

## STRESS OCUPACIONAL EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIROS

António Rui Silva Gomes<sup>1</sup>  
Universidade do Minho, Portugal

### Resumo

Este estudo analisa o *stress* ocupacional em 318 profissionais de saúde, divididos pelas classes profissionais dos médicos (35.8%) e dos enfermeiros (64.2), a trabalharem em instituições hospitalares e centros de saúde da região norte de Portugal. Foram avaliadas as fontes de *stress*, o *burnout*, o comprometimento organizacional e a satisfação e realização pessoal e profissional. Os resultados apontaram avaliações gerais de *stress* mais elevadas nos médicos do que nos enfermeiros, valores de *burnout* semelhantes em ambas as classes e maior insatisfação pessoal e profissional nos enfermeiros. As análises comparativas indicaram diferenças nas duas classes profissionais nas medidas usadas e a importância das variáveis sexo, estado civil, vínculo profissional e regime de trabalho na percepção de *stress* ocupacional. As análises de regressão indicaram o papel do *stress* e do *burnout* na explicação do comprometimento organizacional e da satisfação/realização pessoal e profissional. No final, são apresentadas algumas indicações para a investigação futura.

*Palavras-Chave:* Stress Ocupacional, Burnout, Comprometimento Organizacional, Satisfação.

### Occupational stress in health professionals: A comparative study between physicians and nurses

#### Abstract

This study analyzes occupational stress in 318 health professionals (35.8% of physicians and 64.2% of nurses) from hospitals and health care centres in the north of Portugal. We assessed the following variables: stress, burnout, organizational commitment and satisfaction/professional fulfilment. The results revealed more global stress in physicians than in nurses, similar values of burnout were found in both classes, and more personal and professional dissatisfaction in nurses. Comparative analysis indicated differences between physicians and nurses in the psychological dimensions and the importance of sex, marital status, labour agreement and work shift in the experience of occupational stress. The regression analysis indicated the importance of stress and burnout in the explanation of organizational commitment and satisfaction/professional fulfilment. Finally, we discuss some of the implications this study has for future research.

*Key Words:* Occupational Stress, Burnout; Organizational Commitment; Satisfaction

---

<sup>1</sup> Correspondance about this articule should be address to António Rui Silva Gomes, email: rgomes@psi.uminho.pt.

O trabalho dos profissionais de saúde, de que fazem parte os médicos e enfermeiros, é habitualmente descrito na literatura como inerentemente stressante, devido a um conjunto alargado de aspectos, como sejam, os horários longos de trabalho, o excesso de trabalho, as pressões de tempo, os hábitos deficitários de sono, as elevadas expectativas de rendimento que tornam a margem de erro mínima, etc. (Firth-Cozens, 2003; Lee & Wang, 2002; Thomas, 2004). As consequências destes problemas são igualmente evidentes ao nível do *burnout* (esgotamento), da depressão, da insatisfação profissional e da fadiga relativamente ao trabalho (Clever, 2002; Imai, Nakao, Tsuchiya, Kuroda, & Katoh, 2004; Shanafelt, Bradley, Wipf, & Back, 2002).

Assim sendo, justifica-se o interesse da investigação no estudo dos factores e condições que caracterizam a actividade laboral destes profissionais. De facto, um dos aspectos que se torna necessário compreender refere-se às especificidades da actividade desenvolvida por médicos e enfermeiros, fazendo sentido desenvolver estudos que estabeleçam as diferenças entre ambas as profissões, mas que também procurem entender os aspectos particulares de cada uma delas (Rutledge et al., 2009).

É neste sentido que este trabalho deve ser enquadrado, observando e comparando a experiência de *stress*, *burnout*, comprometimento organizacional e satisfação/realização pessoal e profissional em ambos os grupos profissionais (e.g., médicos e enfermeiros). Para além desta natureza mais descritiva e comparativa, procurou-se também avançar na explicação da experiência de comprometimento organizacional e de satisfação/realização, tendo por base as dimensões de *stress* e de *burnout*.

A escolha destas três variáveis (*burnout*, comprometimento organizacional e satisfação/realização) visou a verificação da relação entre o *stress* ocupacional e uma dimensão mais negativa e disfuncional do funcionamento individual (*burnout*) e outras facetas mais positivas e funcionais dos efeitos do trabalho (comprometimento organizacional e satisfação/realização). Tal como referem Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), apesar da investigação neste domínio se ter centrado mais nas consequências indesejáveis do trabalho no bem-estar das pessoas, existe igualmente interesse em compreender os efeitos benéficos desta actividade nos trabalhadores.

No que se refere ao *burnout*, este deve ser entendido como uma síndrome constituída por sentimentos de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (Schaufeli & Buunk, 1996). De um modo geral, este problema tende a surgir como uma resposta ao *stress* ocupacional crónico, evidenciando-se pelo

facto do profissional sentir que a sua capacidade para enfrentar as exigências colocadas pelo trabalho está *esgotada* (Maslach & Schaufeli, 1993). A avaliação deste problema nos profissionais de saúde é muito relevante, pois pode ter implicações na qualidade dos serviços prestados aos clientes/pacientes, na adesão destes últimos ao tratamento proposto e na vontade em continuar a exercer a actividade profissional (Williams et al., 2001; Wu, Zhu, Li, Wang, & Wang, 2008).

Já no que se refere ao comprometimento organizacional, este deve ser entendido como os sentimentos, atitudes e valores positivos em relação à instituição empregadora (Mowday, Porter, & Steers, 1982), enquanto que a faceta de satisfação/realização refere-se às reacções dos indivíduos relativamente ao trabalho, manifestando-se através de sentimentos positivos de satisfação e realização profissional e pessoal (Gomes, Melo, & Cruz, 2000). Alguns dados da investigação confirmam a relevância destas dimensões na experiência profissional, existindo uma relação negativa entre o *stress* e os sentimentos de comprometimento e satisfação face ao trabalho (Burke, 2001; Moore, Lindquist, & Katz, 1997).

Do ponto de vista conceptual, a opção seguida neste estudo foi no sentido de analisar as fontes potencialmente perturbadoras do funcionamento dos indivíduos das duas classes profissionais, seguindo-se assim as indicações de Van Venderhoven, Taris, Jonge e Broersen (2005) ao afirmarem que o valor preditivo dos modelos de *stress* ocupacional pode aumentar ao estudarem-se as exigências concretas colocadas a cada grupo profissional. Além disso, procurámos incluir variáveis potencialmente indicadoras de desajustamento pessoal face ao trabalho (e.g., *burnout*) bem como variáveis potencialmente indicadoras de bem-estar ao nível pessoal (satisfação/realização) e organizacional (e.g., comprometimento organizacional).

Tendo por base todas estas indicações, este estudo procurou alcançar os seguintes objectivos:

- a) Examinar as fontes de *stress*, a prevalência de *burnout* e os níveis de satisfação e de realização pessoal e profissional nas classes profissionais dos médicos e enfermeiros;
- b) Comparar as diferenças entre médicos e enfermeiros na experiência de *stress*, *burnout* e satisfação/realização pessoal e profissional;
- c) Comparar as diferenças na experiência de *stress*, *burnout* e satisfação/realização pessoal e profissional nas classes profissionais dos médicos e enfermeiros, em função de variáveis pessoais (e.g., sexo e estado civil) e laborais (e.g., vínculo profissional e regime de trabalho) e;
- d) Analisar as variáveis predictoras do comprometimento organizacional e da

satisfação/realização pessoal e profissional nas classes profissionais dos médicos e dos enfermeiros.

## Método

### Amostra

Participaram neste estudo 318 profissionais da área da saúde (e.g., médicos e enfermeiros), escolhidos de modo aleatório entre instituições de saúde pública da região norte de Portugal. Assim, considerando os objectivos comparativos deste trabalho, procurámos incluir o maior número de profissionais de ambos os domínios laborais, tendo a amostra ficado constituída por 114 médicos (35.8%) e 204 enfermeiros (64.2%).

No que se refere aos médicos, 49 eram do sexo masculino (43%) e 65 do sexo feminino (57%), com idades compreendidas entre os 25 e os 63 anos ( $M = 41.5$ ;  $DP = 10.7$ ) e com uma experiência profissional a variar entre 1 e 42 anos ( $M = 14.1$ ;  $DP = 9.9$ ). Ao nível do estado civil, destacaram-se os grupos de solteiros ( $n = 31$ ; 27.2%) e casados ( $n = 72$ ; 63.2%). Na formação académica, a esmagadora maioria detinha o grau de licenciado ( $n = 107$ ; 93.9%). O vínculo profissional foi o seguinte: 78 com contrato efectivo no local de trabalho (69%), 33 com contrato a “termo”/prazo (29.2%) e 2 profissionais na situação de prestadores de serviços (1.8%). De realçar ainda o facto de 43 médicos efectuarem um regime de trabalho em sistema rotativo de turnos (38.1%) enquanto 70 não o faziam (61.9%).

Quanto aos enfermeiros, 30 eram do sexo masculino (14.7%) e 174 do sexo feminino (85.8%), com idades compreendidas entre os 22 e os 60 anos ( $M = 33.9$ ;  $DP = 9.4$ ) e com uma experiência profissional a variar entre 1 e 36 anos ( $M = 8.7$ ;  $DP = 8.3$ ). Ao nível do estado civil, destacaram-se os grupos de solteiros ( $n = 81$ ; 39.7%) e casados ( $n = 110$ ; 53.9%). Na formação académica, a esmagadora maioria detinha o grau de licenciado ( $n = 193$ ; 95.5%). O vínculo profissional foi o seguinte: 136 com contrato efectivo no local de trabalho (69.4%) e 60 com contrato a “termo”/prazo (30.6%). De salientar ainda o facto de 129 enfermeiros efectuarem um regime de trabalho em sistema rotativo de turnos (63.5%) enquanto 74 não o faziam (36.5%).

### Instrumentos e medidas

Foi administrado a todos os profissionais um conjunto de instrumentos destinados a obter informações acerca das variáveis em análise neste estudo. Todos os instrumentos foram testados em termos de estrutura factorial com rotação ortogonal e procedimento *varimax*, atendendo-se aos valores de normalização de Kaiser, ou seja, *eigenvalue* igual ou superior a 1. Paralelamente, avaliámos os

valores de consistência interna dos factores dos instrumentos (valores de *alpha* de Cronbach). A retenção dos possíveis factores foi efectuada atendendo aos seguintes critérios: i) saturação igual ou superior a .40 de cada item no factor hipotético e apenas num único factor; ii) aceitação da solução factorial final a partir do momento em que explicasse pelo menos 50% da variância total; iii) existência de uma coerência entre a solução factorial e os itens que constituem cada um dos factores; e iv) cada factor deveria ser representado, pelo menos, por dois itens (Gorsuch, 1983; Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1995). Neste sentido, apresentamos de seguida os instrumentos usados, tendo em consideração as análises descritas.

*Questionário demográfico.* Este instrumento foi desenvolvido especificamente para este estudo, procurando caracterizar a amostra, tanto do ponto de vista pessoal (e.g., sexo, idade, estado civil) como profissional (e.g., formação académica, situação contratual, trabalho por turnos, experiência profissional);

*Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS)* (Gomes, Cruz, & Cabanelas, 2009). O instrumento compreende duas partes distintas. Numa fase inicial foi proposta a avaliação do nível global de *stress* experienciado na actividade laboral, através de um único item (0 = Nenhum *stress*; 4 = Elevado *stress*). Na segunda secção, foram avaliadas as potenciais fontes de *stress* no exercício da actividade dos profissionais da saúde. Neste estudo foi usada uma versão com 44 itens, respondidos em formato tipo *likert* de cinco pontos, que avaliaram oito dimensões. No entanto, após as análises realizadas foi evidente a necessidade de reorganizar a estrutura factorial do instrumento em seis dimensões de avaliação: i) lidar com clientes (4 itens;  $\alpha = .82$ ): refere-se aos sentimentos negativos dos profissionais relacionados com as pessoas a quem prestam os seus serviços; ii) relações profissionais (5 itens;  $\alpha = .87$ ): descreve o mal-estar dos profissionais relativamente ao ambiente de trabalho bem como à relação mantida com os colegas de trabalho e superiores hierárquicos; iii) excesso de trabalho (4 itens;  $\alpha = .83$ ): diz respeito à excessiva carga de trabalho e de horas de serviço a realizar; iv) carreira e remuneração (5 itens;  $\alpha = .89$ ): indica os sentimentos de mal-estar relacionados com a falta de perspectivas de desenvolvimento da carreira profissional e de insatisfação com o salário recebido; v) acções de formação (3 itens;  $\alpha = .84$ ): reporta as experiências negativas dos profissionais em situações onde devem elaborar e conduzir acções de formação e efectuar apresentações públicas; e vi) problemas familiares (3 itens;  $\alpha = .51$ ): descreve os problemas de relacionamento familiar e a falta de apoio por parte de pessoas significativas. A estrutura factorial permitiu explicar 68.2% da variância total, tendo por base um valor de *KMO* (“Kaiser-Meyer-

Olkin”) de .880 e um resultado significativo no teste de esfericidade de Barlett (2745.74,  $df$  276,  $p = .000$ ). De referir, que dado os valores de “alpha” substancialmente baixos da subescala problemas familiares, esta não foi usada nas restantes análises deste trabalho (Nunnally, 1978);

*Inventário de Burnout de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos (IBM-PSH)* (Maslach & Jackson, 1996; Tradução e adaptação por Melo, Gomes, & Cruz, 1999). É um instrumento de auto-registo com 22 itens acerca dos sentimentos relacionados com o trabalho, distribuindo-se por três dimensões: i) exaustão emocional (7 itens;  $\alpha = .88$ ): analisa os sentimentos de sobrecarga emocional e exaustão devido às exigências do trabalho; ii) despersonalização (4 itens;  $\alpha = .71$ ): pretende medir as respostas frias, impessoais ou mesmo negativas dirigidas àqueles a quem se prestam serviços; e iii) realização pessoal (7 itens;  $\alpha = .75$ ): usada para avaliar os sentimentos de competência profissional e de sucesso no trabalho com pessoas. A avaliação foi efectuada numa escala tipo *likert* de sete pontos (mínimo de zero; máximo de seis). A estrutura factorial permitiu explicar 53% da variância total, tendo por base um valor de *KMO* (“Kaiser-Meyer-Olkin”) de .850 e um resultado significativo no teste de esfericidade de Barlett (1986.36,  $df$  153,  $p = .000$ );

*Escala de Comprometimento Organizacional (ECO)* (Mowday, Steers, & Porter, 1979; Tradução e adaptação por Gomes, 2006). Avalia os sentimentos, atitudes e valores positivos assumidos pelos profissionais relativamente ao seu local de trabalho. Neste estudo foi usada a versão de nove itens (ver Mowday *et al.*, 1982) respondidos numa escala tipo *likert* de cinco pontos ( $\alpha = .91$ ). A estrutura factorial permitiu explicar 60.4% da variância total, tendo por base um valor de *KMO* (“Kaiser-Meyer-Olkin”) de .923 e um resultado significativo no teste de esfericidade de Barlett (1734.37,  $df$  36,  $p = .000$ );

*Escala de Satisfação e Realização (ESR)* (Gomes *et al.*, 2000). O instrumento é composto por sete questões acerca da carreira e satisfação profissional, nomeadamente, i) a vontade em optar pela mesma via de ensino se os profissionais tivessem uma nova oportunidade de escolher um curso superior (respostas numa escala dicotómica de *sim* e *não*); ii) o nível de satisfação profissional actual; iii) o nível de satisfação pessoal actual; iv) o nível de realização profissional actual; v) o nível de realização pessoal actual; vi) o desejo de abandonar o actual local de trabalho; e vii) o desejo de abandonar a profissão. Estas últimas quatro questões foram apresentadas numa escala tipo *likert* de seis pontos. Para efeitos do presente estudo, foi ainda calculado um valor global de satisfação e realização pessoal e profissional ( $\alpha = .81$ ). A estrutura factorial permitiu explicar 63.4% da variância total, tendo por base um valor de *KMO*

(“Kaiser-Meyer-Olkin”) de .559 e um resultado significativo no teste de esfericidade de Barlett (595.99,  $df$  6,  $p = .000$ ).

### Procedimento

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

Combinado o momento para o início da recolha dos dados, distribuiu-se o protocolo de avaliação que incluía, anexo, um documento relativo ao consentimento informado dirigido aos participantes, acerca dos objectivos e implicações da investigação, assegurando-se o carácter voluntário da participação. Apenas os participantes que concordaram com as condições de realização do estudo e assinaram o termo de consentimento é que fizeram parte deste estudo. No sentido de garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, foi fornecido a todos os inquiridos um envelope no qual introduziam o questionário preenchido, que deveria ser posteriormente devolvido, devidamente fechado. Assim sendo, o Questionário que englobava os instrumentos atrás referidos foi distribuído junto de 568 profissionais, tendo sido recebidos e considerados como válidos para efeitos do presente estudo 318 questionários, representando uma taxa de retorno e adesão de 54.3%.

### Resultados

O tratamento e análise estatística dos dados foram efectuados no programa PASW *Statistics* (versão 18.0 para Windows) e incluiu vários procedimentos que serão explicados ao longo desta parte do trabalho.

#### Estatísticas descritivas das variáveis em análise

Começando pelo nível geral de *stress* sentido na actividade laboral (1ª parte do QSPS), salienta-se que a profissão foi percebida como muito stressante por 31.3% dos médicos e 14.8% dos enfermeiros. De um modo geral, foram os aspectos relacionados com o excesso de trabalho e o lidar com os clientes que mais geraram pressão nos médicos, enquanto que nos enfermeiros foi o lidar com os clientes e a carreira e remuneração. Em termos dos índices de *burnout*, os valores foram muito aproximados nas duas profissões: exaustão emocional com 10.5% nos enfermeiros e 9% nos médicos; despersonalização com 2% nos enfermeiros e 1.8% nos médicos; e baixa realização

peçoal com 1.5% nos enfermeiros e 1.8% nos médicos. Concomitantemente, nenhum participante neste estudo assumiu valores problemáticos nas três dimensões. De referir, que os valores de cálculo do *burnout* foram os seguintes: frequência *uma vez por semana* da escala *likert* para as dimensões de exaustão emocional e despersonalização e *uma vez por mês* para a dimensão de realização pessoal. Ao nível da satisfação, o principal aspecto a reter foi o facto dos enfermeiros evidenciarem menores níveis nesta dimensão. Assim sendo, quase 25% destes profissionais não voltariam a escolher a mesma área de formação graduada (contra 6% dos médicos), 15% desejavam abandonar o local de trabalho (contra 7% dos médicos) e 6% manifestaram o desejo de abandonar a profissão (contra 3% dos médicos).

### Diferenças na experiência profissional em função dos grupos em análise

Tendo em consideração o objectivo principal deste estudo, procurámos analisar a existência de diferenças na experiência profissional entre os grupos de médicos e enfermeiros. Numa segunda etapa, analisámos cada um dos grupos separadamente, observando uma vez mais as possíveis diferenças nas variáveis psicológicas em estudo. Estas análises foram efectuadas com procedimentos univariados e multivariados e, numa etapa posterior, foram confirmadas com testes não paramétricos nos casos onde a normalidade da distribuição não estava garantida, seguindo-se assim as indicações de Fife-Schaw (2006). Em praticamente todos os casos, os resultados foram no mesmo sentido optando-se, por isso, pela apresentação dos valores obtidos com as medidas paramétricas, dado o facto de serem mais robustas e permitirem-nos usar análises multivariadas, que têm como vantagem a redução do número de testes a executar, diminuindo assim a probabilidade do erro Tipo 1. Os casos onde foram evidentes diferenças entre dois tipos de testes serão assinalados na apresentação dos resultados.

Começando pela comparação entre médicos e enfermeiros, os valores relativos ao QSPS revelaram-se significativos, Wilks' Lambda = .76,  $F(5, 304) = 19.34$ ,  $p < .001$ , tendo os testes univariados revelado que os enfermeiros evidenciaram maior *stress* relacionado com o lidar com os clientes, com as relações profissionais, com a carreira e remuneração (diferenças altamente significativas neste último caso) e com as acções de formação (ver Tabela 1). Ao nível do *burnout*, observaram-se diferenças marginalmente significativas na dimensão de despersonalização ( $p < .10$ ), Wilks' Lambda = .97,  $F(3, 311) = 2.79$ ,  $p < .05$ , tendo os médicos assumido maiores índices nesta faceta do instrumento (ver Tabela 1). Ao nível da ESR, foram observadas diferenças significativas, devendo-se atribuir aos médicos

maiores níveis de satisfação e realização (ver Tabela 1).

No segundo tipo de análises, observámos as diferenças entre subgrupos da amostra em cada categoria profissional, nomeadamente em duas características pessoais (e.g., sexo e estado civil) e duas profissionais (e.g., vínculo profissional e regime de trabalho).

Começando pelos médicos, todos os valores significativos relativos às comparações que se seguem podem ser observados na Tabela 2.

Assim, nas diferenças de sexo os resultados para o questionário de *stress* não se revelaram significativos, Wilks' Lambda = .92,  $F(5, 104) = 1.77$ ,  $p = .126$ . No entanto, os testes univariados apontaram diferenças em três dimensões, com as mulheres a demonstrarem maior pressão relacionada com o lidar com os clientes, as relações profissionais e o excesso de trabalho. Os testes não paramétricos, apontaram valores significativos nas dimensões que assumiram resultados quase significativos nas medidas paramétricas ( $p < .10$ ), reforçando assim a evidência destas diferenças. Em sentido inverso, as mulheres apresentaram menores índices de comprometimento organizacional, observando-se também neste caso valores de significância no teste não paramétrico correspondente.

No que concerne às diferenças em função do estado civil, a única variável com resultados significativos foi o IBM-PSH, Wilks' Lambda = .89,  $F(3, 98) = 4.01$ ,  $p < .05$ . Neste caso, os médicos solteiros apresentaram maiores valores de despersonalização.

Na distinção em função do vínculo profissional, constataram-se valores significativos para o QSPS, Wilks' Lambda = .89,  $F(5, 102) = 2.63$ ,  $p < .05$ , tendo os médicos com contratos a prazo/termo revelado maior tensão relacionada com o excesso de trabalho. De igual modo, e apesar de não termos observado valores significativos para o IBM-PSH, Wilks' Lambda = .97,  $F(3, 107) = 1.00$ ,  $p = .394$ , os testes univariados sugeriram diferenças significativas na faceta de despersonalização, tendo os contratados a prazo/termo revelado maiores valores nesta faceta do instrumento. Por outro lado, estes profissionais revelaram menores índices de comprometimento organizacional.

Quanto à comparação em função do regime de trabalho, os resultados voltaram a revelar-se significativos no comprometimento organizacional, sendo os profissionais em sistema de turnos a demonstrar índices mais baixos neste domínio.

No que se refere aos enfermeiros, todos os valores significativos relativos às comparações que se seguem podem ser observados na Tabela 3.

Na distinção em função do sexo, os resultados para o QSPS encontram-se no limite da significância, Wilks' Lambda = .95,  $F(5, 194) = 2.26$ ,  $p = .050$ , tendo os testes univariados apontado

uma maior tendência das mulheres para o *stress* relacionado com o lidar com clientes, as relações profissionais, o excesso de trabalho, a carreira e remuneração e as acções de formação. Neste caso, deve-se analisar com cautela o resultado relativo ao lidar com os clientes, uma vez que o teste não paramétrico correspondente não evidenciou diferenças entre ambos os sexos.

Ao nível do estado civil, constataram-se várias diferenças entre os solteiros e casados. Assim, ao nível do *stress* encontraram-se diferenças significativas, Wilks' Lambda = .93,  $F(5, 181) = 2.85$ ,  $p < .05$ , tendo os testes univariados revelado que os solteiros experienciaram maior *stress* relacionado com o excesso de trabalho e a carreira e remuneração. Ao nível do *burnout*, o valor do teste multivariado não foi significativo, Wilks' Lambda = .96,  $F(3, 185) = 2.51$ ,  $p = .060$ , mas os testes univariados apontaram diferenças entre os solteiros e os casados ao nível da exaustão emocional e da despersonalização (sendo os valores mais elevados nos primeiros) bem como na realização pessoal (sendo os valores mais elevados nos segundos). Quanto ao comprometimento organizacional e à satisfação e realização pessoal e profissional, os solteiros assumiram menores valores do que os casados. Neste agrupamento de comparações, devemos realçar que a exaustão emocional revelou-se significativa com os testes não paramétricos e a realização pessoal não assumiu este estatuto com o mesmo tipo de medida.

Tendo por base a distinção entre efectivos e contratados a prazo/termo, os resultados para o QSPS revelaram-se significativos, Wilks' Lambda = .92,  $F(5, 186) = 3.25$ ,  $p < .01$ , sendo os profissionais com vínculos mais precários a assumir maior *stress* relacionado com a carreira e a remuneração. Neste mesmo sentido, encontraram-se diferenças no IBM-PSH Wilks' Lambda = .94,  $F(3, 190) = 4.36$ ,  $p < .01$ , sendo também os enfermeiros com contratos a prazo/termo a registar maiores níveis de despersonalização. Pelo lado inverso, foram os enfermeiros com vínculos efectivos que demonstraram maiores níveis de satisfação e realização pessoal e profissional.

Quanto ao regime de trabalho, os resultados sugeriram melhores padrões psicológicos nos profissionais em regime diurno. De facto, ao nível do *stress* observaram-se valores significativos, Wilks' Lambda = .88,  $F(5, 193) = 5.43$ ,  $p < .001$ , tendo os enfermeiros em regime de turnos assumido maior tensão associada às relações profissionais, ao excesso de trabalho e à carreira e remuneração. Ao nível do *burnout*, constaram-se diferenças significativas, Wilks' Lambda = .95,  $F(3, 197) = 3.69$ ,  $p < .05$ , sendo também os profissionais de regime de turnos a relatar maior despersonalização e menor realização pessoal. Neste mesmo sentido, estes profissionais também evidenciaram menor satisfação e realização e menor comprometimento organizacional.

Tabela 1  
Diferenças significativas nas variáveis avaliadas em função da actividade profissional

VARIÁVEL	<u>Médicos</u>		<u>Enfermeiros</u>		g.l	F
	M (DP)	(n)	M (DP)	(n)		
QSPS-Lidar com clientes	2.27 (.84)	(110)	2.49 (.78)	(200)	1,308	5.12*
QSPS-Relações profissionais	1.79 (.94)	(110)	2.17 (.96)	(200)	1,308	11.42**
QSPS-Carreira e remuneração	1.44 (.95)	(110)	2.45 (.95)	(200)	1,308	81.46***
QSPS-Acções de formação	2.08 (.96)	(110)	2.37 (.97)	(200)	1,308	6.32*
IBM-PSH-Despersonalização	1.19 (.99)	(113)	.95 (1.07)	(202)	1,313	3.71+
ESR-Satisfação e Realização	4.39 (.81)	(110)	4.07 (.93)	(196)	1,304	8.70**

+  $p < .10$ ; \*  $p < .05$ \*; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabela 2  
Diferenças significativas nas variáveis avaliadas na categoria profissional dos médicos

VARIÁVEL	<u>Homens</u>		<u>Mulheres</u>		g.l	F
	M (DP)	(n)	M (DP)	(n)		
QSPS-Lidar com clientes	2.11 (.72)	(48)	2.40 (.92)	(62)	1,108	3.24+
QSPS-Relações profissionais	1.53 (.87)	(48)	2.00 (.96)	(62)	1,108	6.66*
QSPS-Excesso de trabalho	2.13 (.74)	(48)	2.42 (.95)	(62)	1,108	3.05+
ECO: Comprometimento	3.54 (.83)	(49)	3.22 (.89)	(61)	1,108	3.80+

  

	<u>Solteiros</u>		<u>Casados</u>		g.l	F
	M (DP)	(n)	M (DP)	(n)		
IBM-PSH-Despersonalização	1.68 (1.14)	(30)	.98 (.84)	(72)	1,100	11.95**

  

	<u>Efectivos</u>		<u>Prazo/Termo</u>		g.l	F
	M (DP)	(n)	M (DP)	(n)		
QSPS-Excesso de trabalho	2.10 (.86)	(75)	2.72 (.76)	(33)	1,106	12.85**
IBM-PSH-Despersonalização	1.07 (.95)	(78)	1.42 (1.05)	(33)	1,109	2.81+
ECO: Comprometimento	3.51 (.78)	(76)	3.03 (1.01)	(33)	1,107	7.29**

  

	<u>Horário diurno</u>		<u>Horário turnos</u>		g.l	F
	M (DP)	(n)	M (DP)	(n)		
ECO: Comprometimento	3.51 (.83)	(68)	3.14 (.83)	(41)	1,107	4.65*

+  $p < .10$ ; \*  $p < .05$ \*; \*\*  $p < .01$

Tabela 3

Diferenças significativas nas variáveis avaliadas na categoria profissional dos enfermeiros

VARIÁVEL	<u>Homens</u>		<u>Mulheres</u>		g.l	F
	M (DP)	(n)	M (DP)	(n)		
QSPS-Lidar com clientes	2.23 (1.01)	(29)	2.53 (.73)	(171)	1,198	3.63+
QSPS-Relações profissionais	1.75 (1.11)	(29)	2.24 (.91)	(171)	1,198	6.77*
QSPS-Excesso de trabalho	2.01 (1.14)	(29)	2.45 (.79)	(171)	1,198	6.73*
QSPS-Carreira e remuneração	2.18 (.92)	(29)	2.51 (.95)	(171)	1,198	3.02+
QSPS-Acções de formação	1.94 (1.00)	(29)	2.45 (.95)	(171)	1,198	6.94**

  

	<u>Solteiros</u>		<u>Casados</u>		g.l	F
	M (DP)	(n)	M (DP)	(n)		
QSPS-Excesso de trabalho	2.56 (.74)	(79)	2.34 (.90)	(108)	1,185	3.07+
QSPS-Carreira e remuneração	2.73 (.84)	(79)	2.29 (.94)	(108)	1,185	11.19**
IBM-PSH-Exaustão emocional	2.31 (1.28)	(79)	1.94 (1.29)	(110)	1,187	3.67+
IBM-PSH-Despersonalização	1.14 (1.06)	(79)	.81 (1.05)	(110)	1,187	4.28*
IBM-PSH-Realização pessoal	4.34 (1.01)	(79)	4.60 (.87)	(110)	1,187	3.62+
ECO: Comprometimento	3.31 (.82)	(77)	3.50 (.75)	(106)	1,181	15.46***
ESR-Satisfação e Realização	3.89 (.89)	(77)	4.21 (.93)	(106)	1,181	5.18*

  

	<u>Efectivos</u>		<u>Prazo/Termo</u>		g.l	F
	M (DP)	(n)	M (DP)	(n)		
QSPS- Carreira e remuneração	2.30 (.97)	(134)	2.79 (.86)	(58)	1,190	11.05**
IBM-PSH-Despersonalização	.75 (.88)	(136)	1.29 (1.12)	(58)	1,192	12.88***
ESR-Satisfação e Realização	4.16 (.94)	(130)	3.90 (.92)	(58)	1,186	3.13+

  

	<u>Horário diurno</u>		<u>Horário turnos</u>		g.l	F
	M (DP)	(n)	M (DP)	(n)		
QSPS-Relações profissionais	1.97 (1.01)	(72)	2.31 (.89)	(127)	1,197	6.19*
QSPS-Excesso de trabalho	2.07 (.90)	(72)	2.58 (.78)	(127)	1,197	17.46***
QSPS-Carreira e remuneração	2.23 (.97)	(72)	2.58 (.92)	(127)	1,197	6.41*
IBM-PSH-Despersonalização	.68 (.99)	(74)	1.12 (1.08)	(127)	1,199	8.53**
IBM-PSH-Realização pessoal	4.67 (.76)	(74)	4.41 (1.02)	(127)	1,199	3.81+
ESR-Satisfação e Realização	4.25 (.88)	(70)	3.98 (.96)	(125)	1,193	3.69+
ECO: Comprometimento	3.63 (.72)	(69)	3.16 (.81)	(125)	1,192	16,76***

+  $p < .10$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ **Predição do comprometimento organizacional e da satisfação/realização**

No último conjunto de análises realizadas, procurámos prever a experiência de comprometimento organizacional e de satisfação e realização pessoal e profissional, a partir das dimensões de *stress* (QSPS) e do *burnout* (IBM-

PSH). Para tal, efectuámos análises de regressão hierárquica (método “enter”), controlando-se variáveis associadas ao sexo, estado civil, vínculo profissional e regime de trabalho. No conjunto das análises efectuadas, procurámos observar indicadores de multicolinearidade (Índices de Tolerância, “Variance Inflation Factor” e o



“Condition Index”) bem como a independência das observações (valores de “Durbin-Watson”), constatando-se a ausência deste problema nos modelos testados. De salientar ainda que a predição destas duas variáveis psicológicas foi realizada separadamente em cada um dos grupos estudados (médicos e enfermeiros).

Começando pelo grupo de médicos e pela dimensão de comprometimento organizacional, o modelo final explicou 41% da variância total,  $R^2 = .462$ ;  $R^2_{Adj} = .411$ , revelando-se significativo,  $F(9, 96) = 9.15$ ,  $p < .001$ . A variável vínculo profissional foi significativa no modelo,  $F(1, 104) = 6.74$ ,  $p < .05$ , explicando 5% da variância,  $R^2 = .061$ ;  $R^2_{Adj} = .052$ . Neste sentido, foram os profissionais com vínculos efectivos que assumiram maior comprometimento organizacional,  $\beta = .25$ ,  $t = 2.60$ ,  $p < .05$ . De seguida, inserimos as variáveis psicológicas, verificando-se que as dimensões do QSPS, relações profissionais,  $\beta = -.25$ ,  $t = -2.45$ ,  $p < .05$ , carreira e remuneração,  $\beta = -.18$ ,  $t = -2.04$ ,  $p < .05$  e as dimensões do IBM-PSH, exaustão emocional,  $\beta = -.29$ ,  $t = -2.82$ ,  $p < .01$  e despersonalização,  $\beta = -.28$ ,  $t = -3.18$ ,  $p < .01$  foram significativas na predição do comprometimento organizacional. Neste sentido, esta faceta psicológica foi predita por menores níveis de *stress* associados às relações profissionais e à carreira e remuneração bem como pela menor exaustão emocional e despersonalização.

No que se refere à satisfação e realização pessoal e profissional, o modelo final explicou 40% da variância total,  $R^2 = .446$ ;  $R^2_{Adj} = .401$ , revelando-se significativo,  $F(8, 98) = 9.87$ ,  $p < .001$ . Nenhuma das variáveis pessoais e profissionais foi significativa na explicação do modelo. Assim, na última etapa de definição do modelo, inserimos as variáveis psicológicas, verificando-se que as dimensões do QSPS, carreira e remuneração,  $\beta = -.21$ ,  $t = -2.40$ ,  $p < .05$  e do IBM-PSH, exaustão emocional,  $\beta = -.41$ ,  $t = -4.11$ ,  $p < .001$  e realização pessoal,  $\beta = .17$ ,  $t = 2.03$ ,  $p < .05$  foram significativas na predição da satisfação e realização dos médicos. Neste sentido, esta faceta psicológica foi predita pelos menores níveis de *stress* associados à carreira e remuneração, menor exaustão emocional e, inversamente, maiores níveis de realização pessoal.

Analisando agora o grupo dos enfermeiros na dimensão de comprometimento organizacional, o modelo final explicou 27% da variância total,  $R^2 = .311$ ;  $R^2_{Adj} = .270$ , revelando-se significativo,  $F(10, 169) = 7.63$ ,  $p < .001$ . Neste caso, duas variáveis de carácter pessoal e profissional entraram no modelo como significativas. Assim, no primeiro bloco de entrada, foram encontradas diferenças significativas ao nível do estado civil,  $F(1, 178) = 14.44$ ,  $p < .001$  explicando 7% da variância,  $R^2 = .075$ ;  $R^2_{Adj} = .070$ . Neste caso, os enfermeiros casados evidenciaram maior comprometimento

organizacional que os solteiros,  $\beta = .27$ ,  $t = 3.80$ ,  $p < .001$ . Quando se controlou o regime de trabalho (segundo bloco de entrada), o modelo passou a predizer 11% da variância,  $F(2, 177) = 12.12$ ,  $p < .001$ . Neste caso, os profissionais incluídos no regime de trabalho diurno evidenciaram maior comprometimento do que os realizam o trabalho em sistema rotativo de turnos,  $\beta = .22$ ,  $t = 3.02$ ,  $p < .01$ . Finalmente, inserimos as variáveis psicológicas no terceiro bloco, verificando-se que as dimensões do QSPS, lidar com os clientes,  $\beta = .27$ ,  $t = 3.05$ ,  $p < .01$  e relações profissionais,  $\beta = -.23$ ,  $t = -2.46$ ,  $p < .05$  bem como as dimensões do IBM-PSH, exaustão emocional,  $\beta = -.29$ ,  $t = -3.19$ ,  $p < .01$  e realização pessoal,  $\beta = .15$ ,  $t = 2.25$ ,  $p < .05$  foram significativas na predição do comprometimento organizacional. Neste sentido, esta faceta psicológica foi predita por maiores níveis de *stress* associados ao lidar com clientes, menor *stress* relacionado com as relações profissionais bem como pela menor exaustão emocional e maior realização pessoal.

No que se refere à satisfação e realização pessoal e profissional, o modelo final explicou 44% da variância total,  $R^2 = .468$ ;  $R^2_{Adj} = .440$ , revelando-se significativo,  $F(9, 168) = 16.43$ ,  $p < .001$ . A variável estado civil foi significativa no modelo,  $F(1, 176) = 4.82$ ,  $p < .05$ , explicando 2% da variância,  $R^2 = .027$ ;  $R^2_{Adj} = .021$ . Neste sentido, foram os enfermeiros casados que assumiram maior satisfação e realização,  $\beta = .16$ ,  $t = 2.20$ ,  $p < .05$ . De seguida, inserimos as variáveis psicológicas, verificando-se que as dimensões do QSPS, lidar com clientes,  $\beta = .20$ ,  $t = 2.53$ ,  $p < .05$  e carreira e remuneração,  $\beta = -.29$ ,  $t = -4.31$ ,  $p < .001$  bem como as facetas do IBM-PSH, exaustão emocional,  $\beta = -.41$ ,  $t = -5.15$ ,  $p < .001$  e realização pessoal,  $\beta = .25$ ,  $t = 4.17$ ,  $p < .001$  foram significativas na predição da satisfação e realização pessoal e profissional. Neste sentido, esta faceta psicológica foi predita por maiores níveis de *stress* associados ao lidar com clientes, menor *stress* relacionado com a carreira e remuneração bem como pela menor exaustão emocional e maior realização pessoal. Convém referir que esta análise foi efectuada retirando três casos de “outliers”.

### Discussão

Este trabalho foi desenvolvido procurando, por um lado, compreender as especificidades da actividade laboral de médicos e enfermeiros e, por outro lado, analisar quais as dimensões de *stress* e de *burnout* que poderiam predizer a experiência de comprometimento organizacional e de satisfação/realização.

Começando pelos valores de *stress*, *burnout* e satisfação/realização, alguns aspectos merecem ser destacados. Assim, ao nível do *stress* geral (primeira parte do QSPS) os médicos perceberam a sua profissão como mais

stressante do que os enfermeiros, embora, como veremos a seguir, nos factores específicos de *stress* tenham sido os enfermeiros a assumir maiores índices de pressão laboral. De qualquer modo, o lidar com os clientes emergiu como uma das fontes de pressão mais evidente em ambas as classes (o que demonstra o papel de prestadores de cuidados de ajuda nestas actividades), a que se juntaram o excesso de trabalho no caso dos médicos e a carreira e remuneração no caso dos enfermeiros. Estas duas últimas fontes de *stress* têm vindo a ser referidas noutros estudos com profissionais de saúde (Narayan, Menon, & Spector, 1999; Paris & Omar, 2008).

Ao nível do *burnout*, as percentagens foram algo semelhantes entre ambos os grupos, sendo a dimensão de exaustão emocional a mais prevalente, dando assim indicações sobre o maior desgaste físico e psicológico inerente a estas actividades. O facto desta dimensão ser a mais elevada, tem vindo a ser observado noutras investigações junto deste tipo de populações (ver Gomes *et al.*, 2009; Queirós, 2005).

No que respeita à satisfação e realização, o principal dado a reter prende-se com a existência de uma experiência pessoal e profissional mais positiva nos médicos, tendo estes relatado um menor arrependimento na escolha da profissão e um menor desejo de abandonar o local de trabalho e a própria profissão. Apesar dos enfermeiros assumirem uma avaliação menos recompensadora do seu trabalho, os resultados encontrados neste estudo ainda estão abaixo dos verificados por Cavalheiro, Junior e Lopes (2008) que apontaram valores perto dos 60% de insatisfação dos enfermeiros brasileiros relativamente ao trabalho.

Este padrão de diferenças nos índices gerais de *stress*, *burnout* e satisfação/realização são de algum modo confirmados pelas análises comparativas realizadas. De facto, os enfermeiros revelaram uma experiência profissional mais stressante (e.g., maior *stress* no lidar com os clientes, nas relações profissionais, na carreira e remuneração e na preparação de acções de formação) a que se associa uma menor sensação de bem-estar pessoal e profissional relativamente ao trabalho. Estes dados corroboram um estudo realizado por Silva e Gomes (2009) onde se observou igualmente um padrão mais acentuado de *stress* ocupacional nos enfermeiros. A relação dos dados do estudo agora realizado com as implicações para o funcionamento destes profissionais também deve ser tida em consideração. De facto, a uma maior experiência de *stress* nos enfermeiros correspondeu uma menor experiência de satisfação/realização pessoal e profissional. Este aspecto é tão mais relevante se tivermos em consideração que a investigação tem vindo a sugerir que os trabalhadores mais stressados tendem a experienciar maior insatisfação

profissional e, como resultado final, evidenciam uma maior tendência para os problemas de saúde (García, Moreno, Díaz, & Valdehita, 2007; Hayhurst, Saylor, & Stuenkel, 2005; Karanikola, Papathanassoglou, Giannakopoulou, & Koutroubas, 2007).

Quanto às análises comparativas em cada classe laboral, os resultados permitiram constatar a importância das variáveis pessoais e profissionais na experiência de *stress* ocupacional. Assim, ao nível das diferenças de sexo, tanto no caso dos enfermeiros como dos médicos, foram as mulheres a relatar maiores níveis de *stress* em diferentes dimensões do QSPS, a que se junta um menor comprometimento no caso das mulheres médicas. De um modo geral, este padrão de diferenciação entre homens e mulheres tem vindo a ser reforçado no domínio dos profissionais de saúde (Gomes *et al.*, 2009; Melo, Gomes, & Cruz, 1997).

A divisão em função do estado civil, permitiu verificar uma maior tendência dos médicos solteiros para a despersonalização. Curiosamente, estas diferenças são muito mais evidentes nos enfermeiros, com os solteiros a assumirem maior *stress* ocupacional e *burnout* e, inversamente, menor comprometimento organizacional e satisfação/realização. Seja como for, existem igualmente indicações sobre a possibilidade dos profissionais solteiros experienciarem maior *stress* ocupacional do que os casados e divorciados (Maslach *et al.*, 2001), sendo agora de ponderar que este problema parece mais generalizado na classe dos enfermeiros.

Ao nível do vínculo profissional, os resultados obtidos tornaram evidente o facto dos indivíduos com vínculos de trabalho mais instáveis (prazo/termo) tenderem a ter percepções de *stress* ocupacional mais elevadas (e.g., maior *stress* associado ao excesso de trabalho nos médicos e maior *stress* relacionado com a carreira e remuneração nos enfermeiros), maior despersonalização (em ambas as classes) bem como menor comprometimento organizacional (no caso dos médicos) e menor satisfação/realização (no caso dos enfermeiros). Em suma, maior instabilidade contratual correspondeu a experiências profissionais mais negativas, o que tem vindo a ser reforçado na literatura (Leiter & Harvie, 1996; Schaufeli & Buunk, 1996).

No que se refere ao regime de trabalho, verificou-se que o trabalho rotativo por turnos esteve relacionado com um menor comprometimento organizacional nos médicos, enquanto que nos enfermeiros estes efeitos negativos foram ainda mais alargados (e.g., maior *stress* ocupacional, maiores níveis de *burnout*, menor satisfação/realização e menor comprometimento organizacional). Ou seja, a inclusão em sistema de trabalho por turnos rotativos correspondeu a experiências profissionais mais

negativas. De um modo geral, a investigação tem vindo a realçar o facto das pessoas que trabalham nestes sistemas evidenciam mais problemas ao nível do sono, maiores problemas familiares, entre outros (Barton *et al.*, 1995; Parikh, Taukari, & Bhattacharya, 2004). A título exemplificativo, Glazer (2005) num estudo com enfermeiros israelitas, verificou que os que trabalhavam em horários fixos diurnos, quando comparados com os seus colegas em horários rotativos, apresentaram menor ansiedade, menor intenção de abandonar a profissão e maior comprometimento afectivo face à organização.

No último agrupamento de análises efectuadas, as análises de regressão permitiram concluir o valor preditivo do *stress* e do *burnout* no comprometimento organizacional e na satisfação/realização pessoal e profissional. Assim, no que se refere ao comprometimento organizacional os modelos permitiram explicar 41% da variância nos médicos e 27% nos enfermeiros, enquanto na predição da satisfação/realização pessoal e profissional os modelos permitiram explicar 40% da variância nos médicos e 44% nos enfermeiros.

Os resultados encontrados sugeriram o papel mais significativo de algumas variáveis predictoras. De facto, aspectos relacionados com a exaustão emocional (variável preditora em todos os modelos de regressão), a realização pessoal e a carreira e remuneração (variáveis predictoras em três dos modelos de regressão) bem como as relações profissionais (variável preditora em dois dos modelos de regressão) assumiram-se como centrais na predição das dimensões organizacionais (e.g., comprometimento) e pessoais (e.g., satisfação/realização). Menos evidente foi o papel da despersonalização, que foi preditiva apenas num dos modelos de regressão e, principalmente, do lidar com os clientes que foi preditiva no caso do comprometimento e satisfação/realização dos enfermeiros.

Alguns estudos têm vindo a demonstrar a importância das dimensões encontradas neste estudo. Por exemplo, Paris e Omar (2008) examinaram as variáveis predictoras da satisfação laboral em médicos e enfermeiros da Argentina e constataram que as fontes extrínsecas de insatisfação (que inclui aspectos como a remuneração) predisseram negativamente esta faceta. Outros estudos, acentuam o facto das características do trabalho predizerem a satisfação e o próprio mal-estar físico em profissionais de saúde (ver Gelsema, Doef, Maes, Akerboom, & Verhoeven, 2005; Irvine & Evans, 1995; McVicar, 2003).

Em síntese, apesar das limitações evidentes deste estudo (e.g., natureza transversal baseado em medidas de auto-relato), os resultados permitiram constatar algumas semelhanças entre os dois grupos

profissionais (ex: *stress* relacionado com o lidar com os clientes, níveis semelhantes de *burnout*, etc.) mas também algumas diferenças (ex: maior *stress* relacionado com a carreira e remuneração nos enfermeiros, níveis de satisfação/realização mais elevados nos médicos, etc.). Estes aspectos ajudam a caracterizar estas duas classes profissionais, devendo ser considerados pela investigação e intervenção futuras.

### Referências

- Barton, J., Spelten, E., Totterdell, P., Smith, L., Folkard, S., & Costa, G. (1995). The Standard Shiftwork Index: A battery of questionnaires for assessing shiftwork-related problems. *Work and Stress*, 9, 4-30.
- Burke, R.J. (2001). Job stress, work satisfaction and physician militancy. *Stress and Health* 17, 263-271.
- Cavalheiro, A.M., Moura Junior, D.F., & Lopes, A.C. (2008). Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16, 29-35.
- Clever, L.H. (2002). Who is sicker: Patients-or residents? Residents' distress and the care of patients. *Annals of Internal Medicine*, 136, 391-393.
- Fife-Schaw, C. (2006). Levels of measurement. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, & J. A. Smith (Eds.), *Research methods in psychology* (3rd ed.) (pp. 50-63). London: Sage.
- Firth-Cozens, J. (2003). Doctors, their wellbeing, and their stress. *British Medical Journal*, 326, 670-671.
- García, J.M., Moreno, L.L., Díaz, M.J., & Valdehita, S.R. (2007). Relación entre factores psicosociales adversos, evaluados a través del cuestionario Decore y salud laboral deficiente. *Psicothema*, 19, 95-101.
- Gelsema, T.I., Doef, M., Maes, S., Akerboom, S., & Verhoeven, C. (2005). Job stress in the nursing profession: The influence of organizational and environmental conditions and job characteristics. *International Journal of Stress Management*, 12(3), 222-240.
- Glazer, S. (2005). Six of one, half a dozen of the other: Problems with working fixed and rotating shifts. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 142-163.
- Gomes, A.R. (2006). Escala de comprometimento organizacional (ECO) – Versão para investigação. *Manuscrito não publicado*. Braga: Universidade do Minho.
- Gomes, A.R., Cruz, J.F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318. Disponível em [Available at] <http://hdl.handle.net/1822/9921>

- Gomes, A.R., Melo, B., & Cruz, J.F. (2000). Estudo do stress e do *burnout* nos psicólogos portugueses. In J.F. Cruz, A.R. Gomes, & B. Melo (Eds.), *Stress e burnout nos psicólogos portugueses* (pp. 73-130). Braga: SHO - Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Gorsuch, R.L. (1983). *Factor analysis* (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1995). *Multivariate data analysis with readings* (4<sup>th</sup> ed.). Upper Saddle, NJ: Prentice-Hall.
- Hayhurst, A., Saylor, C., & Stuenkel, D. (2005). Work environmental factors and retention of nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 20, 283-288.
- Imai, H., Nakao, H., Tsuchiya, M., Kuroda, Y., & Katoh, T. (2004). Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 764-768.
- Irvine, D.M., & Evans, M.G. (1995). Job satisfaction and turnover among nurses: Integrating research findings across studies. *Nursing Research*, 44, 246-253.
- Karanikola, M., Papathanassoglou, E., Giannakopoulou, M., & Koutroubas, A. (2007). Pilot exploration of the association between self-esteem and professional satisfaction in Hellenic hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 15, 78-90.
- Lee, I., & Wang, H.H. (2002). Perceived occupational stress and related factors in public health nurses. *Journal of Nursing Research*, 10, 253-260.
- Leiter, M.P., & Harvie, P. (1996). Burnout among mental health workers: A review and research agenda. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 90-101.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1996). Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS). In C. Maslach, S.E. Jackson, & M.P. Leiter (Eds.), *MBI Manual* (3<sup>rd</sup> Ed., pp. 3-17). Mountain View, CA: CPP, Inc.
- Maslach, C., & Schaufeli, W.B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout. Recent developments in theory and research* (pp. 1-16). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 633-642.
- Melo, B. T., Gomes, A. R., & Cruz, J. F. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-71. Disponível em [Available at] <http://hdl.handle.net/1822/5350>
- Melo, B.T., Gomes, A.R., & Cruz, J.F. (1999). Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do *burnout* para os profissionais de psicologia. In A. P. Soares, S. Araújo & S. Caires (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (vol. VI, pp. 596-603). Braga: APPORT (Associação dos Psicólogos Portugueses) - Universidade do Minho. Disponível em [Available at] <http://hdl.handle.net/1822/5334>
- Moore, S., Lindquist, S., & Katz, B. (1997). Stress, self-esteem, social intimacy, and job satisfaction. *Home Care Provider*, 2(3), 135-141.
- Mowday, R. T., Porter, L. W., & Steers, R. M. (1982). *Employee-organization linkages: The psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. New York: Academic Press.
- Mowday, R. T., Steers, R. M., & Porter, L. W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14, 224-227.
- Narayan, L., Menon, S., & Spector, P. E. (1999). Stress in the workplace: A comparison of gender and occupations. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 63-73.
- Parikh, P., Taukari, A., & Bhattacharya, T. (2004). Occupational stress and coping among nurses. *Journal of Health Management*, 6, 115-127.
- Paris, L., & Omar, A. (2008). Predictores de satisfacción laboral en médicos y enfermeros. *Estudios de Psicologia (Natal)*, 13(3), 233-244.
- Queirós, P. J. (2005). *Burnout no trabalho conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.
- Rutledge, T., Stucky, E., Dollarhide, A., Shively, M., Jain, S., Wolfson, T. et al. (2009). A real-time assessment of work stress in physicians and nurses. *Health Psychology*, 2, 194-200.
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. (1996). Professional burnout. In M. Schabracq, J. Winnubst, & C. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology* (pp. 311-346). New York: John Wiley.
- 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, 358-367.
- Silva, M., & Gomes, A.R. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia (Natal)*. 14(3), 239-248. Disponível em [Available at] <http://hdl.handle.net/1822/10624>.
- Thomas, N.K. (2004). Resident burnout. *Journal of the American Medical Association*, 292, 2880-2889.
- Van Veldhoven, M., Taris, T. W., de Jonge, J., & Broersen, S. (2005). The relationship between work characteristics and employee health and well-being: How much complexity do we really

- need? *International Journal of Stress Management*, 12, 3-28.
- Williams, E.S., Konrad, T.R., Scheckler, W.E., Pathman, D.E., Linzer, M., McMurray, J., Gerrity, M., & Schwartz, M. (2001). Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: The role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. *Health Care Management Review*, 26, 7-19.
- Wu, S., Zhu, W., Li, H., Wang, Z., & Wang, M. (2008). Relationship between job burnout and occupational stress among doctors en China. *Stress and Health*, 24, 143-149.

Received: 18/01/2013

Accepted: 10/05/2013