166154>
- Baranik, L. E. & Eby, L. (2016). Organizational citizenship behaviors and employee depressed mood, burnout, and satisfaction with health and life: The mediating role of positive affect. *Personnel Review*, 45(4), 626–642. <https://doi.org/10.1108/PR-04-2015-0137>
- Bilge, F. (2006). Examining the burnout of academics in relation to job satisfaction and other factors. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 34(9), 1151–1160. <https://doi.org/10.2224/sbp.2006.34.9.1151>
- Borritz, M., Rugulies, R., Christensen, K. B., Villadsen, E. & Kristensen, T. S. (2006). Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: Prospective findings from a three-year follow-up of the PUMA study. *Occupational and Environmental Medicine*, 63(2), 98–106. <https://doi.org/10.1136/oem.2004.019364>
- Bracci, A. & Riva, E. (2020). Perceived job insecurity and anxiety: A multilevel analysis on male and female workers in European countries. *Frontiers in Sociology*, 5, 573549. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.573549>

- Bültmann, U., Kant, I., Schröer, C. & Kasl, S. (2002). The relationship between psychosocial work characteristics and fatigue and psychological distress. *IAOEH*, 75, 259–266. <https://doi.org/10.1007/s00420-001-0294-0>
- Burr, H., Albertsen, K., Rugulies, R., & Hannerz, H. (2010). Do dimensions from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire predict vitality and mental health over and above the job strain and effort-reward imbalance models? *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(3 Suppl), 59–68. <https://doi.org/10.1177/1403494809353436>
- Burr, H., Berthelsen, H., Moncada, S., Nübling, M., Dupret, E., Demiral, Y., Oudyk, J., Kristensen, T. S., Llorens, C., Navarro, A., Lincke, H. J., Bocéréan, C., Sahan, C., Smith, P., Pohrt, A. & International COPSOQ Network. (2019). The third version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Safety and Health at Work*, 10(4), 482–503. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2019.10.002>
- Chandler, K. D. (2021). Work-family conflict is a public health concern. *Public Health Practice (Oxf)*, 2, 100158. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2021.100158>
- Chen, Y. H., Lou, S. Z., Yang, C. W., Tang, H. M., Lee, C. H. & Jong, G. P. (2022). Effect of marriage on burnout among healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 15811. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315811>
- Cotrim, T. P., Bem-Haja, P., Pereira, A., Fernandes, C., Azevedo, R., Antunes, S., Pinto, J. S., Kanazawa, F., Souto, I., Brito, E. & Silva, C. (2022). The Portuguese third version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire: Preliminary validation studies of the middle version among municipal and healthcare workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 1167. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031167>
- Couffe, C. & Michael, G. A. (2017). Failures due to interruptions or distractions: A review and a new framework. *The American Journal of Psychology*, 130(2), 163–181. <https://doi.org/10.5406/amerjpsyc.130.2.0163>

- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- De Hert, S. (2020). Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventative strategies. *Local and Regional Anesthesia*, 13, 171–183. <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- DGS. (2021). *Guia Técnico Nº 3: Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho - Versão Síntese*. <https://shre.ink/bzbS>
- Di Tecco, C., Persechino, B. & Iavicoli, S. (2023). Psychosocial risks in the changing world of work: Moving from the risk assessment culture to the management of opportunities. *La Medicina del Lavoro*, 114(2), e2023013. <https://doi.org/10.23749/mdl.v114i2.14362>
- Dutheil, F., Aubert, C., Pereira, B., Dambrun, M., Moustafa, F., Mermillod, M., Baker, J. S., Trousselard, M., Lesage, F. & Navel, V. (2019). Suicide among physicians and healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 14(12), e0226361. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361>
- Edú-Valsania, S., Laguía, A. & Moriano, J. (2022). Burnout: A review of theory and measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 1780. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>
- ESENER. (2019). *O que nos diz sobre a segurança e a saúde nos locais de trabalho da Europa? Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia*. <https://osha.europa.eu/en/publications/esener-2019-policybrief>

- EU-OSHA. (2022). *OSH Pulse - Occupational safety and health in post-pandemic workplaces*. https://osha.europa.eu/sites/default/files/Eurobarometer-OSH-in-post-pandemic-workplaces_en.pdf
- EU-OSHA. (2023). *Psychosocial risks and mental health*. <https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-mental-health>
- Eurofound. (2021). *Living, working and COVID-19 (Update April 2021): Mental health and trust decline across the EU as the pandemic enters another year*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/2021/living-working-and-covid-19-update-april-2021-mental-health-and-trust-decline>
- Fernandes, C. (2016). *Capacidade para o trabalho: Apreciação dos riscos psicossociais na indústria* [Doctoral thesis]. Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/18434>
- Fernandes, C. & Pereira, A. (2016). Exposure to psychosocial risk factors in the context of work: A systematic review. *Revista de Saúde Pública*, 50, 24. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006129>
- Fernandes, C. & Queirós, P. (2022). Burnout em enfermeiros e assistentes operacionais num hospital central em tempo de pandemia COVID-19. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 14, 1–16. <https://doi.org/10.31252/RPSO.03.09.2022>
- Fernandes, C., Cotrim, T. & Pereira, A. (2022). Avaliação e promoção da saúde psicossocial no trabalho: Sistemas integrados de gestão. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 23(2), 544–550. <https://doi.org/10.15309/22psd230225>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (2nd ed.). Sage Publications.
- França, F. M. de & Ferrari, R. (2012). Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(5), 743–748. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000500015>

- Galy, E., Cariou, M. & Mélan, C. (2012). What is the relationship between mental workload factors and cognitive load types? *International Journal of Psychophysiology: Official Journal of the International Organization of Psychophysiology*, 83(3), 269–275. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2011.09.023>
- Gaspar, T., Paiva, T. & Matos, M. G. (2021). Impact of COVID-19 in global health and psychosocial risks at work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 63(7), 581–587. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002202>
- Gliem, J. & Gliem, R. (2003). Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. *Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education*, 1, 82–87.
- Götz, S., Hoven, H., Müller, A., Dragano, N. & Wahrendorf, M. (2018). Age differences in the association between stressful work and sickness absence among full-time employed workers: Evidence from the German socio-economic panel. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 91(4), 479–496. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1298-3>
- Grande, M. (2020). A Síndrome de Burnout em profissionais da indústria: Perspectiva histórica acerca das práticas de trabalho no setor. *Maison Luiz Grande Engenharia de Produção - Faculdade CNEC Campo Largo*. https://aprepro.org.br/conbrepro/2020/anais/arquivos/09272020_110959_5f709c_bf9133c.pdf
- Greenhaus, J. H. & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, 10, 76–88. <https://doi.org/10.5465/amr.1985.4277352>
- Hämmig, O. & Bauer, G. F. (2014). Work, work-life conflict and health in an industrial work environment. *Occupational Medicine*, 64(1), 34–38. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt127>

- Harvey, S. B., Matthew, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant, R. A., Christensen, H. & Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(4). <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104015>
- Johnson, S. J., Machowski, S., Holdsworth, L., Kern, M. & Zapf, D. (2017). Age, emotion regulation strategies, burnout, and engagement in the service sector: Advantages of older workers. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 33(3), 205–216. <https://doi.org/10.1016/j.rpto.2017.09.001>
- Jones, J. W., Barge, B. N., Steffy, B. D., Fay, L. M., Kunz, L. K. & Wuebker, L. J. (1988). Stress and medical malpractice: Organizational risk assessment and intervention. *Journal of Applied Psychology*, 73(4), 727–735. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.73.4.727>
- Kim, T. K. & Park, J. H. (2019). More about the basic assumptions of t-test: Normality and sample size. *Korean Journal of Anesthesiology*, 72(4), 331–335. <https://doi.org/10.4097/kja.d.18.00292>
- Kohnen, D., De Witte, H., Schaufeli, W. B., Dello, S., Bruyneel, L. & Sermeus, W. (2024). Engaging leadership and nurse well-being: The role of the work environment and work motivation—a cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 22(8), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00886-6>
- Kunzler, A. M., Chmitorz, A., Röthke, N., Staginnus, M., Schäfer, S. K., Stoffers-Winterling, J. & Lieb, K. (2022). Interventions to foster resilience in nursing staff: A systematic review and meta-analyses of pre-pandemic evidence. *International Journal of Nursing Studies*, 134, 104312. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104312>

- Lastovkova, A., Carder, M., Rasmussen, H. M., Sjoberg, L., de Groene, G. J., Sauni, R., Vevoda, J., Vevodova, S., Lasfargues, G., Svartengren, M., Varga, M., Colosio, C. & Pelclova, D. (2018). Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: An exploratory study. *Industrial Health*, 56(2), 160-165. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2017-0132>
- Leka, S. & Cox, T. (2008). The future of psychosocial risk management and the promotion of well-being at work in the European region: A PRIMA time for action. In S. Leka & T. Cox (Eds.), *The European framework for psychosocial risk management* (pp. 174-184). I-WHO.
- Lightbody, C., Clegg, A., Patel, K., Lucas, J., Storey, H., Hackett, M. & Watkins, D. (2017). Systematic review and meta-analysis of psychosocial risk factors for stroke. *Seminars in Neurology*, 37(03), 294–306. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1603758>
- Lu, Y., Liu, Q., Yan, H. & Liu, T. (2022). Effects of occupational hazards and occupational stress on job burnout of factory workers and miners in Urumqi: A propensity score-matched cross-sectional study. *BMJ Open*, 12(9), e051911. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051911>
- Lyubarova, R., Salman, L. & Rittenberg, E. (2023). Gender differences in physician burnout: Driving factors and potential solutions. *The Permanente Journal*, 27(2), 130–136. <https://doi.org/10.7812/TPP/23.023>
- Maglalang, D., Sorensen, G., Hopcia, K., Hashimoto, D., Katigbak, C., Pandey, S., Takeuchi, D. & Sabbath, E. (2021). Job and family demands and burnout among healthcare workers: The moderating role of workplace flexibility. *SSM - Population Health*, 14, 100802. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100802>
- Manosso, L. M., Gasparini, C. R., Réus, G. Z. & Pavlovic, Z. M. (2022). Definitions and concepts of stress. In Z. M. Pavlovic (Ed.), *Glutamate and neuropsychiatric disorders* (pp. 19-32). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-87480-3_2

- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J. & Campos, J. (2016). Burnout in Portuguese healthcare professionals: An analysis at the national level. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24–30. <https://doi.org/10.20344/amp.6460>
- Marques, M. M., Alves, E., Queirós, C., Norton, P. & Henriques, A. (2018). The effect of profession on burnout in hospital staff. *Occupational Medicine*, 68(3), 207–210. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy039>
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2017). New insights into burnout and healthcare: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Medical Teacher*, 39(2), 160–163. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1248918>
- Metzler, Y. A. & Bellingrath, S. (2017). Psychosocial hazard analysis in a heterogeneous workforce: Determinants of work stress in blue- and white-collar workers of the European steel industry. *Frontiers in Public Health*, 5, 210. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00210>
- Mikkelsen, S., Coggon, D., Andersen, J. H., Casey, P., Flachs, E. M., Kolstad, H. A., Mors, O. & Bonde, J. P. (2021). Are depressive disorders caused by psychosocial stressors at work? A systematic review with meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*, 36(5), 479-496. <https://doi.org/10.1007/s10654-021-00725-9>
- Mohammad, A. (2014). Occupational stress and its consequences. *Leadership in Health Services*, 27(3), 224–239. <https://doi.org/10.1108/lhs-07-2013-0032>
- Mohsin, M., Zhu, Q., Naseem, S., Sarfraz, M. & Ivascu, L. (2021). Mining industry impact on environmental sustainability, economic growth, social interaction, and public health: An application of semi-quantitative mathematical approach. *Processes*, 9(6), 972. <https://doi.org/10.3390/pr9060972>
- Morelos Gómez, J. & Fontalvo Herrera, T. J. (2013). Caracterización y análisis del riesgo laboral en la pequeña y mediana industria metalmecánica en Cartagena-Colombia. *Revista Soluciones de Postgrado*, 5(10), 17–44. <https://revistas.eia.edu.co/index.php/SDP/article/view/13-40/363>

- Morgantini, L. A., Naha, U., Wang, H., Francavilla, S., Acar, Ö., Flores, J. M., Crivellaro, S., Moreira, D., Abern, M., Eklund, M., Vigneswaran, H. T. & Weine, S. M. (2020). Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PloS One*, *15*(9), e0238217. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217>
- Niedhammer, I., Bertrais, S. & Witt, K. (2021). Psychosocial work exposures and health outcomes: A meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, *47*(7), 489–508. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3968>
- Odonkor, S. & Frimpong, K. (2020). Burnout among healthcare professionals in Ghana: A critical assessment. *BioMed Research International*, *2020*, 1614968. <https://doi.org/10.1155/2020/1614968>
- Özdin, S. & Bayrak Özdin, Ş. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during the COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *The International Journal of Social Psychiatry*, *66*(5), 504–511. <https://doi.org/10.1177/0020764020927051>
- Pacheco, A., Alvarez, A., Peñaranda, C., Pineda, F., Quispe, J., Felix-Poicon, E. & Ruiz, M. (2023). The effect of burnout syndrome on the job satisfaction of employees in the municipalities of South Lima: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*, *85*(10), 4731–4738. <https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000000790>
- Palvimo, T., Vauhkonen, A. & Hult, M. (2023). The associations among destructive leadership, job demands and resources, and burnout among nurses: A cross-sectional survey study. *Journal of Nursing Management*, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2023/4289450>
- Pereira, A. & Queirós, C. (2021). O stress e as suas consequências na saúde e no bem-estar. In I. Leal & Pais Ribeiro, J. (Eds.), *Manual de Psicologia da Saúde* (pp. 137–146). Lisboa: Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

- Pereira, A., Semedo, C. & dos Santos, N. (2023). Dos riscos psicossociais à saúde mental. In S. Antunes & A. Pereira (Coords.), *Avaliar, Intervir e Prevenir os Riscos Psicossociais: Práticas e Recomendações* (1st ed., pp. 63–99). Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Queirós, C., Fonseca, S. & Faria, S. (2024). Adaptação do BAT e ODI. *LabRP*. Porto: FPCEUP.
- Razai, M. S., Kooner, P. & Majeed, A. (2023). Strategies and interventions to improve healthcare professionals' well-being and reduce burnout. *Journal of Primary Care & Community Health*, 14. <https://doi.org/10.1177/21501319231178641>
- Ross, C. E. & Mirowsky, J. (2003). Social structure and psychological functioning: Distress, perceived control, and trust. In J. Delamater (Ed.), *Handbook of Social Psychology* (pp. 411–447). Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Ross, C. E. & Wu, C.-L. (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, 60, 719–745. <https://doi.org/10.2307/2096319>
- Rothenberger, D. A. (2017). Physician burnout and well-being: A systematic review and framework for action. *Diseases of the Colon and Rectum*, 60(6), 567–576. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000844>
- Rožman, M., Grinkevich, A. & Tominc, P. (2019). Occupational stress, symptoms of burnout in the workplace and work satisfaction of the age-diverse employees. *Organizacija*, 52(1), 46–52. <https://doi.org/10.2478/orga-2019-0005>
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L. & Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS ONE*, 12(10), 1–29. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
- Santa Maria, A., Wörfel, F., Wolter, C., Gusy, B., Rotter, M., Stark, S., ... Renneberg, B. (2017). The role of job demands and job resources in the development of

- emotional exhaustion, depression, and anxiety among police officers. *Police Quarterly*, 21(1), 109–134. <https://doi.org/10.1177/1098611117743957>
- Schaufeli, W. B. (2015). Engaging leadership in the job demands-resources model. *The Career Development International*, 20(5), 446–463. <https://doi.org/10.1108/CDI-02-2015-0025>
- Schaufeli, W. B. (2017a). Applying the job demands-resources model. *Organizational Dynamics*, 46(2), 120–132. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2017.04.008>
- Schaufeli, W. B. (2017b). Burnout: A short socio-cultural history. In S. Neckel, A. K. Schaffner, & G. Wagner (Eds.), *Burnout, fatigue, exhaustion: An interdisciplinary perspective on a modern affliction* (pp. 105–127). Palgrave Macmillan/Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-319-52887-8_5
- Schaufeli, W. B., De Witte, H., Hakanen, J. J., Kaltainen, J. & Kok, R. (2023). How to assess severe burnout? Cutoff points for the Burnout Assessment Tool (BAT) based on three European samples. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 49(4), 293–302. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4093>
- Schaufeli, W., Desart, S. & De Witte, H. (2020a). Burnout Assessment Tool (BAT)—Development, validity, and reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 1–21. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>
- Schaufeli, W. B., De Witte, H. & Desart, S. (2020b). *Manual Burnout Assessment Tool (BAT) – Version 2.0*. KU Leuven, Belgium: Unpublished internal report. <https://burnoutassessmenttool.be/wp-content/uploads/2020/08/Test-Manual-BAT-English-version-2.0-1.pdf>
- Schroeder, S., Kelly, D. & Leighton, K. (2023). Influence of years of experience and age on hospital workforce compassion satisfaction, anxiety, depression, stress, and burnout during pandemic: Implications for retention. *Psychology, Health & Medicine*, 28(7), 1741–1754. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2159988>

- Schulte, P. A., Delclos, G., Felknor, S. A. & Chosewood, L. C. (2019). Toward an expanded focus for occupational safety and health: A commentary. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 1–17. <https://doi.org/10.3390/ijerph16244946>
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Collicott, P., Novotny, P. J., Sloan, J. & Freischlag, J. (2010). Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*, 251(6), 995–1000. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3>
- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E. & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136(5), 358–367. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008>
- Shin, P., Desai, V., Conte, A. H. & Qiu, C. (2023). Time out: The impact of physician burnout on patient care quality and safety in perioperative medicine. *The Permanente Journal*, 27(2), 160–168. <https://doi.org/10.7812/TPP/23.015>
- Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., Patrone, Cotrim, T., Silvério, J. & Nossa, P. (2011). Copenhagen psychosocial questionnaire II: Portugal e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Aveiro.
- Silva, I. & Azevedo, R. (2023). Prevenção dos riscos psicossociais. In S. Antunes & A. Pereira (Coords.), *Avaliar, Intervir e Prevenir os Riscos Psicossociais: Práticas e Recomendações* (1st ed., pp. 169–204). Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Sinval, J., Vazquez, A. C. S., Hutz, C. S., Schaufeli, W. B. & Silva, S. (2022). Burnout assessment tool (BAT): Validity evidence from Brazil and Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1–27. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031344>
- Søvold, L. E., Naslund, J. A., Kousoulis, A. A., Saxena, S., Qoronfleh, M. W., Grobler, C. & Münter, L. (2021). Prioritizing the mental health and well-being of

- healthcare workers: An urgent global public health priority. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.679397>
- Souza, N. V. D. O. & Lisboa, M. T. L. (2005). Ritmo de trabalho: Fator de desgaste psíquico da enfermeira. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 9(2), 229–236. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127720493010>
- Sullivan, S. & Germain, M.-L. (2019). Psychosocial risks of healthcare professionals and occupational suicide. *Industrial and Commercial Training*, 52(1), 1–14. <https://doi.org/10.1108/ICT-08-2019-0081>
- Taranu, S. M., Ilie, A. C., Turcu, A. M., Stefaniu, R., Sandu, I. A., Pislaru, A. I., Alexa, I. D., Sandu, C. A., Rotaru, T. S. & Alexa-Stratulat, T. (2022). Factors associated with burnout in healthcare professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph192214701>
- Tubre, T. & Collins, J. (2000). Jackson and Schuler (1985) revisited: A meta-analysis of the relationships between role ambiguity, role conflict, and job performance. *Journal of Management*, 26(1), 155–169. [https://doi.org/10.1016/s0149-2063\(99\)00035-5](https://doi.org/10.1016/s0149-2063(99)00035-5)
- Ulrich, L. B. & Brott, P. E. (2005). Older workers and bridge employment: Redefining retirement. *Journal of Employment Counseling*, 42(4), 159–170. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1920.2005.tb01087.x>
- Wall, M., Schenck-Gustafsson, K., Minucci, D., Sendén, M. G., Løvseth, L. T. & Fridner, A. (2014). Suicidal ideation among surgeons in Italy and Sweden: A cross-sectional study. *BMC Psychology*, 2(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s40359-014-0053-0>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J. & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 388(10057), 2272–2281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)

Anexos

Anexo 1- Parecer da Comissão de Ética



Documento	2	2	2	1	6
-----------	---	---	---	---	---

Comissão de Ética da Universidade de Évora

A Comissão de Ética da Universidade de Évora informa que, com base nas apreciações favoráveis dos seus membros, deliberou dar

Parecer Positivo

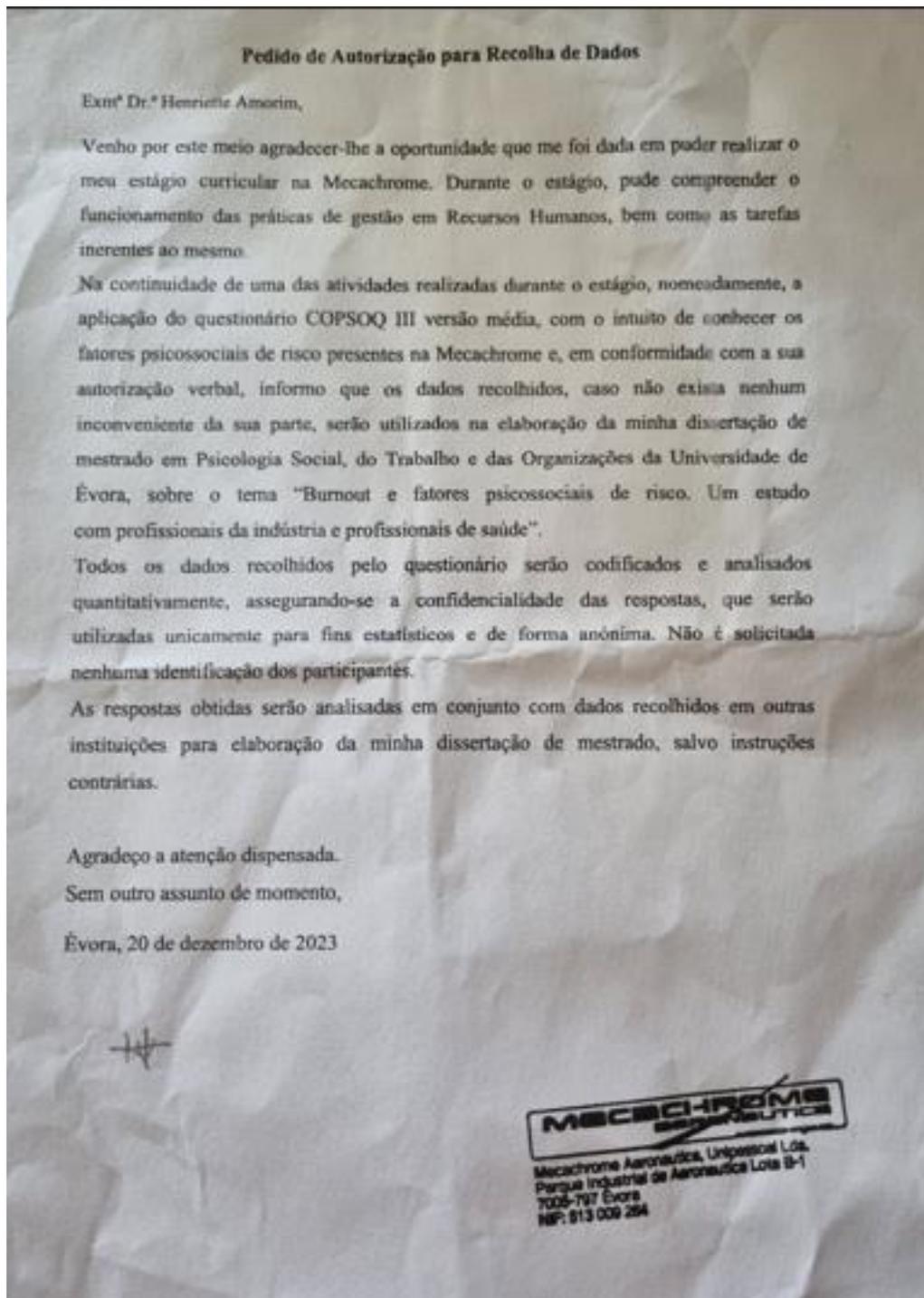
para a realização do Projeto: "Burnout e fatores psicossociais de risco. Um estudo com profissionais da indústria e profissionais de saúde." pela mestranda Raquel Alexandra Saúde Merca, sob a supervisão das Prof.ª Doutora Anabela Pereira e Prof.ª Doutora Cláudia Fernandes.

Universidade de Évora, 06 de março de 2024

O Presidente da Comissão de Ética

(Prof. Doutor Hugo Miguel Cardinho Alexandre Folgado)

Anexo 2- Consentimento Informado (Estudo 1) Indústria



Anexo 3- Consentimento Informado (Estudo 1) Saúde



Caro participante,

O presente estudo insere-se no plano de investigação da Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações da Universidade de Évora, sobre o tema "Burnout e fatores psicossociais de risco. Um estudo com profissionais da indústria e profissionais de saúde", orientado pelas Professoras Doutoradas Anabela Pereira e Cláudia Fernandes e tem como objetivo caracterizar os fatores psicossociais de risco em contexto profissional, com o propósito de delinear estratégias de intervenção para a saúde.

Participação: A sua participação é voluntária, tendo o direito a recusar participar ou desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo. Caso queira desistir, bastará "sair" sem submeter o questionário.

Confidencialidade: Todos os dados recolhidos pelo questionário serão codificados e analisados quantitativamente, assegurando-se a confidencialidade das respostas, que serão utilizadas unicamente para fins estatísticos e de forma anonimizada.

Conservação e Preservação dos Dados: Não é solicitada nenhuma identificação dos participantes. Após tratamento os dados, os mesmos são divulgados em formato de artigo científico e/ou em congressos da especialidade, dando a conhecer as principais conclusões. Os dados vão ser conservados pelo período máximo de 5 anos após submissão do questionário, armazenados em pasta privada da investigadora principal e protegidos com encriptação.

Contactos: Caso deseje obter informações adicionais sobre o questionário poderá contactar a investigadora principal Raquel Merca através do seguinte endereço eletrónico: m53209@alunos.uevora.pt.

O questionário foi aprovado pela equipa RGPD da Universidade de Évora e cumpre todos os requisitos do Regulamento europeu de proteção de dados Regulamento (EU) 2016/679, de 27 de abril de 2016 e a Lei 58/2019, de 8 de agosto (LPDP), garantindo a segurança, anonimato e confidencialidade de todos os dados facultados pelos participantes, em todas as fases do processo.

Anexo 4- Consentimento Informado (Estudo 2)

A CUF – Prestação de Serviços de Saúde, ACE é responsável pelo tratamento dos dados pessoais recolhidos neste formulário de forma estritamente confidencial e utilizada exclusivamente para a finalidade do **Estudo do Stress e Burnout** em contexto de trabalho no Hospital CUF Torres Vedras e Hospital CUF Santarém. sendo a recolha, registo, organização e consulta dos dados efetuada de acordo com as mais estritas regras de segurança e confidencialidade. Todos os dados serão recebidos, analisados e tratados por investigadores do **Departamento de Psicologia da Universidade de Évora**, obrigados a manter sigilo profissional.

Este questionário tem por base as seguintes ferramentas: *Burnout Assessment Tool* (BAT) e Escala de *Distress* Psicológico de *Kessler* (K10) e cumpre todos os requisitos do Regulamento Europeu de proteção de dados Regulamento (EU) 2016/679, de 27 de abril de 2016 e a Lei 58/2019, de 8 de agosto (LPDP), garantindo a segurança, anonimato e confidencialidade de todos os dados facultados pelos participantes, em todas as fases do processo.

A resposta a este questionário não lhe deverá tomar mais do que **5** minutos e os resultados serão sempre analisados agrupadamente, podendo ser comunicados internamente e a entidades externas (sempre de forma agrupada), sem recolha de dados que identifiquem cada participante em particular (por exemplo, indicará o intervalo de idades em que se insere, e não a sua idade específica), pelo que o anonimato e confidencialidade estão assegurados. O questionário estará disponível para preenchimento até 15 de Maio de 2024.

Para além disto, os resultados serão analisados apenas por uma equipa restrita da **Direção de Gestão de Pessoas**.

Os dados serão conservados durante um período máximo de 5 anos, após submissão do questionário, armazenados em pasta privada dos investigadores e protegidos com encriptação, findo o qual os dados serão eliminados.

Sem prejuízo de qualquer outra via de recurso administrativo ou judicial, tem direito a apresentar uma reclamação à CNPD ou a outra autoridade de controlo competente nos termos da lei, caso entenda que o tratamento.

Ao avançar para o preenchimento do inquérito e no final submeter as suas respostas, estará a consentir a sua participação neste estudo.

Anexo 5- Burnout Assessment Tool

BURNOUT ASSESSMENT TOOL

PORTUGUESE VERSION

Versão do BAT para contexto de trabalho

Instruções

As seguintes afirmações estão relacionadas com a sua situação no trabalho e como experiência esta situação.

Por favor, indique a frequência com cada afirmação se aplica a si.

Classificação

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

Síntomas Principais

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
Exaustão					
1. No trabalho, sinto-me mentalmente exausto(a)*	<input type="checkbox"/>				
2. Tudo o que faço no trabalho exige muito esforço	<input type="checkbox"/>				
3. Depois de um dia no trabalho, acho difícil recuperar a minha energia*	<input type="checkbox"/>				
4. No trabalho, sinto-me fisicamente exausto(a)*	<input type="checkbox"/>				
5. Quando me levanto de manhã, falta-me a energia para começar um novo dia no trabalho	<input type="checkbox"/>				
6. Quero estar ativo(a) no trabalho, mas de alguma forma sou incapaz de o fazer	<input type="checkbox"/>				
7. Quando me esforço no trabalho, fico rapidamente cansado(a)	<input type="checkbox"/>				
8. No final de um dia de trabalho, sinto-me mentalmente exausto(a) e esgotado(a)	<input type="checkbox"/>				

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
<i>Distância Mental</i>					
9. Tenho dificuldade em encontrar algum entusiasmo pelo meu trabalho*	<input type="checkbox"/>				
10. No trabalho, não penso muito no que estou a fazer e funciono em piloto automático	<input type="checkbox"/>				
11. Sinto uma forte aversão em relação ao meu trabalho*	<input type="checkbox"/>				
12. Sinto-me indiferente em relação ao meu trabalho	<input type="checkbox"/>				
13. Sou crítico(a) sobre o que o meu trabalho significa para os outros*	<input type="checkbox"/>				
<i>Incapacidade no Controlo Cognitivo</i>					
14. No trabalho, tenho dificuldade em manter-me focado(a)*	<input type="checkbox"/>				
15. No trabalho, luto para pensar claramente	<input type="checkbox"/>				
16. Sou esquecido(a) e distraído(a) no trabalho	<input type="checkbox"/>				
17. Quando estou a trabalhar, tenho dificuldade em me concentrar*	<input type="checkbox"/>				
18. Faço erros no meu trabalho porque tenho a cabeça sobrecarregada com outras coisas*	<input type="checkbox"/>				
<i>Incapacidade no Controlo Emocional</i>					
19. No trabalho, sinto-me incapaz de controlar as minhas emoções*	<input type="checkbox"/>				
20. Não me reconheço na maneira como reajo emocionalmente no trabalho*	<input type="checkbox"/>				
21. Durante o trabalho, fico irritado(a) quando as coisas não são como eu quero	<input type="checkbox"/>				
22. Fico perturbado(a) e triste no trabalho sem saber porquê	<input type="checkbox"/>				
23. Pode acontecer que no trabalho eu reaja exageradamente sem querer*	<input type="checkbox"/>				

Nota: * = Versão curta

Sintomas Secundários

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
<i>Angústia Psicológica</i>					
1. Tenho dificuldade em adormecer ou em ficar a dormir	<input type="checkbox"/>				
2. Tendo a preocupar-me	<input type="checkbox"/>				
3. Sinto-me tenso(a) e stressado(a)	<input type="checkbox"/>				
4. Sinto-me ansioso(a) e / ou sofro de ataques de pânico	<input type="checkbox"/>				
5. O ruído e as multidões perturbam-me	<input type="checkbox"/>				
<i>Queixas Psicossomáticas</i>					
6. Sofro de palpitações ou dores no peito	<input type="checkbox"/>				
7. Sofro de problemas de estômago e / ou intestinais	<input type="checkbox"/>				
8. Sofro de dores de cabeça	<input type="checkbox"/>				
9. Sofro de dores musculares, por exemplo no pescoço, ombros ou costas	<input type="checkbox"/>				
10. Fico doente muitas vezes	<input type="checkbox"/>				

Anexo 6- COPSOQ III Versão Média

Fatores Psicossociais e Bem Estar no Trabalho

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen- temente	Sempre
1. A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída?	<input type="checkbox"/>				
2. Com que frequência fica com trabalho atrasado?	<input type="checkbox"/>				
3. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho?	<input type="checkbox"/>				
4. Precisa de trabalhar muito rapidamente?	<input type="checkbox"/>				
5. Trabalha a um ritmo elevado ao longo de toda a jornada de trabalho?	<input type="checkbox"/>				
6. O seu trabalho exige a sua atenção constante?	<input type="checkbox"/>				
7. O seu trabalho requer que memorize muitas informações?	<input type="checkbox"/>				
8. O seu trabalho requer que seja bom a propor novas ideias?	<input type="checkbox"/>				
9. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?	<input type="checkbox"/>				
10. O seu trabalho coloca-o/a em situações emocionalmente perturbadoras?	<input type="checkbox"/>				
11. No seu trabalho tem de lidar com os problemas pessoais de outras pessoas?	<input type="checkbox"/>				
12. O seu trabalho exige emocionalmente de si?	<input type="checkbox"/>				
13. Tem um elevado grau de influência nas decisões sobre o seu trabalho?	<input type="checkbox"/>				
14. Pode influenciar a quantidade de trabalho que lhe compete a si?	<input type="checkbox"/>				
15. Tem alguma influência sobre o tipo de tarefas que faz?	<input type="checkbox"/>				

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen- temente	Sempre
16. Tem alguma influência sobre o modo como faz o seu trabalho?	<input type="checkbox"/>				
17. O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas?	<input type="checkbox"/>				
18. O seu trabalho permite-lhe usar as suas competências ou capacidades?	<input type="checkbox"/>				
19. O seu trabalho permite-lhe desenvolver as suas competências?	<input type="checkbox"/>				
20. Pode decidir quando faz as suas pausas?	<input type="checkbox"/>				
21. Pode tirar férias mais ou menos quando deseja?	<input type="checkbox"/>				
22. Pode fazer uma pausa no trabalho para falar com um/a colega?	<input type="checkbox"/>				
	Nada	Um pouco	Moderada mente	Muito	Extremam ente
23. O seu trabalho tem algum significado para si?	<input type="checkbox"/>				
24. Sente que o seu trabalho é importante?	<input type="checkbox"/>				
25. Sente-se motivado e envolvido com o seu trabalho?	<input type="checkbox"/>				
26. Gosta de falar com os outros sobre o seu local de trabalho?	<input type="checkbox"/>				
27. Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também?	<input type="checkbox"/>				
28. Sente orgulho em pertencer a esta organização / empresa?	<input type="checkbox"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen- temente	Sempre
29. No seu local de trabalho é informado/a com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro?	<input type="checkbox"/>				

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen- temente	Sempre
30. Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?	<input type="checkbox"/>				
31. O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gestão de topo?	<input type="checkbox"/>				
32. A gestão de topo do seu local de trabalho respeita-o/a?	<input type="checkbox"/>				
33. É tratado/a de forma justa no seu local de trabalho?	<input type="checkbox"/>				
34. O seu trabalho tem objectivos claros?	<input type="checkbox"/>				
35. Sabe exactamente quais as suas responsabilidades?	<input type="checkbox"/>				
36. Sabe exactamente o que é esperado de si?	<input type="checkbox"/>				
37. Faz coisas no seu trabalho com que uns concordam mas outros não?	<input type="checkbox"/>				
38. Por vezes tem que fazer coisas que deveriam ser feitas de outra maneira?	<input type="checkbox"/>				
39. Por vezes tem que fazer coisas que considera desnecessárias?	<input type="checkbox"/>				
Em relação à sua chefia direta, até que ponto considera que...					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen- temente	Sempre
40. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento / formação?	<input type="checkbox"/>				
41. Faz um bom planeamento do trabalho?	<input type="checkbox"/>				
42. É eficaz a resolver conflitos?	<input type="checkbox"/>				
43. Dá prioridade à satisfação da equipa no trabalho?	<input type="checkbox"/>				
As questões que se seguem referem-se ao seu local de trabalho no seu todo.					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen- temente	Sempre
44. Com que frequência tem ajuda e apoio dos seus colegas de trabalho, se necessário?	<input type="checkbox"/>				
45. Com que frequência os seus colegas estão receptivos a ouvi-lo/a sobre os seus problemas de trabalho, se necessário?	<input type="checkbox"/>				

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
46. Com que frequência os seus colegas falam consigo sobre o seu próprio desempenho laboral?	<input type="checkbox"/>				
47. Com que frequência a sua chefia direta fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho?	<input type="checkbox"/>				
48. Com que frequência tem ajuda e apoio da sua chefia direta, se necessário?	<input type="checkbox"/>				
49. Com que frequência a sua chefia direta fala consigo sobre o seu desempenho laboral?	<input type="checkbox"/>				
50. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas?	<input type="checkbox"/>				
51. No seu local de trabalho sente-se parte de uma comunidade?	<input type="checkbox"/>				
52. Existe uma boa cooperação entre os colegas de trabalho?	<input type="checkbox"/>				

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
53. Sente-se preocupado/a em ficar desempregado/a?	<input type="checkbox"/>				
54. Sente-se preocupado/a com a dificuldade em encontrar outro trabalho se ficar desempregado/a?	<input type="checkbox"/>				
55. Sente-se preocupado/a em ser transferido/a para outro posto de trabalho?	<input type="checkbox"/>				
56. Preocupa-o/a que o seu horário de trabalho (turno, dias úteis, hora de entrada e saída...) seja mudado?	<input type="checkbox"/>				
57. Sente-se preocupado/a com uma diminuição na sua retribuição (redução, introdução de remuneração variável...)?	<input type="checkbox"/>				
58. Está satisfeito (a) com a qualidade do trabalho realizado por si?	<input type="checkbox"/>				

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen- temente	Sempre
59. Os trabalhadores confiam uns nos outros de um modo geral?	<input type="checkbox"/>				
60. Os trabalhadores ocultam informações uns dos outros?	<input type="checkbox"/>				
61. Os trabalhadores ocultam informação à gestão de topo?	<input type="checkbox"/>				
62. A gestão de topo confia nos seus trabalhadores para fazerem o seu trabalho bem?	<input type="checkbox"/>				
63. Os trabalhadores confiam na informação que lhes é transmitida pela gestão de topo ?	<input type="checkbox"/>				
64. Os trabalhadores podem expressar as suas opiniões à gestão de topo?	<input type="checkbox"/>				
65. Os conflitos são resolvidos de uma forma justa?	<input type="checkbox"/>				
66. O trabalho é distribuído de forma justa?	<input type="checkbox"/>				
67. As sugestões dos trabalhadores são tratadas de forma séria pela gestão de topo?	<input type="checkbox"/>				
68. Quando os trabalhadores fazem um bom trabalho são reconhecidos?	<input type="checkbox"/>				

As próximas três questões referem-se ao modo como o seu trabalho afeta a sua vida privada/ familiar:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen- temente	Sempre
69. Sente que o seu trabalho lhe exige tanta energia, que acaba por afetar a sua vida privada / familiar negativamente?	<input type="checkbox"/>				
70. Sente que o seu trabalho lhe exige tanto tempo, que acaba por afetar a sua vida privada / familiar negativamente?	<input type="checkbox"/>				
71. As exigências do seu trabalho interferem com a sua vida privada e familiar?	<input type="checkbox"/>				

Em relação ao seu trabalho em geral, quão satisfeito(a) está com...

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
72. As suas perspectivas de trabalho?	<input type="checkbox"/>				
73. O seu trabalho de uma forma global?	<input type="checkbox"/>				
74. A forma como as suas capacidades e competências são usadas?	<input type="checkbox"/>				

	Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
75. Em geral, sente que a sua saúde é:	<input type="checkbox"/>				

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen- temente	Sempre
76. Sou sempre capaz de resolver problemas se tentar o suficiente.	<input type="checkbox"/>				
77. É fácil seguir os meus planos e atingir os meus objectivos.	<input type="checkbox"/>				

Com que frequência durante as últimas 4 semanas ...

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen- temente	Sempre
78. Sentiu dificuldade em adormecer?	<input type="checkbox"/>				
79. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguia adormecer novamente?	<input type="checkbox"/>				
80. Tem-se sentido fisicamente exausto/a?	<input type="checkbox"/>				
81. Tem-se sentido emocionalmente exausto/a?	<input type="checkbox"/>				
82. Tem-se sentido irritado/a?	<input type="checkbox"/>				
83. Tem-se sentido ansioso/a?	<input type="checkbox"/>				
84. Tem-se sentido triste?	<input type="checkbox"/>				
85. Tem sentido falta de interesse por coisas do quotidiano?	<input type="checkbox"/>				