

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**RELAÇÃO ENTRE RISCOS PSICOSSOCIAIS,
BURNOUT E ESTRATÉGIAS DE *COPING* NA
POPULAÇÃO MÉDICA**

Madalena Freire Mourato Pintão

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – Psicoterapia
Cognitiva-Comportamental e Integrativa**

2020

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**RELAÇÃO ENTRE RISCOS PSICOSSOCIAIS,
BURNOUT E ESTRATÉGIAS DE *COPING* NA
POPULAÇÃO MÉDICA**

Madalena Freire Mourato Pintão

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Telmo Baptista

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – Psicoterapia
Cognitiva-Comportamental e Integrativa**

2020

“Numa sociedade rica, as pessoas não têm necessidade de trabalhar com as mãos e podem consagrar-se a uma atividade intelectual. Há cada vez mais universidades e mais estudantes. Estes, para obterem os seus canudos, primeiro têm de fazer uma tese sobre um determinado tema (...) (e) há um número infinito de temas. E assim, cada vez há mais e mais resmas de papel enegrecido amontadas em arquivos ainda mais tristes que cemitérios, porque ninguém lá entra, nem mesmo em dia de Todos os Santos. A cultura está a desaparecer numa infinidade de produtos, numa avalanche de letras, na demência da quantidade.”

- A Insustentável Leveza do Ser

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Telmo Baptista, figura de referência pessoal, de sentido crítico e olhar perspicaz. Pelo “sim” a uma ideia ainda tosca, acompanhado de um croquete e café no bar d’Os Pedros. Obrigada.

Aos meus pais, pelo cuidar e pela educação. À minha mãe, pessoa inspiradora, cujo exemplo de perseverança me moldou e ajudou a construir este projeto. Ao meu pai, pelos ensinamentos, pelo mote de gosto pelo trabalho, pela fé e pelas “torradinhas”.

Aos meus avós, personificações de um abraço. Provas de que, para se envelhecer, é preciso autorização do próprio.

Aos meus irmãos, eternos companheiros. Pelas palavras carinhosas e pelas jocosas também.

À Bia, lar dos anos de faculdade.

Aos meus amigos, os de Setúbal e os de Psicologia. Obrigada pela vossa mão e aventuras.

A Azeitão, lugar especial.

Este trabalho é dedicado ao Dr. Carlos Martins, que outrora me salvou.

Resumo

O *burnout* é uma síndrome caracterizada por exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e reduzida realização profissional (RP). Particularmente na população médica, é um problema presente que impacta a saúde do médico, a qualidade do seu serviço e representa custos sociais. O presente estudo pretende aprofundar o conhecimento acerca da influência dos riscos psicossociais e das estratégias de *coping* no desenvolvimento da síndrome de *burnout* nesta população, com particular foco da DP. A investigação é de natureza quantitativa, onde foram realizadas análises correlacionais e análise do efeito moderador das estratégias de *coping* na relação entre os riscos psicossociais e a DP. A recolha foi realizada através respostas *online*, recorrendo à estratégia bola-de-neve. A amostra é composta por 44 participantes, de diferentes especialidades e idades compreendidas entre os 30 e os 79 anos. Foram utilizados três questionários: o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire II* versão curta (adaptação portuguesa: Silva et al., 2011), o *Ways of Coping Questionnaire* (adaptação portuguesa: Pais-Ribeiro & Santos, 2001) e o Inventário de *Burnout* Maslach (adaptação portuguesa: Gomes, 1999). Os resultados apontam para relações significativas entre os riscos psicossociais e as três dimensões do *burnout*, em particular a associação das variáveis Significado do trabalho e Conflitos de papel com a DP. Adicionalmente, foi encontrado um modelo de moderação em que a estratégia de Resolução planeada do problema reduz 30% da relação entre os riscos psicossociais (Significado do trabalho) e a DP, bem como a estratégia de Fuga-evitamento é amplificadora em 30% da relação entre estas mesmas variáveis. O estudo tem implicações na intervenção do *burnout* na população médica, uma vez que sugere a promoção de significado do trabalho e da estratégia de resolução planeada do problema como fator protetor do bem-estar do médico.

Palavras-chave: Riscos psicossociais; Burnout; Despersonalização; Estratégias de *coping*; Médicos.

Abstract

Burnout is a syndrome characterized by emotional exhaustion (EE), depersonalization (DP) and a sense of low personal accomplishment (PA). Particularly in the medical population, it is a problem that affects the physician's health, the quality of the service and represents social costs. The aim of the present study was to provide a better understanding of the influence of psychosocial risks and coping strategies in the development of burnout in this population, with a focus on DP. This study is a quantitative and correlative analysis, which also considers the moderating effect of coping strategies on the association between psychosocial risks and DP. Data were collected online through a snowball sampling. Participants were 44 physicians from different specialties. Three questionnaires were used: the Copenhagen Psychosocial Questionnaire II, short version (Portuguese adaptation: Silva et al., 2011), the Coping Questionnaire (Portuguese adaptation: Pais-Ribeiro & Santos, 2001) and the Maslach Burnout Inventory (Portuguese adaptation: Gomes, 1999). The results pointed to the relationship between psychosocial risks and all three dimensions of burnout, with a focus on the association between Meaning of work ($r_s = .368$; $p < .05$) and Role conflicts ($r_s = -.333$; $p < .05$), and DP. The results also showed a moderation model in which the Problem-solving buffered 30% of the relationship between psychosocial risks (meaning of work) and DP, and the Escape-avoidance strategy enhanced by 30% the relationship between these variables. The study has implications for burnout intervention in the medical population and suggests that the meaning of work and planned problem solving strategy should be considered.

Keywords: Psychosocial risks; Burnout; Depersonalization; Coping strategies; Doctors.

Índice

1. Introdução teórica.....	1
1.1. Fatores psicossociais – A população médica e as exigências da profissão.....	1
1.2. A síndrome de <i>Burnout</i>	5
1.3. Mecanismos de <i>coping</i>	9
2. Método.....	13
2.1. Procedimento e participantes	13
2.2. Instrumentos	14
2.3. Tratamento estatístico.....	16
3. Resultados	16
3.1. Riscos Psicossociais	17
3.2. <i>Burnout</i>	18
3.3. Estratégias de <i>coping</i>	19
3.4. Diferenças de sexo	19
3.5. Riscos Psicossociais e <i>Burnout</i>	20
3.6. Riscos Psicossociais e Estratégias <i>coping</i>	22
3.7. <i>Burnout</i> e Estratégias <i>coping</i>	23
3.8. Efeito de Moderação das Estratégias de <i>coping</i>	24
4. Discussão	26
4.1. Limitações e estudos futuros	32
5. Referências bibliográficas.....	34

1. Introdução teórica

1.1. Fatores psicossociais – A população médica e as exigências da profissão

O médico é, diariamente, exposto a uma exigência profissional extraordinária, que por sua vez tem implicações significativas, nomeadamente no seu bem-estar.

Consideremos a exigência emocional (Aagestad et al., 2016; Wallace et al., 2009), os horários de trabalho, ora extensos, ora feito por turnos, a privação de sono, a elevada carga de trabalho (Richter et al., 2014) e as mudanças constantes no ambiente de trabalho (Schaufeli et al., 2009).

A estas exigências impactantes, condições singulares de cada contexto profissional, dá-se a denominação de fatores psicossociais. De acordo com a definição, em 1986, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), “os fatores psicossociais do trabalho referem-se às interações entre o ambiente de trabalho, o conteúdo do trabalho, as condições organizacionais e as capacidades, necessidades, cultura e considerações pessoais extratrabalho do trabalhador que podem, através da perceção e da experiência, influenciar a saúde, o rendimento no trabalho e a satisfação profissional” (ILO, 1986).

Será relevante referir que, da mesma forma que os fatores psicossociais podem ter efeitos negativos, existe potencial para os efeitos benéficos dos mesmos. Desta forma, “os fatores psicossociais positivos podem funcionar como agentes de manutenção e promoção da saúde” (ILO, 1986), contrapondo-se que a natureza destes poderá trazer consequências positivas ao profissional.

Na sua sequência, os riscos psicossociais são caracterizados como condições adversas de trabalho que representam efeitos negativos no bem-estar, saúde (mental e física), no rendimento e na satisfação no trabalho do profissional. As profissões de saúde, nomeadamente a profissão médica, têm em si implicadas riscos psicossociais com várias consequências (Angerer & Weigl, 2015).

O papel de um médico inclui tarefas como decisões em diagnósticos e tratamento, comunicação com os pacientes, a intervenção médica, a comunicação e coordenação com outros profissionais de saúde (Angerer & Weigl, 2015) e, claro, a intervenção médica em si. Consequentemente, o papel do médico é fundamental num sistema de saúde funcional (Richter et al., 2014). Não obstante, os riscos psicossociais associados à prática médica têm impacto na saúde, na performance, na relação médico-paciente e nos custos sociais (Angerer & Weigl, 2015; Lu et al., 2014; West et al., 2018). Consequentemente, reitera-se: o médico saudável é fundamental num sistema de saúde funcional.

Referindo a interação entre fatores psicossociais e saúde mental, diferentes estudos a nível mundial destacam a prevalência de perturbação mental e suicídio na população médica como superior à população geral (Petrie et al., 2019; Tyssen & Vaglum, 2002). Recentemente, no Congresso Anual da Associação Americana de Psiquiatria de 2015, os valores da taxa de suicídio em médicos foram estimados acima do dobro em relação à população geral (Anderson, 2018).

Os riscos psicossociais associados à profissão médica estão relacionados com um maior risco de desenvolver sintomas depressivos (Bailey et al., 2018; Bonde, 2008). Stansfeld e Candy (2006) corroboram a relação causal entre fatores psicossociais – elevadas exigências, pouco controlo e reduzido suporte social, fatores característicos da profissão médica (Cassou et al., 2002) – e o risco de desenvolver perturbação mental, como ansiedade, depressão, perturbações relacionadas com o sono, perturbações afetivas, entre outras. As exigências emocionais, particularmente presentes na profissão médica, são ainda associadas a riscos na saúde mental, como uma maior disposição a depressão, ansiedade, insatisfação com a vida e *burnout* (Arnetz, 2001; Medisauskaite & Kamau, 2019). Em médicos, particularmente na fase inicial das suas carreiras, a depressão e ansiedade podem levar a consumo de substâncias (Tyssen & Vaglum, 2002).

Várias investigações exploram e sugerem a hipótese de que condições adversas no trabalho provocam reações de *stress* que têm um impacto negativo a longo prazo na saúde (Buddeberg-Fischer et al., 2008). Fatores psicossociais como a quantidade de horas de trabalho e as exigências de tarefas em função de um tempo reduzido para as realizar parece ter uma relação positiva com o *stress* no trabalho. O *stress* no trabalho relaciona-se positivamente com sintomas de ansiedade, depressão, insatisfação, bem como com o risco de desenvolver perturbações psicológicas (Gerada, 2018; Petrie et al., 2019) e ideação suicida (Firth-Cozens, 2003). Por outro lado, o *stress* contribui ainda para uma atmosfera negativa no ambiente de trabalho, o que por sua vez é um risco psicossocial com repercussões no aumento de *stress* (Buddeberg-Fischer et al., 2008). Consequentemente, é estipulado que os fatores psicossociais negativos impactem a saúde mental (Bonde, 2008).

A nível de impacto físico, os riscos psicossociais estão positivamente associados a doenças cardiovasculares (Backé et al., 2012) e a queixas somáticas no pescoço e ombros, independentemente do fator individual de idade (Cassou et al., 2002; Kraatz et al., 2013).

Propõe-se que o fator psicossocial “horas de trabalho” é relevante no contexto médico, uma vez que longos turnos de trabalho parecem ter repercussões negativas (Rodriguez-Jareño et al., 2014). É observado que a população médica tem um risco cinco vezes superior de acidentes ou quase-acidentes rodoviários, quando comparado ao risco de turnos de horário normal (Barger et al., 2015). A presença de turnos parece relacionar-se positivamente com fadiga e exaustão (Fischer et al., 2016; Pitre et al., 2018; Rodriguez-Jareño et al., 2014; Wallace et al., 2009). Assim, este fator torna-se, em várias perspetivas, um risco psicossocial considerável na profissão.

Considero particularmente relevante o estudo de Fischer et al. (2016) que relaciona as horas de trabalho, a carga de trabalho e queixas somáticas (exaustão, queixas gastrointestinais, queixas músculo-esqueléticas e queixas cardiovasculares) de médicos no seu último ano de internato. Os resultados sugerem uma relação positiva

entre a carga de trabalho e queixas somáticas, com principal destaque para a exaustão. As horas de trabalho exercidas não se encontravam associadas a exaustão. Desta forma, os resultados sugerem que a quantidade do trabalho não está relacionada com queixas somáticas, mas sim a qualidade do mesmo (tomada de decisão, prazos, pressão temporal). Em concordância, Richter et al. (2014) consideram os resultados da implementação das normas da *European Working Time Directive*, cujo objetivo seria de melhorar as condições de trabalho através da diminuição de horas de trabalho e da regulação de turnos. Os autores sugerem que esta medida não foi associada à diminuição na exigência do trabalho ou à redução do risco de *burnout*. Os resultados parecem indicar que a qualidade do trabalho será um risco psicossocial que, dificilmente aliviado pelas organizações por ser inerente ao trabalho médico, deve ser tomado em conta à luz de outras intervenções.

Sugere-se ainda que os fatores de exigência e horas de trabalho apresentam uma associação negativa com a qualidade de sono (Manmee et al., 2017). Os autores apontam ainda para uma associação entre a má qualidade do sono e o *stress* percebido. A qualidade do sono parece, por sua vez, relacionar-se positivamente com a baixa por doença (Nakata et al., 2004).

Assim, os riscos psicossociais parecem ter uma associação positiva com a baixa por doença (Aagestad et al., 2016; Lu et al., 2014). Esta é relevante no sentido em que pode afetar vários campos do trabalhador, bem como afetar a produtividade e, em última análise, implicar custos na saúde pública (Lu et al., 2014). Aagestad et al. (2016) observam uma relação entre os riscos psicossociais e a baixa por doença, nomeadamente numa amostra constituída por profissionais médicos do sexo feminino - a violência no trabalho, as ameaças de violência e as exigências emocionais implicadas eram os principais fatores explicativos do aumento de baixa por doença a longo-prazo.

Desta forma, a saúde dos médicos, tanto física como mental, tem repercussões no sistema de saúde (Arnetz, 2001). A qualidade do cuidado dado pelos médicos pode ser indiretamente influenciada pelos riscos psicossociais, como será o caso de o *stress*

causado pela exigência emocional interferir na performance do médico (Angerer & Weigl, 2015) ou as interrupções aumentarem a percepção subjetiva de carga de trabalho, que por sua vez prejudica a eficiência do serviço e segurança do doente (Weigl et al., 2012). Não obstante, Angerer e Weigl (2015) exploram através de meta-análise a associação direta entre os riscos psicossociais e um aumento de erros médicos e diminuição da qualidade e segurança do cuidado prestado. Verifica-se uma ameaça à qualidade do sistema de saúde na presença de condições de trabalho adversas, i.e., riscos psicossociais significativos (Lawton et al., 2012; Loerbroks et al., 2016), relações independentes de outros fatores.

Assim, os fatores psicossociais representam consequências negativas transversais às áreas apreciadas. Focando a presente investigação no estudo da saúde mental, os riscos psicossociais são estabelecidos enquanto os de maior associação com o *burnout* (Deckard et al., 1994; Vala et al., 2017), sendo fatores de enorme relevância quanto à explicação do fenómeno aprofundado no próximo capítulo.

1.2. A síndrome de *Burnout*

O *burnout* é uma síndrome caracterizada por Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DP) e Diminuição da Realização Profissional (DRP), que surge em resposta ao contexto profissional. A primeira dimensão reflete sentimentos de esgotamento de recursos psicológicos e físicos, a segunda um desprendimento face ao outro e sentimentos de cinismo, e a terceira uma percepção de incompetência, ineficácia do seu trabalho e uma insatisfação com os resultados profissionais (Maslach et al., 2001).

Maslach et al. (2001) destacam que, no seguimento de mudanças sociais, tende a ser fomentada uma cultura individualista. Por outro lado, o setor público procura responder a necessidades da população, sem ter acesso aos recursos necessários para tal. Em resultado, cria-se uma falha preenchida pelo esforço compensatório dos profissionais afastados da cultura da própria organização. Os riscos psicossociais como

as exigências quantitativas, as exigências emocionais, as exigências cognitivas e o conflito entre o trabalho e a vida privada, parecem ter uma relação forte com o risco de *burnout* (Goetz et al., 2015; Ilić et al., 2017). Lee et al. (2013) observam uma associação positiva entre a carga de trabalho, violência/ conflito, baixos padrões de qualidade e segurança laboral e o *burnout*, nomeadamente EE e DP, e uma associação negativa entre o controlo no trabalho (autonomia) e o *burnout*. Os riscos psicossociais relacionados com *stress* no trabalho parecem ainda indicar uma correlação positiva com o *burnout* (Ilić et al., 2017; Vala et al., 2017). Adicionalmente, as mudanças constantes e rápidas na era moderna dão origem a novos riscos psicossociais, como o aumento de pressão de níveis elevados de produtividade e eficiência, e a adaptação a novas formas de trabalho, como a incorporação da digitalização, associados à síndrome de *burnout* (Schaufeli et al., 2009).

Em termos de prevalência, tanto os Estados Unidos da América como a Europa revelam níveis de *burnout* na população médica consideráveis e superiores em relação a outras profissões (Shanafelt et al., 2012; Soler et al., 2008; West et al., 2016). Em Portugal, Vala et al. (2017) demonstram níveis bastante elevados das dimensões de *burnout*, sendo que 66% da população médica apresenta elevados níveis de EE, 39% de DP e 30% de DRP. Rotenstein et al. (2018) procuraram compreender a prevalência de *burnout* a nível internacional através de uma meta-análise, porém não foi possível tirar conclusões devido à falta de consenso do que é este fenómeno e às múltiplas formas utilizadas para medir o mesmo. Sugere-se que os valores são de uma proporção extraordinária (Schwenk & Gold, 2018), não obstante a heterogeneidade dos resultados a nível global.

A maior manifestação desta síndrome é, em concordância com estes valores, a Exaustão Emocional (EE), sendo a mais reportada e analisada. Não obstante, esta dimensão isolada não capta o aspeto interpessoal implicado nesta síndrome, representado através da dimensão de Despersonalização (DP) (Maslach, 2017). A EE por si só não implica um impacto na identidade profissional de um trabalhador,

particularmente se a dedicação ao trabalho está profundamente ligada a um sentido para o trabalho e uma pertença a valores e causas comuns (Schaufeli et al., 2009). A associação entre EE e DP é encontrada ao longo da investigação (Maslach et al., 2001).

Clough et al. (2017) destacam que as consequências do *burnout* podem ser consideráveis tanto para os pacientes como para o médico. A população médica é de particular risco relativamente à saúde mental (Albuquerque & Tulk, 2019; Dutheil et al., 2019). Os níveis elevados de *burnout* constituem um dos fatores de risco para a depressão (Bailey et al., 2018; Wurm et al., 2016), apresentando uma correlação significativa tanto com a depressão como com a ansiedade (Maslach et al., 2001). Pereira-Lima et al. (2019) referem ainda que a depressão, por sua vez, está associada a erros médicos, sendo que esta relação aparenta ser bidirecional. Particularmente em Portugal, verificam-se valores consideráveis neste âmbito, em que 30% dos médicos apresentam níveis elevados de ansiedade, 92% apresentam níveis médios de depressão, sendo que a proporção dos níveis de depressão acima do ponto de corte é de 21%, e 57% níveis médios de somatização (Vala et al., 2017).

O *burnout*, nomeadamente a EE, é preditor de problemas de saúde relacionados com *stress* no trabalho, sendo que os médicos portugueses apresentam baixos níveis de saúde física, no valor dos 31% (Vala et al., 2017). A associação entre *burnout* e abuso de substâncias parece encontrar-se presente (Maslach et al., 2001), apesar de Portugal apresentar valores predominantemente baixos relativamente a consequentes de consumo – consumo de tabaco, substâncias ilícitas, álcool e café (Vala et al., 2017). O *burnout* parece ainda indicar consequências interpessoais em diferentes campos relacionais, como na relação com os colegas no contexto profissional e na relação familiar (Maslach et al., 2001).

A nível organizacional, Linzer et al. (2001) sugerem que o *burnout* se encontra associado a uma deterioração da relação médico-paciente, tanto na quantidade de cuidado prestado como na qualidade do mesmo. Em concordância, o *burnout* apresenta uma associação significativa a um maior autorrelato de erros médicos (Hall

et al., 2016; Shanafelt et al., 2010; Wallace et al., 2009), a uma pior qualidade de cuidados prestados e a reduzida satisfação do paciente (Panagioti et al., 2018; West et al., 2018), indicando comprometer a segurança do cuidado do paciente. Ainda assim, Fahrenkopf et al. (2008) utilizam medidas objetivas e sugerem que os erros médicos em profissionais com níveis elevados de *burnout* não aumentam comparativamente a médicos com níveis médios ou baixos. Propõem explicações, como a sobrestimação dos erros feitos por parte dos médicos em *burnout*, a subestimação dos erros realizados por aqueles com valores baixos nas dimensões supramencionadas e ainda consideram como limitação as medidas objetivas não compreenderem todos os momentos da intervenção médica, como será o caso do momento de diagnóstico. Os resultados apresentados por Shanafelt et al. (2002) sugerem que a DP é a única dimensão com uma associação significativa em relação ao autorrelato de cuidado de nível subótimo. No mesmo sentido, Vala et al. (2017) sugerem que a DP está positivamente associada a autopercepção de erro médico.

Ainda a nível organizacional, o *burnout* representa custos sociais, consequência de fatores como a menor eficiência, produtividade e baixas por doença (Maslach et al., 2001; Shanafelt et al., 2017; Wallace et al., 2009).

Inicialmente, o estudo do *burnout* estava relacionado com a compreensão acerca das estratégias cognitivas utilizadas por profissionais de serviço social e do setor da saúde, devido às exigências emocionais implicadas. É um constructo que não representa apenas a Exaustão Emocional, mas um conjunto de três fatores que, juntos, promovem o desenvolvimento de uma síndrome. Maslach et al. (2001) postulam que a EE presente nas profissões de cuidado, como a medicina, leva à DP. A DP surge como um fator protetor, no sentido em que diminui ou ignora as qualidades e especificidades de cada paciente, por sua vez diminuindo a exigência emocional. Cumprirá este valor, mas representará consequências na saúde mental a longo prazo (Bailey et al., 2018; Maslach et al., 2001; Wurm et al., 2016).

De forma a compreender a relação entre os fatores psicossociais e o *burnout* o presente estudo focar-se-á nas estratégias de *coping* utilizadas pela população médica.

1.3. Mecanismos de *coping*

Dentro dos fatores que representam um impacto na saúde, os fatores individuais são de enorme relevância. O fator individual sobre o qual o estudo se debruçará será o das estratégias de *coping*. As estratégias de *coping* são definidas como mecanismos cognitivos e comportamentais cujo objetivo é lidar com fatores externos ou internos de exigência, estabelecendo um equilíbrio entre estas exigências e os recursos internos (Akram et al., 2018; Lazarus & Folkman, 1984). Consideram-se dois tipos de estratégias de *coping*: as estratégias focadas na ação – as que se focam no problema em si e, em última análise, na sua resolução – e as estratégias focadas na emoção – mecanismos que primem pela regulação emocional do acontecimento gerador de desconforto (Lazarus & Folkman, 1984). As estratégias podem ser consideradas adaptativas, se permitirem um diminuir do desconforto psicológico face a situações de *stress*, diminuindo as respostas de ansiedade, *stress* ou depressão. Em contraste, podem também ser um fator de risco psicológico, considerando-se mal-adaptativas, dando origem a respostas prejudiciais à saúde, quer física quer mental. A qualidade das estratégias depende do contexto em questão (Pais-Ribeiro & Santos, 2012).

Investigação em populações médicas demonstram que as estratégias mais utilizadas são negação e evitamento que, por sua vez, são mal-adaptativas nesse mesmo contexto (Wallace et al., 2009). Estas cumprem uma utilidade a curto prazo de diminuição de desconforto que se torna ineficaz a longo prazo, sendo que os resultados apresentados por Tyssen e Vaglum (2002) parecem indicar que são preditores de problemas de saúde mental. As estratégias mal-adaptativas estão ainda positivamente associadas a risco de ideação suicida, enquanto que as estratégias adaptativas se

apresentam negativamente associadas a ideação suicida (Akram et al., 2018; Ong & Thompson, 2019).

Bailey et al. (2018) propõem que os riscos psicossociais da profissão médica têm não só uma associação positiva com o *burnout*, como também podem potencializar determinados traços de personalidade ou estratégias pouco adaptativas, o que pode comprometer a sua capacidade em lidar com os fatores de *stress*. Note-se que o cenário da pandemia de COVID-19 será fonte de múltiplos stressores. Shah et al. (2020) destacam estudos anteriores no contexto de outras pandemias, como o caso do SARS em 2002, em que a população médica enfrentou *stress* pós-traumático, depressão, ansiedade e *burnout* em maiores taxas após o cessar do período de maior intensidade da pandemia. É, então, proposto um impacto significativo na saúde mental desta população. Sugere-se ainda uma subida na taxa de suicídio em populações vulneráveis (Gunnell et al., 2020), como é considerada a população médica.

Relativamente à interação com o *burnout*, investigação anterior parece indicar uma relação direta entre o *burnout* e as estratégias de *coping* (Martínez et al., 2020; Vala et al., 2017). O *burnout* parece demonstrar uma relação direta com a ansiedade, mas também uma relação indireta mediada por estratégias de *coping* - mediarão parcialmente esta relação, tanto quanto às estratégias adaptativas como quanto às mal-adaptativas (Zhou et al., 2016).

Num estudo realizado com professores, os autores observam uma associação positiva entre a DP e a utilização de estratégias mal-adaptativas, como negação e evitamento (Martínez et al., 2020). No mesmo sentido, estratégias mal-adaptativas utilizadas pela população médica, nomeadamente o evitamento, sugere estar correlacionado com níveis elevados de DP, enquanto estratégias adaptativas estão relacionadas com baixos valores das dimensões de *burnout* (Pejušković et al., 2011). O estudo de Vala et al. (2017), de amostra médica, parece sugerir ainda que a menor utilização de estratégias adaptativas, nomeadamente a resolução de problemas, é preditora de DP.

A DP pode ser observada como um mecanismo de *coping* mal-adaptativo, uma vez que indica ser ineficaz a longo prazo, acompanhando o aumento da EE (Deckard et al., 1994). Em concordância, Houkes et al. (2008) propõem que, na população médica masculina, o *burnout* tem início no processo de DP, referindo que esta pode ser considerada uma estratégia de evitamento e que, conseqüente, tem uma associação positiva com *burnout*. Na população feminina, o processo parece iniciar-se na EE. Os autores sugerem ainda que a DP pode, não obstante, constituir um fator protetor face às exigências emocionais da profissão.

No mesmo sentido, Vaes e Muratore (2013) afirmam que a população médica, em particular aquela em contacto direto e constante com os doentes, tende a evitar o envolvimento emocional devido aos riscos de EE e, de uma forma geral, do desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Estipulam que a desumanização do sofrimento do paciente pode ser eficaz para lidar com as exigências emocionais do trabalho e gerir os recursos emocionais, mantendo a sua utilidade enquanto estratégia de *coping*. Os resultados constatados pela investigação sugerem ainda que a desumanização do sofrimento do paciente apresenta uma associação negativa com *burnout*. A identificação de emoções secundárias (esperança, admiração, culpa, vergonha, arrependimento) no paciente parece indicar um desenvolvimento da síndrome de *burnout* (Vaes & Muratore, 2013). Assim, o papel da despersonalização na potenciação do *burnout* e na interação das estratégias de *coping* permanece em discussão.

De um ponto de vista da intervenção realizada sobre este tema, apesar de escassa, observa-se que os efeitos das intervenções focadas apenas em fatores organizacionais são limitados (Clough et al., 2017), o que sugere que o *burnout* é fruto de interações da organização e individuais. Assim sendo, também as mudanças organizacionais devem ser acompanhadas de intervenção em fatores individuais, como na aprendizagem de novas e adaptativas estratégias de *coping* (Maslach et al., 2001). Tyssen e Vaglum (2002) sugerem ainda que as estratégias de *coping* não são

dependentes de traços de personalidade, apesar de ser reconhecida a relação entre estes, sugerindo que a intervenção pode alterar e ensinar novas estratégias. As estratégias são consideradas, então, passíveis de ser ensinadas (Akram et al., 2018).

Será de destaque a revisão realizada por Clough et al. (2017) acerca das intervenções criadas no sentido de diminuir os níveis consideráveis de *burnout* e de *stress* na população médica. Esta parece sugerir que as intervenções que incluem a educação acerca das estratégias de *coping* adaptativas são as que demonstram melhores resultados. Não obstante, enquanto as intervenções apresentam efeitos fortes na diminuição do *stress*, estes apresentavam-se moderados ou baixos na redução do *burnout*. Os autores sugerem que a síndrome de *burnout* resulta de uma exposição contínua de fatores psicossociais negativos que potencia “sintomas” a longo-termo. Assim, propõem ter-se em conta intervenções que promovam uma aprendizagem profunda de novas estratégias de *coping*, pressupondo que levará à diminuição de sintomas. Medisauskaite e Kamau (2019) apresentam uma intervenção curta da comunicação de prevalência do *burnout* e do *stress* psicológico que parece sugerir uma redução nos valores de EE e de DP. Propõem ainda uma intervenção de maior duração que compreenda a aplicação prática da aprendizagem das estratégias de *coping* e estude o seu conseqüente efeito. A interação das estratégias de *coping* entre os fatores psicossociais e o *burnout* carece, então, de uma maior compreensão.

Neste estudo pretende-se compreender o papel das Estratégias de *Coping* na relação entre os Riscos Psicossociais e a Síndrome de *Burnout*. Especificamente aquilo que é esperado é que 1) os Riscos Psicossociais apresentem uma correlação com o *Burnout*, 2) o *Burnout*, nomeadamente a dimensão de Despersonalização, esteja associado às Estratégias de *Coping*, e 3) as Estratégias de *Coping* tenham um papel moderador da relação entre os Riscos Psicossociais e a Despersonalização.

2. Método

2.1. Procedimento e participantes

Na presente investigação foi utilizado o procedimento de recolha de respostas *online*. Primeiramente, utilizou-se contactos próximos através do acesso ao link do questionário por email, acompanhado de uma breve descrição do estudo.

Posteriormente, os restantes participantes foram abordados através de estratégia de bola-de-neve. Foi obtido um número total de 61 respostas, das quais 44 (72%) respostas completas e, desta forma, consideradas válidas. Desta forma, os 44 profissionais de medicina foram utilizados no estudo. Os critérios de amostra foram ser exercer medicina.

O inquérito em questão foi constituído por quatro partes. A primeira era composta por questões a respeito da caracterização demográfica da amostra, considerando-se o sexo, a idade e a especialidade médica. A Tabela 1 caracteriza demograficamente a amostra.

Tabela 1

Caracterização da amostra (n=44)

	<i>n (%)</i>
Sexo	
Masculino	15 (34,1%)
Feminino	29 (65,9%)
Idade	
20-29	2 (4,5%)
30-39	12 (27,3%)
40-49	6 (13,6%)
50-59	8 (18,2%)
60-69	14 (31,8%)
70-79	2 (4,5%)
Especialidade médica	
Cirurgia Geral	4 (9,1%)

Dermatovenereologia	1 (2,3%)
Gastroenterologia	1 (2,3%)
Ginecologia e Obstetrícia	8 (18,2%)
Imagiologia	1 (2,3%)
Imunohemoterapia	1 (2,3%)
Medicina Geral e Familiar	10 (22,7%)
Medicina Interna	2 (4,5%)
Neurologia	2 (4,5%)
Oftalmologia	2 (4,5%)
Oncologia	2 (4,5%)
Pediatria	7 (15,9%)
Radiologia	1 (2,3%)
Saúde Pública	1 (2,3%)
Sem especialidade	1 (2,3%)

A amostra é constituída por um número maior de médicos do sexo feminino (65,9%) que do sexo masculino (34,1%). Uma maioria de médicos de idade compreendida entre os 30 e 39 anos (27,3%) e os 60 e 69 anos (31,8%). É ainda observada a maior presença de médicos cuja especialidade médica é Medicina Geral Familiar (22,7%), Ginecologia e Obstetrícia (18,2%), e Pediatria (15,9%).

2.2. Instrumentos

O inquérito foi constituído por três questionários anteriormente validados para a população portuguesa: o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire II* (COPSOQ-II) versão curta (Pejtersen et al., 2010; adaptação portuguesa: Silva et al., 2011), o *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ) (adaptação portuguesa: Pais-Ribeiro & Santos, 2001) e o Inventário de *Burnout* Maslach (MBI) (adaptação portuguesa: Gomes, 1999).

O COPSOQ-II versão curta propõe compreender os riscos psicossociais associados às condições de trabalho em questão, sendo que a versão curta inclui 41

itens. As dimensões consideradas são: Exigências Laborais, Organização do Trabalho e do Conteúdo, Relações Sociais e Liderança, Interface Trabalho-Indivíduo, Valores no Local de Trabalho, Personalidade, Saúde e Bem-estar e Comportamentos Ofensivos. No entanto, a interpretação dos resultados pressupõe ser realizada escala a escala, i.e., não é considerado um valor para cada dimensão ou uma escala geral. Os itens são avaliados por uma escala de *Likert* de 6 pontos, sendo que 1=Discordo totalmente e 6=Concordo totalmente. É de destacar que, neste questionário, uma pontuação alta é interpretada como uma menor presença do risco psicossocial em questão. Comparativamente, os questionários que se seguem utilizam valores elevados da escala para significar a maior presença ou utilização do que estiver a ser considerado.

Por sua vez, o WCQ é um questionário de autorresposta. Avalia as estratégias de coping e é constituído por 8 subescalas (*Coping* Confrontativo, Distanciamento, Auto-Controlo, Procura de Suporte Social, Aceitar a Responsabilidade, Fuga-Evitamento, Resolução Planeada no Problema, Reavaliação Positiva) e 48 itens. A resposta é orientada numa escala ordinal de 4 pontos, indicando com que frequência utilizam cada estratégia: 0- Nunca usei; 1- Usei de alguma forma; 2- Usei algumas vezes; 3- Usei muitas vezes. À semelhança do instrumento COPSQ-II versão média, os resultados obtidos no WCQ são interpretados subescala a subescala.

O Inventário *Burnout* Maslach é um instrumento de autorregisto. Avalia sentimentos relacionados com o trabalho, cujas escalas são: a) Exaustão Emocional, b) Desumanização e c) Realização pessoal. É constituído por 22 itens e a frequência com que cada situação descrita ocorre é avaliada por uma escala *Likert* de 7 pontos, sendo que 0 = Nunca e 6 = Todos os dias. As escalas são, assim como os outros instrumentos considerados, interpretadas individualmente.

No seu total, previu-se que o tempo de resposta era aproximadamente 30 minutos.

2.3. Tratamento estatístico

O tratamento dos dados considerados foi realizado através da plataforma IBM SPSS 26. Os passos seguintes foram a realização de:

- análise das frequências e estatísticas descritivas dos dados demográficos;
- análise da consistência interna de cada subescala, valores estes favoráveis e concordantes com os estudos de validação, através de análise estatística inferencial;
- comparação entre sexos nas escalas dos diferentes instrumentos com recurso à análise paramétrica, através do teste *T*, e não paramétrica, através do teste *Mann-Whitney U*. A sua utilização variou consoante a distribuição normal e não-normal das subescalas utilizadas;
- análise das correlações entre as variáveis constituintes dos questionários dos riscos psicossociais, estratégias de *coping* e *burnout*, utilizando-se o Coeficiente de Correlação de *Pearson* e *Spearman*;
- análise do modelo de moderação, em que se testou a relação de moderação das Estratégias de *Coping* na associação entre as variáveis Riscos Psicossociais e Despersonalização, através da análise de regressão utilizando o programa PROCESS de Andrew F. Hayes.

3. Resultados

É de realçar que a resposta ao questionário COPSQ-II é constituída por uma escala de *Likert* em que 1 é “Sempre” e 5 é “Nunca/quase nunca”. Por sua vez, no questionário MBI a escala de *Likert* varia entre o “Nunca” e 6 “Todos os dias”. O *WCQ*, medida das estratégias de *coping*, é respondido consoante a escala de *Likert* de o “Nunca usei” a 3 “Usei muitas vezes”. Desta forma, nestes dois últimos questionários pontuações baixas na escala correspondem a baixo *burnout* e pouca utilização das diferentes estratégias de *coping*, respetivamente, enquanto que no COPSQ-II valores

baixos significam maior presença de determinado risco psicossocial. A leitura dos resultados que se segue deve ser feita considerando este detalhe, especificamente na direção das correlações.

3.1. Riscos Psicossociais

No Anexo 1 apresentam-se os valores do alfa de Cronbach, bem como a estatística descritiva de cada subescala da versão média do COPSOQ II. Os valores aproximam-se daqueles apresentados no artigo de adaptação à língua portuguesa (Silva et al., 2011).

Adicionalmente, foram analisadas as correlações entre as diferentes escalas que constituem a variável Riscos Psicossociais, como se pode observar no Anexo 2. A descrição que se segue foca-se na relação entre os domínios de Saúde e Bem-Estar (escalas: Saúde Geral, *Stress*, *Burnout*, Problemas em dormir, os Sintomas Depressivos) e Comportamentos Ofensivos (*Bullying*), e os restantes domínios. A Saúde Geral apresenta uma correlação positiva e significativa com Possibilidades de Desenvolvimento ($r_s=.346$; $p<.05$), com a Previsibilidade ($r_s=.402$; $p<.05$), com a Clareza do Papel ($r_s=.387$; $p<.01$), com a Satisfação do Trabalho ($r_s=.410$; $p<.01$) e com a Confiança nos Superiores ($r_s=.373$; $p<.05$), de magnitude moderada. Por outro lado, o *Stress* apresenta-se correlacionado de forma positiva e significativa com as Exigências Quantitativas ($r_s=.415$; $p<.01$) e com o Conflito Trabalho/Família ($r_s=.486$; $p<.01$), correlações estas moderadas. Observa-se ainda uma correlação negativa e significativa entre o *Stress* e a Influência no Trabalho ($r_s=-.455$; $p<.01$), as Possibilidades de Desenvolvimento ($r_s=-.356$; $p<.05$), o Significado do Trabalho ($r_s=-.335$; $p<.05$), a Satisfação no Trabalho ($r_s=-.366$; $p<.05$) e a Comunidade Social no Trabalho ($r_s=-.393$; $p<.01$), sendo estas moderadas. A escala de *Burnout* apresenta-se positiva e significativamente correlacionada com as Exigências Quantitativas ($r=.423$; $p<.01$), com o Conflito Trabalho/ Família ($r_s=.466$; $p<.01$), de magnitude moderada, e com o Ritmo de Trabalho ($r_s=.299$; $p<.05$), de magnitude fraca. O *Burnout* apresenta ainda uma correlação moderada, negativa e significativa com a Comunidade Social no

Trabalho ($r_s = -.386$; $p < .01$). Adicionalmente, verifica-se a existência de uma correlação negativa e significativa entre Problemas em Dormir e o Apoio Social de Colegas ($r_s = -.301$; $p < .05$), de magnitude moderada. Os Sintomas Depressivos apresentam uma correlação negativa e significativa com a Influência no Trabalho ($r_s = -.386$; $p < .01$), com as Possibilidades de Desenvolvimento ($r_s = -.301$; $p < .05$), com o Significado do Trabalho ($r_s = -.395$; $p < .01$), com o Compromisso com o Trabalho ($r_s = -.334$; $p < .05$), com o Apoio Social de Colegas ($r_s = -.354$; $p < .05$) e com a Comunidade Social no Trabalho ($r_s = -.305$; $p < .05$), de magnitude moderada. Observa-se ainda uma correlação moderada, positiva e significativa entre a escala Sintomas Depressivos e o Conflito Trabalho/Família ($r_s = .341$; $p < .05$). Por fim, o *Bullying* encontra-se correlacionado de forma negativa e significativa com a Influência no Trabalho ($r_s = -.345$; $p < .05$), com a Previsibilidade ($r_s = -.367$; $p < .05$), com as Recompensas (Reconhecimento) ($r_s = -.334$; $p < .05$), com a Qualidade da Liderança ($r_s = -.324$; $p < .05$), com o Apoio Social de Superiores ($r_s = -.331$; $p < .05$), com o Apoio Social de Colegas ($r_s = -.332$; $p < .05$) e com a Comunidade Social no Trabalho ($r_s = -.387$; $p < .01$), de magnitude moderada.

Adicionalmente, é relevante sublinhar a existência de correlações positivas e significativas entre o *Stress* e o *Burnout* ($r_s = .704$, $p < .01$), e os Sintomas Depressivos ($r_s = .554$; $p < .01$), de magnitude elevada, bem com entre o *Stress* e o *Bullying* ($r_s = .411$; $p < .01$), sendo esta correlação moderada. Por sua vez, observa-se uma correlação positiva e significativa entre os Sintomas Depressivos e os Problemas em Dormir ($r_s = .334$; $p < .05$), sendo esta moderada, assim como entre os Sintomas Depressivos e o *Bullying* ($r_s = .551$; $p < .01$), de magnitude elevada.

3.2. *Burnout*

O Anexo 3 reflete os valores do alfa de Cronbach e a estatística descritiva de cada escala do *Maslach Burnout Inventory*. A Exaustão Emocional ($\alpha = .88$) e a Realização no trabalho ($\alpha = .82$) apresentam um valor elevado de consistência interna, enquanto que a

Despersonalização ($\alpha=.65$) apresenta um alfa aceitável. A Tabela 2 apresenta as correlações entre as diferentes escalas que constituem a dimensão do *Burnout*.

Tabela 2

Burnout (MBI): Correlações entre as escalas do MBI - Coeficiente de Correlação de Pearson e Coeficiente de Correlação de Spearman

Escalas	EE	RP	DP
Exaustão Emocional	-		
Realização Profissional	.033	-	
Despersonalização	.482**	-.229	-

Nota. EE: Exaustão Emocional; RP: Realização Profissional; DP: Despersonalização
 ** $p<.01$.

A análise das correlações entre as diferentes escalas da dimensão *Burnout* permitiu verificar que a escala Exaustão Emocional tem uma correlação positiva e significativa com Despersonalização ($r_s=.482, p<.01$). A associação é de magnitude moderada.

3.3. Estratégias de *coping*

No Anexo 4 apresentam-se os valores do alfa de Cronbach, assim como a estatística descritiva de cada escala do *Ways of Coping Questionnaire*. As escalas Assumir responsabilidade ($\alpha=.67$), Reavaliação Positiva ($\alpha=.73$), Resolução Planeada do Problema ($\alpha=.77$) e Suporte Social ($\alpha=.62$) apresentam um valor de consistência interna aceitável. Por outro lado, o *Coping* Confrontativo ($\alpha=.40$), o Distanciamento ($\alpha=.42$), a Fuga-evitamento ($\alpha=.37$) e o *Coping* de Auto-controlo ($\alpha=.56$) apresentam uma alfa com valores baixos.

O Anexo 5 apresenta as correlações entre as diferentes escalas que constituem a dimensão Estratégias de *coping*.

3.4. Diferenças de sexo

Relativamente às diferenças de sexo presentes, no Anexo 6 apresentam-se os valores relativamente às diferenças entre o sexo masculino e o sexo feminino relativos às escalas que constituem a dimensão Riscos Psicossociais. Verificou-se uma diferença significativa entre sexos relativamente ao Ritmo de Trabalho, no sentido em que o sexo masculino (Mdn=28,63) obteve valores significativamente mais elevados que o sexo feminino (Mdn=19,33), $U=125,5$, $p=.014$. Adicionalmente, em relação às Exigências Emocionais observou-se resultados elevados no sexo masculino (Mdn=28,00) em comparação ao sexo feminino (Mdn=19,66), $U=135,0$, $p=.024$. Relativamente à Clareza do Papel também se verificou uma diferença significativa entre o sexo, sendo que o sexo masculino (Mdn=28,80) apresentou valores significativamente mais elevados que o sexo feminino (Mdn=19,24), $U=123,0$, $p=.017$.

Quanto às escalas do *Burnout* (Anexo 7), não se observaram diferenças significativas entre os sexos.

Relativamente às escalas que constituem a dimensão Estratégias de *coping* (Anexo 8), na escala *Coping* Confrontativo o sexo masculino ($M=2,42$, $SD=.288$) obteve valores significativamente mais elevados que o sexo feminino ($M=2,28$, $SD=.501$), $t(42)=1,043$, $p=.032$.

3.5. Riscos Psicossociais e *Burnout*

Na Tabela 3 apresentam-se os valores das correlações entre as escalas das variáveis Riscos Psicossociais e *Burnout*.

Tabela 3

Correlações entre as escalas da variável Riscos Psicossociais e as escalas da variável Burnout - coeficiente de correlação de Pearson e de Spearman

Variáveis	EE	RP	DP
Exigências quantitativas	-.523**	.148	-.225
Ritmo de trabalho	-.378*	.092	-.203
Exigências cognitivas	-.144	.000	-.183

Exigências emocionais	-.198	-.087	-.135
Influência no trabalho	.329*	-.066	.193
Possibilidades de desenvolvimento	.269	-.046	.100
Significado do trabalho	.418**	-.167	.368*
Compromisso com trabalho	.094	.011	.128
Previsibilidade	.111	-.209	.047
Recompensas (reconhecimento)	.280	-.016	.188
Clareza do papel	-.142	-.405**	.048
Conflitos de papel	-.434**	.181	-.333*
Qualidade da liderança	.216	-.210	.276
Apoio social de superiores	.229	.408**	.047
Apoio social de colegas	.188	-.118	.251
Insegurança Laboral	.042	.464**	-.270
Satisfação no Trabalho	.293	-.092	.019
Conflito Trabalho/Família	-.477**	-.069	-.141
Confiança nos superiores	.047	.018	.069
Confiança nos colegas	.016	.080	-.057
Justiça	-.015	.017	.180
Comunidade social no trabalho	.179	-.207	.206
Autoeficácia	.131	-.346*	.199
Saúde geral	.169	-.323*	.045
<i>Stress</i>	-.661**	.184	-.382*
<i>Burnout</i>	-.560**	.080	-.370*
Problemas em dormir	-.236	-.082	-.477**
Sintomas depressivos	-.507**	-.023	-.342*
<i>Bullying</i>	-.400**	.089	-.121

Nota. **EE**: Exaustão Emocional; **RP**: Realização Profissional; **DP**: Despersonalização

* $p < .05$.

** $p < .01$.

Observou-se uma correlação negativa e significativa da Exaustão Emocional com as Exigências quantitativas ($r = -.523$; $p < .01$), com o *Stress* ($r_s = -.661$; $p < .01$), com o

Burnout ($r=-.560$; $p<.01$) e com os Sintomas depressivos ($r_s=-.507$; $p<.01$), sendo estas de correlação elevada. A escala Exaustão Emocional apresentou ainda uma correlação negativa e significativa com o Ritmo de trabalho ($r_s=-.378$; $p<.05$), com os Conflitos de papel ($r=-.434$; $p<.01$), com o Conflito trabalho/ família ($r_s=-.477$; $p<.01$) e com o *Bullying* ($r_s=-.400$; $p<.01$), de magnitude moderada. A Exaustão Emocional e o Significado do trabalho encontram-se ainda positiva e significativamente correlacionados ($r_s=.418$; $p<.01$), de magnitude moderada. Por outro lado, a Realização Profissional encontrou-se negativa e significativamente correlacionada com a Clareza do papel ($r_s=-.405$; $p<.01$), com a Autoeficácia ($r_s=-.346$; $p<.05$) e com a Saúde geral ($r_s=-.323$; $p<.05$), sendo estas moderadas. A Realização Profissional apresenta ainda uma correlação positiva e significativa com o Apoio social de superiores ($r_s=.408$; $p<.01$) e com a Insegurança Laboral ($r_s=.464$; $p<.01$), ambas de correlação moderada. Encontrou-se ainda uma correlação positiva e significativa entre a Despersonalização e o Significado do trabalho ($r_s=.368$; $p<.05$), sendo esta moderada. Finalmente, a Despersonalização apresentou uma correlação negativa e significativa com os Conflitos de papel ($r_s=-.333$; $p<.05$), com o *Stress* ($r_s=-.382$; $p<.05$), com o *Burnout* ($r_s=-.370$; $p<.05$), com Problemas em dormir ($r_s=-.477$; $p<.01$) e com Sintomas depressivos ($r_s=-.342$; $p<.05$), todas de magnitude moderada.

3.6. Riscos Psicossociais e Estratégias *coping*

O Anexo 9 apresenta as correlações entre as escalas dos Riscos Psicossociais e das Estratégias de *coping*. As associações destacadas serão entre as escalas das Estratégias de *Coping* e os domínios de Saúde e Bem-Estar (escalas: Saúde Geral, *Stress*, *Burnout*, Problemas em dormir, os Sintomas Depressivos) e Comportamentos Ofensivos (*Bullying*). A Fuga-evitamento apresenta uma correlação negativa e significativa com Sintomas Depressivos ($r_s=-.481$; $p<.01$), de magnitude moderada. Adicionalmente, verifica-se uma correlação positiva e significativa entre a Reavaliação Positiva e o *Stress* ($r_s=.438$; $p<.01$), de magnitude moderada. Observa-se ainda uma

correlação positiva e significativa da Resolução Planeada do Problema com o *Stress* ($r=.475$; $p<.01$), com o *Burnout* ($r=.317$; $p<.05$), com os Sintomas depressivos ($r=.492$; $p<.01$) e com o *Bullying* ($r=.320$; $p<.05$), sendo as correlações moderadas.

3.7. *Burnout* e Estratégias *coping*

A Tabela 4 refere-se aos valores apresentados através da análise das correlações entre as escalas do *Burnout* as escalas das Estratégias de *coping*.

Tabela 4

Correlações entre as escalas da variável Burnout e as escalas da variável Estratégias de coping - coeficiente de correlação de Pearson e de Spearman

Escalas	AR	C	D	FE	RP	RPP	AC	SS
Exaustão Emocional	- .078	.337*	.087	.445**	- .264	- .384*	- .198	.009
Realização Profissional	.161	.005	- .046	.071	.180	-.028	.240	.173
Despersonalização	-.103	.340*	.157	.354*	- .236	-.329*	- .104	.186

Nota. **AR:** Assumir Responsabilidade; **C:** *Coping* Confrontativo; **D:** Distanciamento; **FE:** Fuga-Evitamento; **RP:** Reavaliação Positiva; **RPP:** Resolução Planeada do Problema; **AC:** *Coping* de Auto-Controlo; **SS:** Suporte Social

* $p<.05$.

** $p<.01$.

Observa-se uma correlação positiva e significativa entre a Exaustão Emocional e as escalas *Coping* Confrontativo ($r=.337$; $p<.05$) e Fuga-evitamento ($r=.445$; $p<.01$), de magnitude moderada. Adicionalmente, a Exaustão Emocional encontra-se negativa e significativamente correlacionada com a Resolução Planeada do Problema ($r=-.384$; $p<.05$), sendo moderada. A Despersonalização encontra-se positiva e significativamente correlacionada com as escalas *Coping* Confrontativo ($r=.340$; $p<.05$) e Fuga-evitamento ($r=.354$; $p<.05$), ambas de correlação moderada. Verificou-se ainda uma correlação negativa e significativa entre a Despersonalização e a Resolução Planeada do Problema

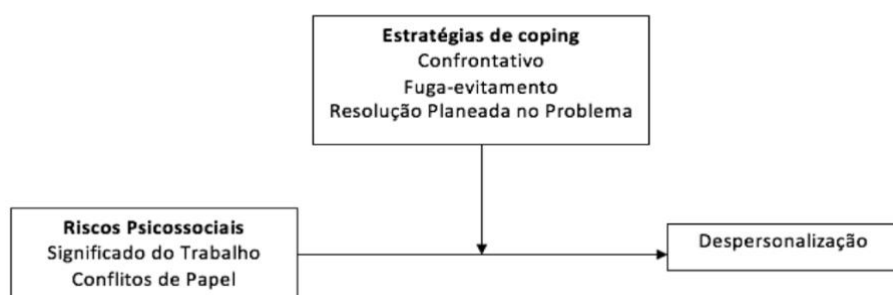
($r=-.329$; $p<.05$), sendo esta moderada. A Realização Profissional não apresentou associações significativas.

3.8. Efeito de Moderação das Estratégias de *coping*

De forma a proceder à análise do efeito de moderação das Estratégias de *Coping* na relação entre os Riscos Psicossociais e a Despersonalização (Figura 1), considerou-se que um modelo que explorasse todas as escalas das variáveis seria pouco parcimonioso, não desconsiderando a influência de outras variáveis. Assim, as escalas selecionadas foram as que demonstraram uma correlação significativa com a Despersonalização. No caso dos Riscos Psicossociais, as escalas selecionadas foram o Significado do Trabalho ($r=.368$; $p<.05$) e os Conflitos de Papel ($r=-.333$; $p<.05$). Relativamente às Estratégias de *Coping*, as escalas estudadas são o *Coping* Confrontativo ($r=.340$; $p<.05$), a Fuga-evitamento ($r=.354$; $p<.05$) e a Resolução Planeada do Problema ($r=-.329$; $p<.05$).

Figura 1

Hipótese de modelo moderação das estratégias de coping na associação entre os Riscos Psicossociais e a Despersonalização



A análise de moderação é realizada com o propósito de compreender sob que condições é que a relação entre os Riscos Psicossociais (Significado do Trabalho e Conflitos de Papel) e a Despersonalização ocorre. Propõem-se as Estratégias de *Coping* (*Coping* Confrontativo, Fuga-evitamento e Resolução Planeada do Problema) enquanto moderadores desta relação, mudando a direção ou magnitude da mesma.

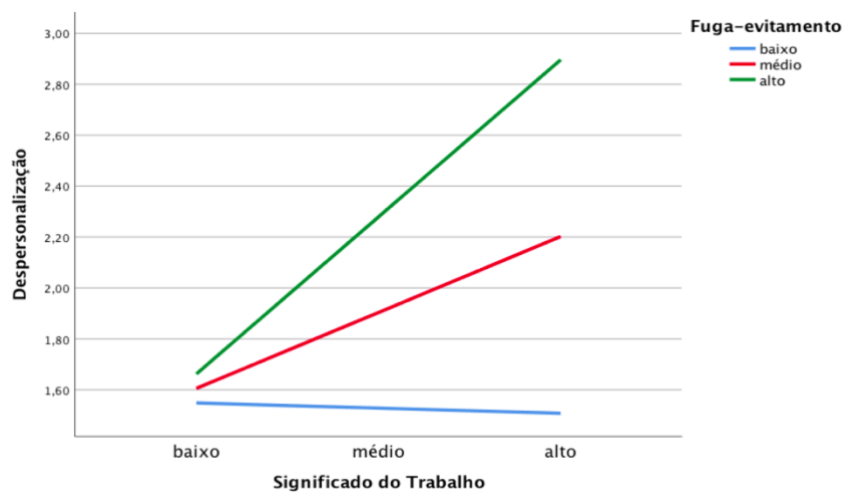
O Anexo 10 reflete a análise da regressão linear múltipla do modelo de moderação apresentado. O modelo (Figura 1) é estudado através de uma primeira análise entre o

Significado do Trabalho e a Despersonalização e uma segunda análise entre os Conflitos de Papel e a Despersonalização, considerando-se as três estratégias *Coping* Confrontativo, Fuga-evitamento e Resolução Planeada do Problema separadamente.

Tendo em conta a relação entre o Significado do Trabalho e a Despersonalização, a estratégia de *coping* Fuga-evitamento explica 30% da variância, apresentando esta variável como um amplificador da relação em questão ($\beta=1,792$, $p<.05$) (Figura 2). A estratégia de *coping* Resolução Planeada do Problema explica 30% da variância, reduzindo a relação entre o Significado do Trabalho e a Despersonalização ($\beta=-1,134$, $p<.05$) (Figura 3). Considerando a relação entre os Conflitos de Papel e a Despersonalização, a Resolução Planeada do Problema teve um efeito marginal ($\beta=,713$, $p=.064$). Não se verificaram outros efeitos de moderação (Anexo 10).

Figura 2

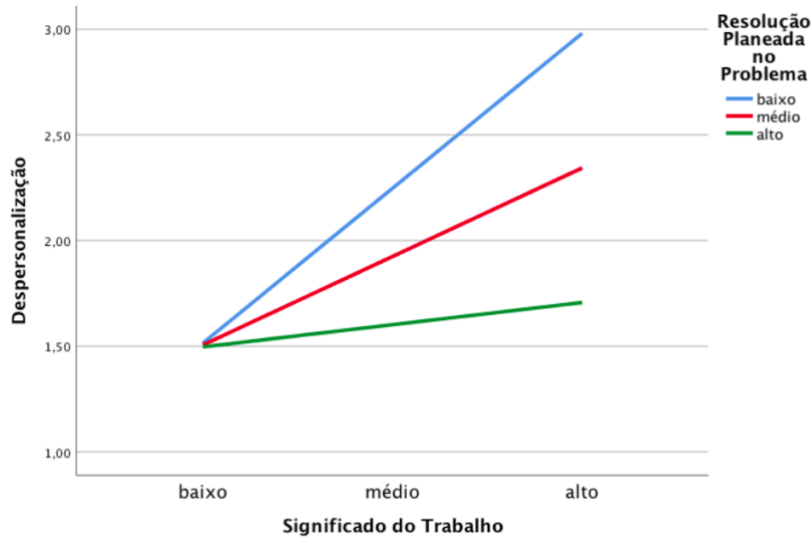
Análise do efeito de moderação da Fuga-evitamento na relação entre o Significado do Trabalho e a Despersonalização



Nota. Baixo: entre 1 e 2,33; médio: entre 2,33 e 4,66; alto: entre 3,66 e 5.

Figura 3

Análise do efeito de moderação da Resolução Planeada do Problema na relação entre o Significado do Trabalho e a Despersonalização

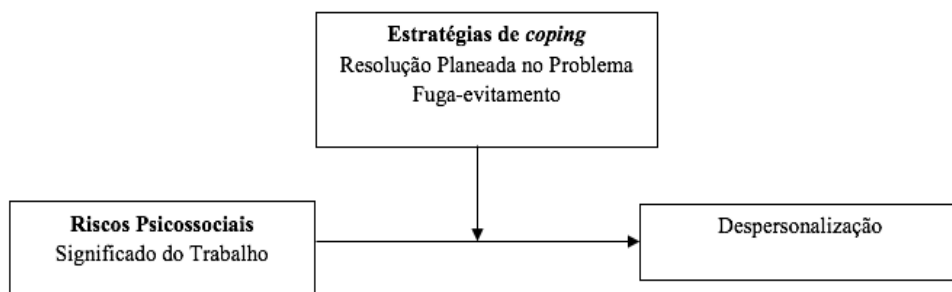


Nota. Baixo: entre 1 e 2,33; médio: entre 2,33 e 4,66; alto: entre 3,66 e 5.

Assim, o modelo final é representado na Figura 4.

Figura 4

Modelo final de moderação das estratégias de coping na associação entre os Riscos Psicossociais e a Despersonalização



4. Discussão

No presente estudo, foram observadas associações entre os riscos psicossociais no trabalho médico e o *burnout*, contemplando-se relações de risco, bem como relações protetoras. O *burnout* apresentou ainda associação com as estratégias de coping, nomeadamente a relação entre a despersonalização e o estilo de coping confrontativo, o de fuga-evitamento e o de resolução focada no problema. Os resultados da investigação

suportam ainda um modelo de moderação, em que as estratégias de *coping* fuga-evitamento e resolução focada no problema moderam a relação entre os riscos psicossociais (significado do trabalho) e a despersonalização.

Verificou-se que os fatores psicossociais parecem ter uma associação significativa com as três escalas que indicam a presença de síndrome de *burnout*, como sugerido vastamente na literatura (Deckard et al., 1994; Goetz et al., 2015; Lee et al., 2013; Linzer et al., 2001; Maslach, 2017; Maslach et al., 2001; Schaufeli et al., 2009; Shanafelt et al., 2009; Vala et al., 2017; West et al., 2018).

Especificamente, os níveis elevados de exigências qualitativas e de ritmo de trabalho, considerados como fatores potenciadores de *burnout* (Deckard et al., 1994; Lee et al., 2013; Vala et al., 2017; West et al., 2018), encontram-se relacionados com a Exaustão Emocional (EE). Adicionalmente, o conflito trabalho/família é sugerido na literatura como relacionado com a EE (Goetz et al., 2015; Lee et al., 2013; Linzer et al., 2001), suportado pelos resultados presentes. Os níveis baixos de significado no trabalho estão relacionados com a EE e com a Despersonalização (DP). Em estudos recentes, o significado do trabalho tem sido relacionado com o *burnout* neste mesmo sentido (Shanafelt et al., 2009; Tak et al., 2017; Yoon et al., 2017). Foi ainda observada uma associação entre valores elevados nos conflitos de papel e valores altos de EE e de DP. Os conflitos de papel são descritos na literatura como uma incongruência entre o que é esperado do papel profissional e as exigências do mesmo, o que parece gerar desconforto psicológico e influenciar o próprio clima do trabalho, no mesmo sentido dos dados em questão (Piko, 2006; Forastieri, 2016). Por outro lado, níveis elevados de autoeficácia parecem estar associados a Realização Profissional (RP), como verificado em Vala et al. (2017). Adicionalmente, quanto maior a clareza de papel, destacada anteriormente como fator de risco (Forastieri, 2016), maior a RP. Foi também verificada uma relação positiva entre os níveis baixos de insegurança laboral e RP. Esta relação reflete a influência da preocupação em ficar desempregado nas condições de trabalho percebidas, como será o caso da diminuição da realização profissional,

previamente referida pela Organização Internacional do Trabalho (Silva et al., 2011). Demonstrou-se ainda uma associação entre o apoio social dos supervisores e a RP, relação esta descrita em estudos antecedentes (Maslach, 2017; Maslach & Leiter, 2016). Desta forma, os riscos psicossociais estão relacionados com EE (exigências qualitativas, ritmo de trabalho, conflitos de papel, conflito entre o trabalho e a família e o significado do trabalho), com DP (significado no trabalho e conflitos de papel) e com RP (clareza de papel, autoeficácia, apoio social de superiores e insegurança laboral), o que corrobora a hipótese de estarem associados ao *burnout*.

A síndrome de *burnout* está ainda associada ao mal-estar psicológico (Fahrenkopf et al., 2008; Lee et al., 2013; Maslach et al., 2001; Maslach & Leiter, 2016), destacando-se os resultados de Vala et al. (2017) quanto à relação preditora entre a EE, a DP e a saúde mental. Foi observada uma associação entre o *burnout*, nomeadamente EE e DP, e sintomas depressivos. Tanto a EE como a DP são discutidas e propostas como fatores de risco para a depressão (Bailey et al., 2018; Lacy & Chan, 2018; Maslach et al., 2001; Wurm et al., 2016), apesar de West et al. (2018) sugerir que apenas a EE se encontra associada a sintomas depressivos. Os valores de *stress* encontram-se também associados a EE como a DP, no mesmo sentido da restante investigação (Ilić et al., 2017; Vala et al., 2017). O *bullying* encontra-se associado a EE como proposto por Lee et al. (2013) e Maslach (2017), e problemas em dormir relacionado com a DP, presente em várias investigações acerca da relação entre o sono e o *burnout* (Ji et al., 2020; Richter et al., 2014). Na investigação em questão, tanto a EE como a DP estão relacionadas a um impacto negativo na saúde mental, assim como relacionadas uma com a outra, como proposto anteriormente (Callahan et al., 2018; Deckard et al., 1994; Houkes et al., 2008; Maslach et al., 2001).

Referindo-me às estratégias de *coping*, estas parecem demonstrar uma associação com o *burnout* na população médica, concordante com a hipótese formulada e estudos prévios (Medisauskaite & Kamau, 2019; Pejušković et al., 2011; Vala et al., 2017; Zhou et al., 2016). Como proposto pelo trabalho de Pejušković et al.

(2011), a estratégia de *coping* fuga-evitamento encontra-se positivamente associada a DP. Complementarmente, observa-se uma associação negativa entre o estilo de *coping* resolução focada no problema e a DP, como sugerido por Vala et al. (2017). A estratégia de *coping* confrontativo também se encontra associada a DP, sendo que quanto maior a sua utilização, maiores os valores de DP. Apesar de este resultado não ser esperado, o *coping* confrontativo é definido como uma estratégia agressiva focada na ação que implica algum grau de hostilidade (Pais-Ribeiro & Santos, 2001), coerente com o próprio conceito de despersonalização. Desta forma, sugere-se que a utilização das estratégias fuga-evitamento e *coping* confrontativo estão relacionadas com maiores níveis de DP, enquanto a resolução focada no problema é relacionada com uma menor DP.

As estratégias de *coping* adaptativas são propostas como promotoras de bem-estar, diminuindo o desconforto psicológico, como o *stress*, sintomas depressivos e comportamento suicida (Akram et al., 2018; Medisauskaite & Kamau, 2019; Ong & Thompson, 2019). As estratégias podem ser consideradas adaptativas ou mal-adaptativas consoante o contexto em que se inserem (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). Verificou-se que a utilização dos mecanismos de reavaliação positiva e de resolução focada no problema estava associada à redução de *stress*, como proposto em Akram et al. (2018). Ong e Thompson (2019) destacou ainda estas estratégias como protetoras de comportamento suicida. Adicionalmente, a estratégia de resolução focada no problema encontrou-se associada a sintomas depressivos reduzidos, ainda que a relação de causalidade não tenha sido estudada. Investigações prévias (Akram et al., 2018; Ong & Thompson, 2019) apontam ainda para as repercussões prejudiciais das estratégias de negação e fuga-evitamento, sendo esta relação confirmada pelo presente estudo, uma vez que se observou uma relação entre a utilização da fuga-evitamento e sintomas depressivos. Estas estratégias terão a sua eficácia a curto-prazo, de forma a gerir os recursos emocionais dos médicos (Vaes & Muratore, 2013; Wallace et al., 2009), mas parece observar-se que poderão representar consequências a longo-prazo, contribuindo

para um definir da saúde mental (Akram et al., 2018; Deckard et al., 1994; Martínez et al., 2020; Ong & Thompson, 2019; Tyssen & Vaglum, 2002; Zhou et al., 2016), sendo assim tomadas como mal-adaptativas.

Finalmente, o presente estudo sugere a presença de um modelo em que as estratégias de *coping* (resolução planeada do problema e fuga-evitamento) moderam a relação entre os riscos psicossociais (significado do trabalho) e a DP. A resolução planeada do problema diminui a relação entre o reduzido significado do trabalho e a DP, o que indica a estratégia como adaptativa, funcional a curto e longo prazo, como sugerido em estudos anteriores (Akram et al., 2018; Martínez et al., 2020; Medisauskaite & Kamau, 2019; Ong & Thompson, 2019; Vala et al., 2017). Potenciando a relação entre o baixo significado do trabalho e a DP, apresenta-se a fuga-evitamento. Esta estratégia, apesar de cumprir uma utilidade a curto-prazo, sugere ser mal-adaptativa, apresentando-se como um preditor relativamente à DP. A relação entre a fuga-evitamento e a DP foi previamente observada (Martínez et al., 2020; Pejušković et al., 2011), apesar de não definida.

O significado do trabalho foi observado enquanto um preditor da DP, sendo que um maior significado do trabalho será preditor de menores níveis de DP. Apesar de a literatura acerca do significado do trabalho no contexto médico ainda estar em crescimento (Yoon et al., 2017), há uma considerável e significativa investigação que propõe uma relação entre o significado do trabalho e *burnout* (Jager et al., 2017; Shanafelt et al., 2009; Shanafelt et al., 2012; Tak et al., 2017; Yoon et al., 2017). Este fator será protetor quando presente no sujeito e de risco quando o significado que o sujeito atribui ao seu trabalho for reduzido. Shanafelt et al. (2012) referem que outras estratégias para além do significado do trabalho, como o apoio social e a visão positiva das situações, são também promotoras de bem-estar e negativamente associadas a *burnout*.

A investigação realizada por Vala et al. (2017), em que os níveis de EE são de 66%, a de DP de 39% e de diminuída Realização Profissional (RP) atinge os 30%,

salienta os números alarmantes de prevalência de *burnout* na população médica portuguesa. Considerando estes valores e o impacto que o *burnout* tem na saúde mental, a intervenção é urgente. No mesmo sentido da investigação (Clough et al., 2017; Maslach et al., 2001; Medisauskaite & Kamau, 2019; Tak et al., 2017), os resultados do estudo realizado apontam para uma intervenção o mais abrangente possível, tanto a nível organizacional como a intrapessoal. As estratégias de *coping* são consideradas não um traço de personalidade, mas sim uma aprendizagem que ocorre da utilização de mecanismos em reação a determinado contexto, sendo passível de intervenção (Clough et al., 2017; Martínez et al., 2020; Maslach et al., 2001; Tyssen & Vaglum, 2002).

O presente estudo contribui para a compreensão do impacto tanto dos riscos psicossociais, como das estratégias de *coping*, na promoção do *burnout*. A aprendizagem de novas estratégias de *coping* adaptativas é proposta com fator protetor do desenvolvimento da síndrome de *burnout*, nomeadamente a resolução planeada do problema. Por outro lado, a fuga-evitamento é sugerida como uma estratégia mal-adaptativa, que promove o *burnout* e, assim, o mal-estar do médico. Simultaneamente, os riscos do trabalho em si são considerados, o que foca a intervenção futura tanto nos fatores pessoais como nos organizacionais. Se num lado existe um claro desequilíbrio entre os fatores do trabalho e o bem-estar do médico, do outro deve haver um restabelecimento desse equilíbrio tendo em conta ambas as vertentes (Gregory et al., 2018; Maslach, 2017; Maslach et al., 2001). Maslach (2017) salienta a ideia de que ter uma intervenção focada em fatores individuais estimula o estigma do *burnout* enquanto sinal de fraqueza ou incompetência, sendo que já se observam fenómenos de *bullying* e discriminação no contexto médico (Brindley et al., 2019). Os programas de intervenção que até agora foram estudados e implementados apresentam resultados mistos acerca da sua eficácia (Clough et al., 2017; Maslach et al., 2001; Medisauskaite & Kamau, 2019; West et al., 2016). Em consequência, Maslach (2017) sublinha a necessidade de investigação que aumente a compreensão acerca das variáveis que

reduzem o impacto dos riscos psicossociais no desenvolvimento do *burnout*. No mesmo sentido da presente análise, a investigadora destaca a ligação entre o trabalho e o trabalhador como uma das áreas de promoção de bem-estar a ser consideradas em intervenções futuras. Assim, a promoção de significado do trabalho por um lado e de estratégias de *coping* adaptativas por outro são os fatores organizacionais e pessoais, respetivamente, propostos neste estudo como preditores da prevenção de *burnout*.

Lacy e Chan (2018) descrevem o fenómeno como “a crise escondida do sistema de saúde”, enquanto Schwenk e Gold (2018) enfatizam o carácter epidémico da síndrome, que se espalha tal vírus entre a população médica. Seguindo a analogia apresentada, o contexto real de pandemia de COVID-19 apresenta um cenário de acrescida vulnerabilidade para os profissionais de saúde, nomeadamente a população médica. Consequentemente, a compreensão do mal-estar desta população e definição de uma intervenção eficaz serão cruciais.

4.1. Limitações e estudos futuros

Nesta investigação, a reduzida amostra é considerada uma limitação, uma vez que não permite uma compreensão alargada do panorama na população médica. O facto de o contexto presente ser o de uma pandemia poderá ainda influenciar os resultados, uma vez que se trata das exigências profissionais e o seu impacto na saúde mental. O questionário on-line, apesar de ter facilitado bastante a recolha de amostra, é também considerado uma limitação, visto não ser controlado o ambiente em que o médico responde ao questionário e, assim, poder interferir com a fiabilidade de resposta. Por outro lado, o facto de os questionários utilizados serem interpretados escala a escala, como sugerido pelos autores, implicou uma escolha das variáveis utilizadas no modelo de moderação, não permitindo uma visão geral da influência dos riscos psicossociais e das estratégias de *coping* na despersonalização. Ainda assim, o grau de especificidade atingido é considerado vantajoso para futuros modelos de intervenção.

Consequentemente, sugere-se em investigações futuras uma amostra mais robusta e um estudo longitudinal que compreenda o impacto do contexto de COVID-19 no bem-estar da profissão médica, dos riscos psicossociais implicados e das estratégias utilizadas. Será importante compreender ainda como os fatores influenciam os médicos de uma forma geral, de forma a não diferenciar as especialidades e, assim, permitir a generalização dos resultados, sendo que grande parte da investigação realizada se foca nas características de cada especialidade (Tak et al., 2017). Adicionalmente, verificou-se um efeito marginal da resolução planeada do problema na relação entre os conflitos de papel e a despersonalização, o que indica um “quase” efeito de moderação desta variável. Desta forma, sugere-se ainda que este conceito seja posteriormente estudado na sua influência entre os fatores psicossociais e a despersonalização. Considera-se também relevante compreender aprofundadamente como a atribuição de significado do trabalho reduz a despersonalização, de modo a elaborar uma intervenção junto dos médicos. Sugere-se ainda que a intervenção tenha em conta os fatores psicossociais e intrapessoais, como referido de forma diversa na literatura, assim como que seja focada para todos os profissionais de medicina e não apenas para aqueles em *burnout*. Desta forma, a promoção de bem-estar será cumprida, prevenindo a potenciação do estigma desta síndrome.

5. Referências bibliográficas

- Aagestad, C., Tyssen, R., & Sterud, T. (2016). Do work-related factors contribute to differences in doctor-certified sick leave? A prospective study comparing women in health and social occupations with women in the general working population. *BMC Public Health*, *16*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2908-1>
- Akram, B., Ahmad, M. A., & Akram, A. (2018). Coping mechanisms as predictors of suicidal ideation among the medical students of pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*, *68*(11), 1608–1612.
- Albuquerque, J., & Tulk, S. (2019). Physician suicide. *CMAJ*, *191*(19), E505. <https://doi.org/10.1503/cmaj.181687>
- Anderson, P. (2018). Physicians Experience Highest Suicide Rate of Any Profession. Medscape. Retirado de <https://www.medscape.com/viewarticle/896257>
- Angerer, P., & Weigl, M. (2015). Physicians' Psychosocial Work Conditions and Quality of Care: A Literature Review. *Professions and Professionalism*, *5*(1). <https://doi.org/10.7577/pp.960>
- Arnetz, B. B. (2001). Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social Science and Medicine*, *52*(2), 203–213. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00220-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00220-3)
- Backé, E. M., Seidler, A., Latza, U., Rossnagel, K., & Schumann, B. (2012). The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: A systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *85*(1), 67–79. <https://doi.org/10.1007/s00420-011-0643-6>
- Bailey, E., Robinson, J., & McGorry, P. (2018). Depression and suicide among medical practitioners in Australia. *Internal Medicine Journal*, *48*(3), 254–258. <https://doi.org/10.1111/imj.13717>
- Barger, L. K., Cade, B. E., Ayas, N. T., Cronin, J. W., Rosner, B., Speizer, F. E., & Czeisler, C. (2015). Extended Work Shifts and the Risk of Motor Vehicle Crashes among Interns. *New England Journal of Medicine*, 687–696. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1505949>

- Bonde, J. P. E. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: A systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(7), 438–445.
<https://doi.org/10.1136/oem.2007.038430>
- Brindley, P. G., Olusanya, S., Wong, A., Crowe, L., & Hawryluck, L. (2019). Psychological 'burnout' in healthcare professionals: Updating our understanding, and not making it worse. *Journal of the Intensive Care Society*, 20(4), 358–362.
<https://doi.org/10.1177/1751143719842794>
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Stamm, M., Siegrist, J., & Buddeberg, C. (2008). Work stress and reduced health in young physicians: Prospective evidence from Swiss residents. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82(1), 31–38. <https://doi.org/10.1007/s00420-008-0303-7>
- Callahan, K., Christman, G., & Maltby, L. (2018). Battling Burnout - Strategies for Promoting Physicians Wellness. *Advances in Pediatrics*.
<https://doi.org/10.1016/j.yapd.2018.03.001>
- Cassou, B., Derriennic, F., Monfort, C., Norton, J., & Touranchet, A. (2002). Chronic neck and shoulder pain, age, and working conditions: Longitudinal results from a large random sample in France. *Occupational and Environmental Medicine*, 59(8), 537–544. <https://doi.org/10.1136/oem.59.8.537>
- Clough, B. A., March, S., Chan, R. J., Casey, L. M., Phillips, R., & Ireland, M. J. (2017). Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: A systematic review. *Systematic Reviews*, 6(1), 1–19.
<https://doi.org/10.1186/s13643-017-0526-3>
- Deckard, G., Meterko, M., & Field, D. (1994). Physician burnout: An examination of personal, professional, and organizational relationships. *Medical Care*, 32(7), 745–754. <https://doi.org/10.1097/00005650-199407000-00007>
- Dutheil, F., Aubert, C., Pereira, B., Dambrun, M., Moustafa, F., Mermillod, M., Baker, J. S., Trousselard, M., Lesage, F. X., & Navel, V. (2019). Suicide among physicians

- and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 14(12), 1–28. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361>
- Fahrenkopf, A. M., Sectish, T. C., Barger, L. K., Sharek, P. J., Lewin, D., Chiang, V. W., Edwards, S., Wiedermann, B. L., & Landrigan, C. P. (2008). Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: Prospective cohort study. *Bmj*, 336(7642), 488–491. <https://doi.org/10.1136/bmj.39469.763218.BE>
- Firth-Cozens, J. (2003). Doctors, their wellbeing, and their stress: It's time to be proactive about stress and prevent it. *Bmj*, 326(March), 670–671.
- Fischer, N., Degen, C., Li, J., Loerbroks, A., Müller, A., & Angerer, P. (2016). Associations of psychosocial working conditions and working time characteristics with somatic complaints in German resident physicians. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(4), 583–592. <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1096-0>
- Forastieri, V. (2016). Prevention of psychosocial risks and work-related stress. *International Journal of Labour Research*, 8(1/2), 11.
- Gerada, C. (2018). Doctors and suicide. *British Journal of General Practice*, 68(669), 168–169. <https://doi.org/10.3399/bjgp18X695345>
- Goetz, K., Berger, S., Gavartina, A., Zaroti, S., & Szecsenyi, J. (2015). How psychosocial factors affect well-being of practice assistants at work in general medical care?-a questionnaire survey Knowledge, attitudes, behaviors, education, and communication. *BMC Family Practice*, 16(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0366-y>
- Gregory, S. T., Menser, T., & Gregory, B. T. (2018). An organizational intervention to reduce physician burnout. *Journal of Healthcare Management*, 63(5), 338–352. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-16-00037>
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R. C., Pirkis, J., Caine, E. D., Chan, L. F., Chang, S. Sen, Chen, Y. Y., Christensen, H., Dandona, R., Eddleston, M., Erlangsen, A., Harkavy-Friedman,

- J., Kirtley, O. J., ... Yip, P. S. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 2019(20), 2019–2021. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review. *PLoS ONE*, 11(7), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>
- Houkes, I., Winants, Y. H. W. M., & Twellaar, M. (2008). Specific determinants of burnout among male and female general practitioners: A cross-lagged panel analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 81(2), 249–276. <https://doi.org/10.1348/096317907X218197>
- Ilić, I. M., Arandjelović, M., Jovanović, J. M., & Nešić, M. M. (2017). Relationships of Work-Related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout-questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Medycyna Pracy*, 68(2), 167–178. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00516>
- International Labour Organisation. Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the Joint ILO/ WHO Committee on Occupational Health. Ninth Session, Geneva, 18-24 September, 1984. Geneva; 1986. (Occupational Safety and Health Series, 56). Retirado de http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09_301_engl.pdf
- Jager, A. J., Tutty, M. A., & Kao, A. C. (2017). Association Between Physician Burnout and Identification With Medicine as a Calling. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(3), 415–422. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.11.012>
- Ji, L., Xiaowei, Z., Ling, K., Yao, F., Qingkun, S., Jun, Z., & Efird, J. T. (2020). Burnout level and job satisfaction in Chinese pediatrics residents: A web-based cross-sectional study. *Medicine (United States)*, 99(8). <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000019249>
- Kraatz, S., Lang, J., Kraus, T., Münster, E., & Ochsmann, E. (2013). The incremental effect of psychosocial workplace factors on the development of neck and shoulder

- disorders: A systematic review of longitudinal studies. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 86(4), 375–395.
<https://doi.org/10.1007/s00420-013-0848-y>
- Lacy, B. E., & Chan, J. L. (2018). Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 16(3), 311–317.
<https://doi.org/10.1016/j.cgh.2017.06.043>
- Lawton, R., McEachan, R. R. C., Giles, S. J., Sirriyeh, R., Watt, I. S., & Wright, J. (2012). Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: A systematic review. *BMJ Quality and Safety*, 21(5), 369–380. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000443>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lee, R. T., Seo, B., Hladkyj, S., Lovell, B. L., & Schwartzmann, L. (2013). Correlates of physician burnout across regions and specialties: A meta-analysis. *Human Resources for Health*, 11(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-48>
- Linzer, M., Visser, M. R. M., Oort, F. J., Smets, E. M. A., McMurray, J. E., & De Haes, H. C. J. M. (2001). Predicting and preventing physician burnout: Results from the United States and the Netherlands. *American Journal of Medicine*, 111(2), 170–175. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(01\)00814-2](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(01)00814-2)
- Loerbroks, A., Weigl, M., Li, J., & Angerer, P. (2016). Effort-reward imbalance and perceived quality of patient care: A cross-sectional study among physicians in Germany. *BMC Public Health*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3016-y>
- Lu, M. L., Nakata, A., Park, J. B., & Swanson, N. G. (2014). Workplace psychosocial factors associated with work-related injury absence: A study from a nationally representative sample of Korean workers. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(1), 42–52. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9325-y>
- Manmee, C., Janpol, K., Arsayot, K., & Ainwan, P. (2017). Sleep Quality among

- Residents and Fellows in Rajavithi Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet Thangphaet*, 100 Suppl(10), S205-11.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29927567>
- Martínez, J. P., Méndez, I., Ruiz-Esteban, C., Fernández-Sogorb, A., & García-Fernández, J. M. (2020). Profiles of Burnout, Coping Strategies and Depressive Symptomatology. *Frontiers in Psychology*, 11(April), 1–7.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00591>
- Maslach, C. (2017). Finding solutions to the problem of burnout. *Consulting Psychology Journal*, 69(2), 143–152. <https://doi.org/10.1037/cpb0000090>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.
<https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 397–422.
- Medisauskaite, A., & Kamau, C. (2019). Reducing burnout and anxiety among doctors: Randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 274, 383–390.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.075>
- Melo, B. T., Gomes, A. R., & Cruz, J. F. A. (1999). Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica de burnout para psicólogos. In *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 596–603).
- Nakata, A., Haratani, T., Takahashi, M., Kawakami, N., Arito, H., Kobayashi, F., Fujioka, Y., Fukui, S., & Araki, S. (2004). Association of sickness absence with poor sleep and depressive symptoms in shift workers. *Chronobiology International*, 21(6), 899–912. <https://doi.org/10.1081/CBI-200038104>
- Ong, E., & Thompson, C. (2019). The Importance of Coping and Emotion Regulation in the Occurrence of Suicidal Behavior. *Psychological Reports*, 122(4), 1192–1210.
<https://doi.org/10.1177/0033294118781855>
- Pais-Ribeiro, J., & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of

- Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 19(4), 491–502. <https://doi.org/10.14417/ap.379>
- Pais-Ribeiro, J., & Santos, C. (2012). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 19(4), 491–502. <https://doi.org/10.14417/ap.379>
- Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., Peters, D., Hodkinson, A., Riley, R., & Esmail, A. (2018). Association between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 178(10), 1317–1330. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713>
- Pejtersen, J. H., Kristensen, T. S., Borg, V., & Bjorner, J. B. (2010). The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(SUPPL. 3), 8–24. <https://doi.org/10.1177/1403494809349858>
- Pejušković, B., Lečić-Toševski, D., Priebe, S., & Tošković, O. (2011). Burnout syndrome among physicians - The role of personality dimensions and coping strategies. *Psychiatria Danubina*, 23(4), 389–395.
- Pereira-Lima, K., Mata, D. A., Loureiro, S. R., Crippa, J. A., Bolsoni, L. M., & Sen, S. (2019). Association Between Physician Depressive Symptoms and Medical Errors: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 2(11), e1916097. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.16097>
- Petrie, K., Crawford, J., Baker, S. T. E., Dean, K., Robinson, J., Veness, B. G., Randall, J., McGorry, P., Christensen, H., & Harvey, S. B. (2019). Interventions to reduce symptoms of common mental disorders and suicidal ideation in physicians: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 225–234. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30509-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30509-1)
- Piko, B. F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 311–318.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.05.003>

- Pitre, C., Pettit, K., Ladd, L., Chisholm, C., & Welch, J. L. (2018). Physician Time Management. *MedEdPORTAL : The Journal of Teaching and Learning Resources*, *14*, 10681. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10681
- Richter, A., Kostova, P., Baur, X., & Wegner, R. (2014). Less work: More burnout? A comparison of working conditions and the risk of burnout by German physicians before and after the implementation of the EU working time directive. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *87*(2), 205–215. <https://doi.org/10.1007/s00420-013-0849-x>
- Rodriguez-Jareño, M. C., Demou, E., Vargas-Prada, S., Sanati, K. A., Škerjanc, A., Reis, P. G., Helimäki-Aro, R., Macdonald, E. B., & Serra, C. (2014). European Working Time Directive and doctors' health: A systematic review of the available epidemiological evidence. *BMJ Open*, *4*(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-004916>
- Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of burnout among physicians a systematic review. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, *320*(11), 1131–1150. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, *14*(3), 204–220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Schwenk, T. L., & Gold, K. J. (2018). Physician Burnout—A Serious Symptom, But of What? *JAMA*, *320*(11). <https://doi.org/10.1001/jama.2018.11703>
- Shah, K., Kamrai, D., Mekala, H., Mann, B., Desai, K., & Patel, R. S. (2020). Focus on Mental Health During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Applying Learnings from the Past Outbreaks. *Cureus*, *12*(3). <https://doi.org/10.7759/cureus.7405>
- Shanafelt, T. D., Oreskovich, M. R., Dyrbye, L. N., Satele, D. V., Hanks, J. B., Sloan, J.

- A., & Balch, C. M. (2012). Avoiding burnout: The personal health habits and wellness practices of US surgeons. *Annals of Surgery, 255*(4), 625–633.
<https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31824b2fa0>
- Shanafelt, T., Goh, J., & Sinsky, C. (2017). The business case for investing in physician well-being. *JAMA Internal Medicine, 177*(12), 1826–1832.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.4340>
- 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., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Sloan, J., & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine, 172*(18), 1377–1385.
<https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
- 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>
- Shanafelt, T. D., West, C. P., Sloan, J. A., Novotny, P. J., Poland, G. A., Menaker, R., Rummans, T. A., & Dyrbye, L. N. (2009). Career fit and burnout among academic faculty. *Archives of Internal Medicine, 169*(10), 990–995.
<https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.70>
- Silva, C., Amaral, V., Pereira, A. C., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., Cotrim, T., Silvério, J., & Nossa, P. (2011). Copenhagen Psychosocial Questionnaire: Portugal e Países Africanos de Língua oficial Portuguesa. In *Aveiro: Departamento de Educação, Universidade de Aveiro*.
- Soler, J. K., Yaman, H., Esteva, M., Dobbs, F., Asenova, R. S., Katić, M., Ožvačić, Z.,

- Desgranges, J. P., Moreau, A., Lionis, C., Kotányi, P., Carelli, F., Nowak, P. R., De Aguiar Sá Azeredo, Z., Marklund, E., Churchill, D., & Ungan, M. (2008). Burnout in European family doctors: The EGPRN study. *Family Practice*, *25*(4), 245–265. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmno38>
- Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health - A meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, *32*(6), 443–462. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1050>
- Tak, H. J., Curlin, F. A., & Yoon, J. D. (2017). Association of intrinsic motivating factors and markers of physician well-being: a national physician survey. *Journal of General Internal Medicine*, *32*(7), 739–746. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-3997-y>
- Tyssen, R., & Vaglum, P. (2002). Mental health problems among young doctors: An updated review of prospective studies. *Harvard Review of Psychiatry*, *10*(3), 154–165. <https://doi.org/10.1080/10673220216218>
- Vaes, J., & Muratore, M. (2013). Defensive dehumanization in the medical practice: A cross-sectional study from a health care worker's perspective. *British Journal of Social Psychology*, *52*(1), 180–190. <https://doi.org/10.1111/bjso.12008>
- Vala, J., Marques, A., Sérgio, P., Rui, M., & Lopes, C. (2017). *Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas Relatório Final*. https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/ESTUDO-BURNOUT_OM.pdf
- Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*, *374*(9702), 1714–1721. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61424-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0)
- Weigl, M., Müller, A., Vincent, C., Angerer, P., & Sevdalis, N. (2012). The association of workflow interruptions and hospital doctors' workload: A prospective observational study. *BMJ Quality and Safety*, *21*(5), 399–407. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000188>

- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, *283*(6), 516–529.
<https://doi.org/10.1111/joim.12752>
- 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. *The Lancet*, *388*(10057), 2272–2281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
- Wurm, W., Vogel, K., Holl, A., Ebner, C., Bayer, D., Mörkl, S., Szilagyi, I. S., Hotter, E., Kapfhammer, H. P., & Hofmann, P. (2016). Depression-burnout overlap in physicians. *PLoS ONE*, *11*(3), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149913>
- Yoon, J. D., Daley, B. M., & Curlin, F. A. (2017). The Association between a Sense of Calling and Physician Well-Being: A National Study of Primary Care Physicians and Psychiatrists. *Academic Psychiatry*, *41*(2), 167–173.
<https://doi.org/10.1007/s40596-016-0487-1>
- Zhou, J., Yang, Y., Qiu, X., Yang, X., Pan, H., Ban, B., Qiao, Z., Wang, L., & Wang, W. (2016). Relationship between anxiety and burnout among Chinese physicians: A moderated mediation model. *PLoS ONE*, *11*(8), 1–15.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157013>

Anexo 1

Riscos Psicossociais (COPSOQ II - versão média): Consistência interna, média, desvio-padrão e valores mínimos e máximos da escala (n=44)

Escalas	Número de itens	α	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Exigências quantitativas	3	.66	2,74	0,835	1	5
Ritmo de trabalho	1	*	2,16	0,805	1	4
Exigências cognitivas	3	.55	1,76	0,505	1	3
Exigências emocionais	1	*	1,66	0,680	1	3
Influência no trabalho	4	.66	2,94	0,713	1	5
Possibilidades de desenvolvimento	3	.44	1,80	0,427	1	3
Significado do trabalho	3	.70	1,55	0,483	1	3
Compromisso com trabalho	3	.20	2,23	0,614	1	4
Previsibilidade	2	.63	2,70	0,659	1	4
Recompensas (reconhecimento)	3	.79	2,48	0,717	1	5
Clareza do papel	3	.77	1,80	0,619	1	3
Conflitos de papel	3	.65	2,84	0,637	2	5
Qualidade da liderança	4	.84	2,64	0,832	1	5
Apoio social de superiores	3	.83	3,17	0,827	2	5
Apoio social de colegas	3	.74	2,52	0,684	1	4
Insegurança laboral	1	*	4,05	0,928	1	5
Satisfação no Trabalho	4	.67	2,48	0,495	2	4
Conflito Trabalho/Família	3	.83	2,17	0,649	1	4
Confiança nos superiores	3	.75	2,40	0,608	1	4
Confiança nos colegas	3	.75	3,46	0,611	2	5
Justiça	3	.69	2,89	0,570	2	5
Comunidade social no trabalho	3	.82	2,02	0,693	1	4

Autoeficácia	2	.66	2,38	0,572	1	4
Saúde geral	1	*	2,68	0,800	1	5
Stress	2	.70	3,01	0,774	1	5
<i>Burnout</i>	2	.80	2,80	0,802	1	5
Problemas em dormir	2	.71	3,28	0,955	1	5
Sintomas depressivos	2	.82	3,51	0,839	1	5
<i>Bullying</i>	4	.48	4,77	0,321	4	5

Nota. *Não é possível calcular o α de *Cronbach*, uma vez que a subescala é constituída apenas por um item.

Anexo 2

Estratégias de coping (WCQ): Correlações entre as escala do WCQ - Coeficiente de Correlação de Pearson e de Spearman

Escalas	EQ	RT	EC	EE	IT	PD	ST	CT	P	RR	Cl. P	Co. P	QL	ASS	ASC	IL	St. T	CTF
EQ	-																	
RT	.261	-																
EC	.299*	.392**	-															
EE	.299*	.422**	.662**	-														
IT	-.224	-.235	.029	.064	-													
PD	.031	-.053	.433**	.524**	.220	-												
ST	-.277	-.067	.127	.105	.101	.341	-											
CT	.003	-.171	.166	-.037	.292	.257	.401**	-										
P	-.233	-.253	-.062	.063	.378*	.106	.231	.067	-									
RR	-.148	-.064	-.080	.104	.018	.297	.173	-.039	.356*	-								
Cl. P	-.049	.148	-.025	.374*	.188	.322*	.077	-.019	.431**	.378*	-							
Co. P	.480**	.311*	.211	.321*	-.183	-.118	-.035	-	-.069	-.187	-.017	-						
								.382*										
QL	-.137	-.107	.011	-.006	.211	-.080	.025	-.071	.404**	.341*	.321*	-	-					
												.286						
ASS	.044	-.043	-.107	-.015	.152	.000	-.062	.056	-.031	.342*	.089	.000	.161	-				
ASC	-.179	-.177	-.012	.049	.252	.204	.129	.210	.120	.260	.159	-	.117	.550**	-			
												.294						
IL	.052	-.015	.192	.147	-.117	.127	-.208	-.094	-.216	-.033	-.266	-	-.121	.165	.048	-		
												.188						
St. T	-.112	-.138	.062	.109	.267	.168	.234	.280	.350*	.407**	.093	-	.214	.170	.201	-	-	
												.251						
CTF	0.448**	.185	.103	.065	-.156	-.064	-.149	-.094	-.289	-.168	.043	-	-.307*	-.104	-.032	.004	-.139	-
												.236						
CS	-.073	.045	.045	.024	-.034	-.081	.087	.030	.426**	.338*	.290	-	.431**	.264	.087	-	.359*	.059
												.106						
CC	.052	-.147	.012	-.127	.099	-.065	-.152	-.207	-.287	-	-.384*	.229	-.178	-.100	-.284	.242	-.312*	.016
												.398**						
J	-.054	.141	.037	.127	.095	-.007	-.030	.034	.145	.167	.153	-	.495**	.181	.215	.011	.377*	-.068
												.220						

CST	-0.318*	-.283	-.129	.000	.265	.055	.134	.125	.400*	.388**	.363*	-	.456**	.261	.532**	-	.401**	-.216
A	-.199	-.070	.077	.227	.280	.121	.187	-.055	.377*	.058	.299*	-	.406**	-.139	.039	-	.172	-.208
SG	-.095	-.236	-.023	.057	.248	.346*	.176	.150	.402*	.267	.387**	-	.092	-.178	.077	-	.410**	.028
S	.415**	.281	-.115	-.058	-	-	-.335*	-.262	-.282	-.236	-.141	.163	-.224	-.216	-.208	169	-.366*	.486**
B	.423**	.299*	.023	.192	-.356	-.118	-.217	-.181	-.076	-.044	.169	.185	-.069	-.190	-.199	.054	-.171	.466**
PD	.167	.115	.073	.013	-.202	-.079	.012	.223	-.047	-.143	-.010	.197	-.205	-.251	-.301*	-	-.020	.087
SD	.295	.207	-.129	.007	-	-	-	-	-.264	-.151	-.093	.236	-.015	-.091	-.354*	.171	-.296	.341*
Bl.	.213	.055	-.103	-.001	-.345*	-.153	-.132	-.061	-.367*	-.334*	-.030	.150	-.324*	-.331*	-.332*	.087	-.288	.296

Nota: **EQ**: Exigências Quantitativas; **RT**: Ritmo De Trabalho; **EC**: Exigências Cognitivas; **EE**: Exigências Emocionais; **IT**: Influência No Trabalho; **PD**: Possibilidades De Desenvolvimento; **ST**: Significado Do Trabalho; **CT**: Compromisso Com Trabalho; **P**: Previsibilidade; **RR**: Recompensas (Reconhecimento); **Cl.P**: Clareza Do Papel; **Co.P**: Conflitos De Papel; **QL**: Qualidade Da Liderança; **ASS**: Apoio Social De Superiores; **ASC**: Apoio Social De Colegas; **IL**: Insegurança Laboral; **St.T**: Satisfação No Trabalho; **CTF**: Conflito Trabalho/ Família; **CS**: Confiança Nos Superiores; **CC**: Confiança Nos Colegas; **J**: Justiça; **CST**: Comunidade Social No Trabalho; **A**: Autoeficácia; **SG**: Saúde Geral; **S**: Stress; **B**: *Burnout*; **PD**: Problemas Em Dormir; **SD**: Sintomas Depressivos; **Bl.**: *Bullying*

* $p < .05$.

** $p < .01$

Anexo 2 (cont.)

Escalas	CS	CC	J	CST	A	SG	S	B	PD	SD	Bl.
CS	1										
CC	-.499**	1									
J	.425**	-.211	1								
CST	.418**	-.372*	.467**	1							
A	.037	-.034	.254	.152	1						
SG	.373*	-.236	.019	.188	.055	1					
S	-.084	.006	-.032	-.392**	-.083	-.240	1				
B	.054	-.137	.055	-.386**	-.012	-.092	.704**	1			
PD	-.109	.016	-.017	-.297	-.144	-.038	.269	.442**	1		
SD	.057	.199	.039	-.305*	-.141	.133	.554**	.545**	.334*	1	
Bl.	-.177	.220	-.274	-.387**	.059	.002	.411**	.361*	.031	.551**	1

Nota: **CS**: Confiança Nos Superiores; **CC**: Confiança Nos Colegas; **J**: Justiça; **CST**: Comunidade Social No Trabalho; **A**: Autoeficácia; **SG**: Saúde Geral; **S**: Stress; **B**: *Burnout*; **PD**: Problemas Em Dormir; **SD**: Sintomas Depressivos; **Bl.**: *Bullying*

* $p < .05$.

** $p < .01$

Anexo 3

Burnout (MBI): Consistência interna, média, desvio-padrão e valores mínimos e máximos da escala (n=44)

Escalas	Número de itens	α	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
EE	8	.88	3,56	1,326	1	7
RP	6	.82	5,17	0,963	2	7
DP	4	.65	2,00	1,007	1	5

Nota. EE: Exaustão Emocional; RP: Realização Profissional; DP: Despersonalização

Anexo 4

Estratégias de coping (Ways of Coping Questionnaire): Consistência interna, média, desvio-padrão e valores mínimos e máximos da escala (n=44)

Escalas	Número de itens	α	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
AR	4	.67	2,79	0,626	1	4
C	6	.40	2,33	0,442	2	4
D	5	.42	2,09	0,434	1	3
FE	7	.37	1,75	0,368	1	2
RP	7	.73	2,51	0,587	1	4
RPP	6	.77	2,83	0,574	1	4
AC	7	.56	2,64	0,456	2	4
SS	6	.62	2,67	0,508	2	4

Nota. **AR:** Assumir Responsabilidade; **C:** *Coping* Confrontativo; **D:** Distanciamento; **FE:** Fuga-Evitamento; **RP:** Reavaliação Positiva; **RPP:** Resolução Planeada do Problema; **AC:** *Coping* de Auto-Controlo; **SS:** Suporte Social

Anexo 5

Estratégias de coping (WCQ): Correlações entre as escalas do WCQ - Coeficiente de Correlação de Pearson

Escalas	AR	C	D	FE	RP	RPP	AC	SS
AR	-							
C	.485**	-						
D	-.155	.072	-					
FE	.214	.223	.268	-				
RP	.625**	.368*	.188	-.022	-			
RPP	.537**	.298*	-.041	-.271	.523**	-		
AC	.650**	.390**	.023	.030	.514**	.583**	-	
SS	.584**	.472**	.063	.148	.584**	.348*	.418**	-

Nota. **AR:** Assumir Responsabilidade; **C:** *Coping* Confrontativo; **D:** Distanciamento; **FE:** Fuga-Evitamento; **RP:** Reavaliação Positiva; **RPP:** Resolução Planeada do Problema; **AC:** *Coping* de Auto-Controlo; **SS:** Suporte Social

* $p < .05$.

** $p < .01$.

Anexo 6

Riscos psicossociais - em função do sexo (n do sexo masculino=15 ; n do sexo feminino=29)

Escalas	Sexo	Média	Desvio padrão	Estatística de teste	Valor-p
Exigências Quantitativas	Masculino	2.96	0.942	1.225 ^a	n.s.
	Feminino	2.63	0.768		
Ritmo de trabalho	Masculino	28.63	0.737	125.50 ^b	.014*
	Feminino	19.33	0.753		
Exigências cognitivas	Masculino	24.40	0.589	189.00 ^b	n.s.
	Feminino	21.52	0.461		
Exigências emocionais	Masculino	28.00	0.756	135.00 ^b	.024*
	Feminino	19.66	0.574		
Influência no trabalho	Masculino	2.67	0.686	-1.906 ^a	n.s.
	Feminino	3.09	0.695		
Possibilidades de desenvolvimento	Masculino	25.67	0.411	170.00 ^b	n.s.
	Feminino	20.86	0.435		
Significado do trabalho	Masculino	27.30	0.415	145.50 ^b	n.s.
	Feminino	20.02	0.499		
Compromisso com trabalho	Masculino	22.70	0.563	214.50 ^b	n.s.
	Feminino	22.40	0.649		
Previsibilidade	Masculino	24.43	0.727	188.50 ^b	n.s.
	Feminino	21.50	0.628		
Recompensas (reconhecimento)	Masculino	25.17	0.745	177.50 ^b	n.s.
	Feminino	21.12	0.696		
Clareza do papel	Masculino	28.80	0.570	123.00 ^b	.017*
	Feminino	19.24	0.597		
Conflitos de papel	Masculino	3.09	0.684	1.914 ^a	n.s.
	Feminino	2.71	0.582		
Qualidade da liderança	Masculino	20.20	0.731	252.00 ^b	n.s.
	Feminino	23.69	0.879		

Apoio social de superiores	Masculino	3.24	0.684	0.401 _a	n.s.
	Feminino	3.14	0.902		
Apoio social de colegas	Masculino	2.42	0.495	-0.644 _a	n.s.
	Feminino	2.56	0.767		
Insegurança laboral	Masculino	20.33	0.799	250.00 _b	n.s.
	Feminino	23.62	1.047		
Satisfação no Trabalho	Masculino	22.43	0.462	218.50 _b	n.s.
	Feminino	22.53	0.520		
Conflito Trabalho/Família	Masculino	23.90	0.678	196.50 _b	n.s.
	Feminino	21.78	0.629		
Confiança nos superiores	Masculino	2.56	0.544	1.215 _a	n.s.
	Feminino	2.32	0.633		
Confiança nos colegas	Masculino	18.97	0.517	270.50 _b	n.s.
	Feminino	24.33	0.644		
Justiça	Masculino	24.13	0.541	193.00 _b	n.s.
	Feminino	21.66	0.593		
Comunidade social no trabalho	Masculino	21.53	0.430	232.00 _b	n.s.
	Feminino	23.00	0.795		
Autoeficácia	Masculino	25.23	0.581	176.50 _b	n.s.
	Feminino	21.09	0.571		
Saúde geral	Masculino	22.20	0.507	222.00 _b	n.s.
	Feminino	22.66	0.922		
Stress	Masculino	23.13	0.828	208.00 _b	n.s.
	Feminino	22.17	0.755		
<i>Burnout</i>	Masculino	3.10	0.604	1.863 _a	n.s.
	Feminino	2.64	0.855		
Problemas em dormir	Masculino	3.50	1.018	1.081 _a	n.s.
	Feminino	3.17	0.919		
Sintomas depressivos	Masculino	27.43	0.790	143.50 _b	n.s.
	Feminino	19.95	0.816		
<i>Bullying</i>	Masculino	24.70	0.207	184.50 _b	n.s.

Feminino 21.36 0.362

Nota. n.s.: não é estatisticamente significativo

^aTeste t-student

^b*Teste U de Mann Whitney*

* $p < .05$

Anexo 7

Burnout (MBI) - em função do sexo (n do sexo masculino=15 ; n do sexo feminino=29)

Escalas	Sexo	Média	Desvio padrão	Estatística de teste	Valor-p
Exaustão Emocional	Masculino	3.16	1.385	-1.474 ^a	n.s.
	Feminino	3.77	1.268		
Realização Profissional	Masculino	23.30	0.919	205.50 ^b	n.s.
	Feminino	22.90	1.000		
Despersonalização	Masculino	22.20	1.068	222.00 ^b	n.s.
	Feminino	22.66	0.993		

Nota. n.s.: não é estatisticamente significativo

^aTeste t-student

^bTeste U de Mann Whitney

Anexo 8

Estratégias de coping - em função do sexo - Teste t-student (n do sexo masculino=15 ; n do sexo feminino=29)

Escalas	Sexo	Média	Desvio padrão	t(42)	Sig. (2-tailed)
Assumir Responsabilidade	Masculino	2.82	0.467	0.203	n.s.
	Feminino	2.78	0.702		
<i>Coping</i> Confrontativo	Masculino	2.42	0.288	1.043	.032*
	Feminino	2.28	0.501		
Distanciamento	Masculino	2.25	0.450	1.832	n.s.
	Feminino	2.01	0.409		
Fuga-Evitamento	Masculino	1.77	0.392	0.316	n.s.
	Feminino	1.73	0.362		
Reavaliação positiva	Masculino	2.50	0.529	-0.066	n.s.
	Feminino	2.52	0.624		
Resolução planeada do problema	Masculino	2.90	0.431	0.613	n.s.
	Feminino	2.79	0.639		
<i>Coping</i> de Auto-controlo	Masculino	2.69	0.510	0.511	n.s.
	Feminino	2.61	0.433		
Suporte social	Masculino	2.60	0.417	-0.621	n.s.
	Feminino	2.70	0.553		

Nota. n.s.: não é estatisticamente significativo

Anexo 9

Correlações entre as escalas da variável Riscos Psicossociais e as escalas da variável

Estratégias de coping - coeficiente de correlação de Pearson e de Spearman

Variáveis	AR	C	D	FE	RP	RPP	AC	SS
Exigências quantitativas	- .050	-.261	-.071	.332*	.084	.109	.089	- .061
Ritmo de trabalho	- .075	-.029	-.056	-.187	-.194	.111	.040	-.157
Exigências cognitivas	- .109	-.202	-.218	.009	-.383*	-.283	-.116	- .278
Exigências emocionais	- .073	-.217	.007	-.077	-.244	-.086	-.080	- .266
Influência no trabalho	- .105	-.248	.107	.203	-.205	-.342*	-.134	.048
Possibilidades de desenvolvimento	-.147	-.029	.111	.190	-.239	-.355*	-.168	- .193
Significado do trabalho	.046	.314*	-.007	.326*	-.158	-.270	-.178	- .158
Compromisso com trabalho	- .013	-.046	-.135	.186	-.144	-.171	-.087	- .053
Previsibilidade	.055	.118	.229	.058	.142	-.019	.038	- .009
Recompensas (reconhecimento)	- .251	.049	.148	.301*	-.139	-.126	-.148	- .236
Clareza do papel	-.116	-.019	.316*	-.067	.005	.044	-.123	- .060
Conflitos de papel	- .125	- .390**	.025	-.218	-.055	-.120	-.078	- .128
Qualidade da liderança	.053	.192	.039	.227	.040	.032	.058	- .129
Apoio social de superiores	- .055	.085	.252	.235	-.129	-.019	.098	.022
Apoio social de colegas	.033	.43	.267	.284	.046	-.066	-.053	- .030
Insegurança laboral	.010	-.027	-.138	-.144	-.023	.155	.243	- .049
Satisfação no Trabalho	- .068	-.056	.127	.206	.004	.029	-.033	- .086

Conflito Trabalho/Família	- .025	-.188	.116	-.298*	.128	.155	.085	- .026
Confiança nos superiores	.095	.280	.383*	.130	.203	.136	.162	- .016
Confiança nos colegas	- .256	-.251	-.213	-.182	-.339*	-.181	-.077	- .024
Justiça	.288	.242	.176	.221	.271	.265	.495**	.018
Comunidade social no trabalho	- .048	.028	.357*	.341*	.114	-.069	.009	- .152
Autoeficácia	.128	.180	-.046	.114	-.099	.109	.065	- .014
Saúde geral	-.116	-.130	.146	.054	.041	-.118	-.242	.010
Stress	.277	-.033	-.194	-.405	.438**	.475**	-.185	.115
<i>Burnout</i>	.202	-.015	-.059	-.382*	.231	.317*	.191	.038
Problemas em dormir	.000	-.032	-.294	-.244	.033	.071	-.013	.040
Sintomas depressivos	.028	-.097	-.059	- .481**	.164	.492**	.099	- .058
<i>Bullying</i>	.138	-.057	.020	-.208	.122	.320*	-.012	.210

Nota. **AR**: Assumir Responsabilidade; **C**: *Coping* Confrontativo; **D**: Distanciamento; **FE**: Fuga-Evitamento; **RP**: Reavaliação Positiva; **RPP**: Resolução Planeada do Problema; **AC**: *Coping* de Auto-Controlo; **SS**: Suporte Social

* $p < .05$.

** $p < .01$.

Anexo 10

Análise da regressão linear múltipla do modelo de moderação (Despersonalização como variável dependente)

Modelo	R _c	R _c change	β_A	T	p	F
1 Signif. T			.735	2.44*	.019*	
C	.215	.215	.495	1.50	.140	5.618**
2 Signif. T			-1.307	-.724	.474	
C	.240	.025	-.787	-.675	.503	4.212
Signif. T x C			.849	1.147	.253	
1 Signif. T			-.289	2.335*	.025*	
FE	.229	.229	.702	1.748	.088	6.097**
2 Signif. T			-2.513	-1.570	.124	
FE	.302	.073	-1.750	-1.397	.170	5.770**
Signif. T x FE			1.792	2.043*	.048*	
1 Signif. T			.741	2.507*	.016*	
RPP	.226	.226	-.423	-1.702	.096	6.002**
2 Signif. T			4.074	2.546*	.015*	
RPP	.304	.708	1.190	1.490	.144	5.834**
Signif. x RPP			-1.134	-2.116*	.041*	
1 Confl. P			-.366	-.1453	.147	.039*
C	.147	.147	.519	.869	.154	
2 Confl. P			-.750	-.639	.527	
C	.149	.002	.092	.069	.945	.089
Confl. P x C			.167	.335	.739	
1 Confl. P			-.403	-1.766	.085	
FE	.189	.189	.822	2.084*	.043*	4.762*
2 Confl. P			-.566	-.613	.543	
FE	.189	.001	.556	.369	.714	3.111*
Confl. P x FE			.095	.183	.856	
1 Confl. P			-.577	-2.659*	.011*	

RPP	.239	.239	-.653	-2.713*	.010*	6.445**
2 Confl. P			-2.659	-2.386*	.022*	
RPP	.302	.063	-2.670	-2.460*	.018*	5.777**
Confl. P x RPP			.713	1.903	.064	

Nota. Signif. T: Significado do Trabalho; Confl. P: Conflito de Papel; C: *Coping* Confrontativo; FE: Fuga-evitamento; RPP: Resolução Planeada do Problema.

A: não estandardizado

* $p < .05$.

* $p < .01$.