



Riscos Psicossociais em Trabalhadores de Uma Unidade Local de Saúde no Alentejo^{a)}

Psychosocial Risks in Workers of a Healthcare Unit in the Alentejo Region of Portugal

Pedro Alves de Moura*✉, Teresa Rodrigues de Moura**, Rui Ruivo***

RESUMO

Introdução: A forma como as organizações são geridas e o modo como é organizado o trabalho e os sistemas de trabalho, pode causar *stress* e/ou outra exposição a factores de risco psicossocial nos profissionais. Os Serviços de Saúde são dos sectores de atividade mais expostos, sendo o *stress* e a violência alguns dos mais importantes. Estes factores de risco acarretam importantes consequências tanto ao nível individual, como institucional e social, afetando de forma direta a saúde física e mental dos profissionais atingidos e prejudicando o seu desempenho e a qualidade dos cuidados prestados.

Objectivos: Caracterizar a presença de factores de risco psicossocial, determinar o risco e correlacioná-lo com variáveis sócio-demográficas em trabalhadores de uma Unidade Local de Saúde do Alentejo.

Métodos: Neste trabalho, o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire*, versão II (COPSOQ-II) foi utilizado para avaliar os riscos psicossociais de um universo geral de profissionais

de saúde de uma unidade de saúde de média dimensão, na região do Alentejo, que abrange cuidados de saúde primários e hospitalares. O COPSOQ é baseado num modelo de exigência e controlo que tenta explicar o *stress* como consequência das elevadas exigências no trabalho e de um baixo apoio social.

Resultados e Conclusões: Neste estudo foi encontrado risco elevado para a saúde dos trabalhadores, no sub-grupo dos médicos, na dimensão “insegurança no trabalho”.

No caso dos restantes trabalhadores, a estratificação do risco para a saúde resultou numa situação intermédia para enfermeiros, assistentes técnicos e outros técnicos superiores. Os assistentes operacionais e os trabalhadores da gestão foram as categorias onde o risco foi considerado mais favorável.

Observaram-se também diferenças estatisticamente significativas, e merecedoras de replicação, o maior risco para a saúde dos trabalhadores dos cuidados hospitalares na dimensão ritmo de trabalho ($t(124)=2,71$), exigências emocionais ($t(124)=2,18$) e confiança vertical

* Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo EPE; ✉ pedro.moura@ulsha.min-saude.pt.

** Unidade de Cuidados à Comunidade, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo EPE.

*** Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo EPE.

<https://orcid.org/0000-0002-5811-4727>

a) Baseado numa monografia no âmbito do Plano Transitório de Formação em Medicina do Trabalho da Ordem dos Médicos.

Recebido / Received: 01/06/2018 • Aceite / Accepted: 23/10/2018

($t(116)=2,36$); o maior risco nos trabalhadores do sexo masculino na dimensão exigências cognitivas ($t(136)=2,71$), influência no trabalho ($t(136)=2,32$), previsibilidade ($t(132)=2,08$), transparência ($t(132)=2,74$), conflitos no trabalho ($t(132)=2,73$), significado do trabalho ($t(134)=3,31$), compromisso com o trabalho ($t(134)=2,44$) e comportamentos ofensivos ($t(132)=2,16$); e o maior risco nas trabalhadoras na dimensão *burnout* ($t(132)=2,16$).

Estes resultados devem merecer a nossa preocupação se desejamos diminuir a exposição dos trabalhadores desta instituição a estes factores de risco, sendo desejável o seu estudo sistematizado no universo das unidades de saúde do nosso país.

Palavras-Chave: Factores de Risco Psicossocial; Risco Psicossocial; Trabalhadores de Unidades de Saúde; Profissionais de Saúde; COPSQ.

ABSTRACT

Background: Poor institutions management and work organization can cause psychological distress among workers by imposing on them unsustainable pressures and demands. The health sector is particularly exposed to this type of risk, with stress and violence being some of the most important psychosocial risk factors to which these professionals are exposed. This exposure can lead to significant consequences on the individual, in the institution and at a social level and affect directly the physical and mental health of the professionals, impairing their performance and the quality of care provided.

Aims: We aimed to determine the presence and characteristics of psychosocial stressors and associated risks, correlating it with sociodemographic variables of workers in a Local Health unit of the Alentejo region, in Portugal.

Methods: In this work, the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSQ) was used to evaluate the psychosocial risks of healthcare professionals from a medium-sized healthcare unit in the Alentejo region of Portugal, covering primary and hospital health care. COPSQ is based on a demand and control model which attempts to explain stress as a consequence of high labor demands and low social support.

Results and Conclusions: In this study we found a health risk for medical workers in the dimension "job insecurity", which reflects fear of losing their job. We also found an intermediate situation for nurses, technical assistants and other workers with higher education. Operational assistants and management workers were the professional categories where the health risk was considered favorable.

We also found statistically significant correlations of higher risk for workers in hospital health care in the dimensions work pace ($t(124)=2,71$), emotional demands ($t(124)=2,18$) and vertical trust ($t(116)=2,36$); higher risk for male workers in the dimensions cognitive demands ($t(136)=2,71$), work influence ($t(136)=2,32$), predictability ($t(132)=2,08$), transparency of their work role ($t(132)=2,74$), conflicts at work ($t(132)=2,73$), meaning of work ($t(134)=3,31$), work engagement

(t(134)=2,44) and offensive behaviors (t(132)=2,16); and a higher risk for female workers in the burnout dimension (t(132)=2,16). These results show that systematic screening for the presence of psychosocial stressors should be implemented on health care units and hospitals. In this way the creation of policies to decrease health professionals risk exposure could be promoted.

Key-Words: *Psychosocial Hazards; Psychosocial Risks; Healthcare Unit Workers; Healthcare Professionals; COPSOQ.*

INTRODUÇÃO

A maioria das causas relacionadas com o *stress* no trabalho estão ligadas à forma como o trabalho é planificado e a forma como as organizações são geridas. Uma vez que estes aspectos do trabalho têm o potencial de causar efeitos adversos para a saúde dos trabalhadores, são chamados factores de risco relacionados com o *stress* ou, mais comumente, factores de risco psicossociais¹. A literatura sobre *stress*^{2,3} reconhece em geral nove categorias:

- Conteúdo do trabalho: tarefas monótonas, pouco estimulantes, com pouco sentido; com pouca diversidade; pouco agradáveis;
- Ritmo e carga de trabalho: trabalho sob pressão do tempo; tarefas excessivas ou em pouca quantidade;
- Horário de trabalho: horários de trabalho muito rígidos e inflexíveis; jornadas de trabalho muito longas e com baixo nível de socialização; horário imprevisível; sistemas de rotação de turnos com planificação deficiente;
- Participação e controlo: falta de participação nos processos de tomada de decisão; insu-

ficiente controlo sobre métodos, ritmo, horário ou ambiente de trabalho;

- Desenvolvimento da carreira, estatuto profissional e remuneração: insegurança no trabalho, falta de perspectivas de promoção ou avanço na carreira, situações de sub-promoção ou sobre-promoção; trabalho visto como de “baixo valor social”; situações de remuneração “à peça”; sistemas de avaliação do desempenho, injustas ou pouco claras; sub ou sobre-qualificação para a função;

• Papel na organização: função pouco clara na organização; papéis conflitantes dentro do mesmo trabalho; responsabilidade pelas acções de outras pessoas; trabalho contínuo com o público ou com responsabilidades no cuidar de pessoas;

- Relações interpessoais: supervisão inadequada, pouco apoiante ou pouco empática; dificuldades na relação com os pares ou com as chefias; fenómenos de *bullying*, *mobing*, assédio sexual e violência verbal ou física; trabalho isolado ou solitário; falta de procedimentos e protocolos para lidar com problemas ou queixas;

• Cultura organizacional: dificuldades de comunicação, problemas de liderança, falta de clareza acerca dos objectivos organizacionais e da estrutura hierárquica;

- Interferência casa-trabalho: exigências conflitantes entre o trabalho e a vida doméstica, falta de suporte para os problemas domésticos no trabalho, falta de suporte para os problemas do trabalho em casa.

O impacto da exposição a riscos psicossociais pode ser expresso de muitas maneiras, como o compromisso de um funcionamento saudável ao nível orgânico, emocional, cognitivo, social

e comportamental. Alguns dos sintomas estão relacionados com perturbações afectivas ou de ansiedade, insónia, isolamento social, abuso de substâncias, irritabilidade, aumento de impulsividade e agressividade e, dificuldades cognitivas e no processo de tomada de decisão. Existem muitos estudos que associam a exposição a risco psicossocial com perturbações do foro cardiovascular, endócrino e mental^{4,5,6}. A presença de factores de risco psicossocial foi associada com uma maior prevalência de perturbação depressiva major e suicídio⁷.

Hawkins⁸, num estudo a 13575 médicos dos EUA, revelou que 68,2% dos clínicos apresentavam ter sentimentos negativos ou muito negativos em relação à sua profissão, 77,4% sentiam-se pessimistas ou muito pessimistas acerca do seu futuro e 80,4% classificavam a motivação geral dos seus pares como negativa ou muito negativa. As explicações avançadas foram excesso de regulação/burocracia (79,2%), perda de autonomia clínica (64,5%) e falta de compensação pela qualidade médica (58,6%).

Nos médicos portugueses, o *burnout* também foi avaliado num estudo promovido pela Ordem dos Médicos em 2016⁹. O mesmo concluiu que 41% destes profissionais de saúde apresentaram sinais de exaustão emocional, 25% obtiveram pontuação elevada numa escala de depressão, 17% apresentaram sinais de despersonalização (atitudes negativas, cinismo, insensibilidade e irritação) e um quarto afirmou não se sentir realizado profissionalmente. Sete por cento dos inquiridos apresentaram sinais de *'burnout'* elevado (conjugação de exaustão, despersonalização e não realização profissional), sendo que, desses, mais de metade têm idades

compreendidas entre os 26 e os 35 anos. O estudo indica ainda que quase 20% dos médicos trabalha mais de 60 horas por semana.

Mais recentemente, Marques *et al.*¹⁰ e Orgambidez-Ramos *et al.*¹¹ avaliaram os níveis de *burnout* dos profissionais de saúde portugueses.

O estudo Marques¹⁰ revelou que, utilizando uma versão portuguesa da *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey*, níveis elevados de *burnout* devido a exaustão emocional foram observados em todas as categorias profissionais. Enfermeiros, pessoal administrativo e técnicos, apresentam mais frequentemente níveis de desgaste emocional (59%, 50% e 50%, respectivamente) e falta de realização profissional (41%, 52% e 38%, respectivamente) do que os médicos e os assistentes operacionais. Nem todos os profissionais apresentaram valores elevados de despersonalização. O estudo teve uma taxa de resposta por volta dos 10%, num total de 368 questionários. Ruiz-Frutos¹¹ debruçou o seu estudo à classe de enfermagem. O seu objetivo foi o de examinar em que medida o *"empowerment"* e a *"vulnerabilidade"* ao *stress* podem desempenhar um papel preditivo no *burnout*, na classe de enfermagem em Portugal. Uma amostra de 297 enfermeiros de hospitais portugueses foi utilizada neste estudo. O *burnout* foi *"negativa e significativamente"* relacionado a todas as dimensões do *"empowerment"*, e foi *"positiva e significativamente"* relacionado à *"vulnerabilidade"* ao *stress*. Foi possível relacionar o *burnout* com o acesso a fundos e oportunidades e com a vulnerabilidade ao *stress*, através de modelos teóricos de regressão.

OBJECTIVOS

Caracterizar a presença de factores de risco psicossocial, determinar o risco e correlacioná-lo com variáveis sócio-demográficas em trabalhadores de uma Unidade Local de Saúde do Alentejo.

MATERIAL E MÉTODOS

Participantes:

Colaboradores da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), com caixa de correio electrónico institucional (n=1634). A taxa de participação foi de 8,8%.

Desenho do Estudo:

Tratou-se de um estudo observacional, transversal, com um componente analítico exploratório de associação de variáveis. Os inquéritos (COPSOQ-II) foram realizados de forma electrónica, no período de 23/03/2017 a 14/04/2017. Foram enviados 1634 mensagens de *e-mails* contendo os inquéritos para as caixas de correio institucionais dos colaboradores da unidade de saúde e solicitado que respondessem para um *e-mail* externo à instituição. Foi verificado que a cada *e-mail* de resposta correspondia apenas um colaborador, para evitar respostas duplicadas. Todos os dados foram estritamente confidenciais e do conhecimento apenas dos autores do estudo. Todos os dados obtidos foram objecto de análise de forma aleatorizada, com obtenção de consentimento informado. Para além do preenchimento do questionário foi pedido aos participantes o fornecimento dos seguintes dados: sexo, idade, categoria profissional, serviço, horário de trabalho, número de horas efectivamente trabalhadas por semana, nú-

mero de filhos. Estas variáveis correspondem, como é facilmente perceptível, a factores comumente identificados na origem de *stress* psicossocial.

A população em estudo foi obtida a partir do critério de inclusão único ser colaborador da ULSBA a trabalhar nos respectivos serviços na altura de recolha dos inquéritos, incluindo todas as categorias profissionais.

Obtiveram-se 144 inquéritos, dos quais 142 foram considerados válidos (8,7% da população em estudo).

Os trabalhadores foram agrupados em seis categorias conforme categoria profissional: médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes técnicos, outros técnicos superiores, trabalhadores da gestão.

Foram também agrupados por tipo de serviços prestados, em três categorias: cuidados de saúde primários, cuidados de saúde hospitalares e serviços de apoio/gestão.

Questionário:

Segundo os autores da versão portuguesa: “numa tentativa de criar um instrumento válido e compreensível para avaliar os factores psicossociais surge o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* – COPSOQ – desenvolvido e validado por Kristensen¹² com a colaboração do *Danish National Institute for Occupational Health* em Copenhaga”. O questionário teve como enquadramento teórico uma perspectiva eclética, daí cobrir uma ampla gama de aspectos, conceitos e teorias actuais. O COPSOQ tenta lidar com a amplitude do constructo “factores psicossociais”, mediante a aplicação de uma abordagem multidimensional, com um espectro muito amplo de aspectos verificados^{1,13}.

Este instrumento segue um conceito multi-dimensional e destina-se a cobrir as necessidades gerais envolvidas na abrangência do conceito de “*stresse* no trabalho”. É baseado no modelo de exigência e controlo, que tenta explicar o *stresse* como consequência das elevadas exigências no trabalho e de um baixo apoio social¹.

Num estudo transversal efetuado em 2005 com uma amostra representativa da população assalariada espanhola, os autores concluíram que o COPSQ é um instrumento válido e permitiu o estabelecimento de níveis de referência da população trabalhadora quanto a riscos psicossociais, dando a possibilidade de elaborar estratégias de prevenção dos mesmos¹⁴.

O COPSQ apresenta-se como um instrumento multidimensional, numa metodologia tripartida. Trata-se de um poderoso instrumento que reúne consenso internacional quanto à sua validade, modernidade e compreensibilidade na avaliação de muitas das mais relevantes dimensões psicossociais inerentes ao contexto laboral. Este questionário, num formato recente reformulado em 2007 (COPSQ II)¹³, compreende três versões distintas: (i) uma versão curta (23 dimensões e 40 perguntas), visando a autoavaliação dos trabalhadores ou a aplicação em locais de trabalho com menos de 30 trabalhadores; (ii) uma versão média (28 dimensões e 87 perguntas), destinada ao uso por profissionais de saúde ocupacional, nomeadamente na avaliação de riscos, planificação e inspeção, e (iii) uma versão longa (41 dimensões e 128 perguntas) para fins de investigação. De acordo com os autores da versão original, a versão curta e média incluem somente aquelas dimensões psicossociais com

evidência epidemiológica de relação com a saúde. Todas as versões apresentam dimensões que medem indicadores de exposição (riscos psicossociais) e indicadores do seu efeito (saúde, satisfação e *stresse*). A maioria das escalas que integram as várias dimensões tem como base instrumentos já conhecidos e validados previamente, enquanto algumas foram construídas para este instrumento, o que permitiu unificar instrumentos de avaliação e comparar resultados de investigadores e profissionais de saúde ocupacional¹.

Efectivamente, este instrumento cobre a maior diversidade possível de dimensões psicossociais que possam existir no mundo do trabalho actual, suportadas pelas teorias mais aceites neste âmbito. Desta forma, o COPSQ pode ser utilizado em qualquer tipo de trabalho.

Uma vez que a versão média se assume com a ferramenta mais adequada para utilização em saúde ocupacional, por apresentar uma identificação mais completa de dimensões psicossociais, não sendo excessivamente longa, esta foi a versão utilizada na população activa portuguesa para obtenção de valores de referência¹³.

Todos os itens das três versões são avaliados numa escala tipo Likert de 5 pontos (1 -nunca/quase nunca, 2- raramente, 3- às vezes, 4 – frequentemente e 5- sempre ou 1 –nada/quase nada, 2- um pouco, 3- moderadamente, 4-muito e 5 – extremamente)¹. A cotação das respostas, na versão portuguesa, obedece a estes valores, podendo cada item ser cotado de 1 a 5 pontos, no sentido direto ao da resposta assinalada.

A análise dos resultados pressupõe a interpretação factor a factor. Ou seja, o COPSQ não

mede um único constructo, mas sim diversos riscos psicossociais e variáveis de saúde, *stress* e satisfação. Desta forma, deverão ser calculadas as médias dos itens de cada factor, assumindo a interpretação desse valor sentidos distintos conforme o factor/ subescala em causa. Esta média deverá ser confrontada com os valores normativos para a população activa portuguesa.

Análise Estatística:

Com base nos resultados das médias calculadas para as várias dimensões do COPSOQ-II, e nas médias calculadas por tipo de cuidados e por categoria profissional, foram construídos os seguintes gráficos, emulando o apresentado pelos autores da versão portuguesa do instrumento utilizado¹³. Foram assim comparadas as médias, utilizando os mesmos pontos de corte e nomenclatura indicados pelos autores para a divisão em tercis e por cores, e indican-

do no gráfico a cor correspondente na comparação com o resultado da média nacional. A conversão da média obtida para um valor de percentagem foi obtida pela fórmula: valor obtido-valor mínimo da escala/valor máximo da escala-valor mínimo¹⁵. Assim, onde nos gráficos se verifica a cor verde, tal situação corresponde a uma situação favorável; o amarelo a uma situação intermédia; e o vermelho risco para a saúde.

Ética:

Este estudo foi previamente aprovado pela Comissão de Ética e pelo Conselho de Administração da ULSBA, tendo os participantes sido informados deste facto.

RESULTADOS

Nos quadros I a IV são apresentados os resultados deste estudo.

Quadro I: Estatística descritiva das variáveis numéricas.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
• Idade	140	24	62	43,40	10,39
• Horário de trabalho	132	35,0	66,0	38,70	4,23
• Horário efectivo	134	35,0	60,0	40,32	5,28
• Nº de filhos	140	0	6	1,61	1,13
• Exigências quantitativas	138	1,00	4,00	2,50	0,70
• Ritmo de trabalho	140	1,00	5,00	3,30	1,04
• Exigências cognitivas	142	2,33	5,00	3,98	0,62
• Exigências emocionais	142	1,00	5,00	4,03	1,04
• Influência no trabalho	142	1,50	5,00	3,07	0,84
• Possibilidades de desenvolvimento	138	2,00	5,00	4,13	0,72
• Previsibilidade	138	1,00	5,00	3,16	0,79
• Transparência do papel laboral	138	2,00	5,00	4,01	0,67

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
• Recompensas	136	1,00	5,00	3,45	0,91
• Conflitos laborais	138	1,33	5,00	3,06	0,67
• Apoio social dos colegas	140	1,00	5,00	3,54	0,76
• Apoio social dos superiores	140	1,00	5,00	3,12	1,01
• Comunidade social no trabalho	138	2,33	5,00	3,82	0,76
• Qualidade da liderança	140	1,00	5,00	3,32	0,99
• Confiança horizontal	136	1,00	4,00	2,90	0,62
• Confiança vertical	134	1,00	4,33	3,35	0,52
• Justiça e respeito	140	1,00	5,00	3,18	0,81
• Auto-eficácia	138	1,50	5,00	3,78	0,75
• Significado do trabalho	140	2,33	5,00	4,27	0,72
• Compromisso com o trabalho	140	2,00	5,00	3,74	0,71
• Satisfação com o trabalho	140	2,00	5,00	3,51	0,80
• Insegurança laboral	140	1,00	5,00	2,77	1,42
• Saúde geral	140	1,00	5,00	2,91	0,99
• Conflito trabalho/família	138	1,00	5,00	2,82	0,94
• Problemas em dormir	134	1,00	5,00	2,45	0,97
• Burnout	140	1,00	5,00	3,09	0,92
• Stresse	140	1,00	5,00	2,79	1,00
• Sintomas depressivos	140	1,00	5,00	2,31	1,02
• Comportamentos ofensivos	138	1,00	4,50	1,32	0,56
• <i>Valid N (listwise)</i>	100				

Quadro II: Categorias profissionais por sexo.

Categoria Profissional	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Médicos	10	6	16
Enfermeiros	16	38	54
Assistente Operacional	4	0	4
Assistente Técnico	2	24	26
Outros Técnicos Superiores	2	32	34
Gestão	4	0	4
Total	38	100	138

Quadro III: Síntese dos resultados encontrados no estudo.

Dimensões COPSOQ	Idade	Horário	Horário efectivo	Filhos	Sub-grupos
Exigências quantitativas			r = 0,288		
Ritmo de trabalho	r = 0,307				t(124) = 2,71, hospitalares
Exigências cognitivas		r = 0,175	r = 0,275		t(136) = 2,71, masculino
Exigências emocionais					t(124) = 2,18, hospitalares
Influência no trabalho					t(136) = 2,32, masculino
Possibilidades de desenvolvimento			r = 0,224		
Previsibilidade	r = -0,211				t(132) = 2,08, masculino
Transparência			r = 0,189		t(132) = 2,74, masculino
Recompensas	r = -0,344				
Conflitos laborais			r = 0,338		t(132) = 2,73, masculino
Apoio social dos colegas					
Apoio social dos superiores	r = -0,207	r = -0,174	r = -0,197		
Comunidade social no trabalho					
Qualidade da liderança	r = -0,335				
Confiança horizontal					
Confiança vertical	r = -0,196				t(116) = 2,364, hospitalares
Justiça e respeito	r = -0,253		r = -0,175		
Auto-eficácia			r = -0,187		
Significado do trabalho					t(134) = 3,31, masculino
Compromisso com o trabalho					t(134) = 2,44, masculino
Satisfação com o trabalho	r = -0,206				
Insegurança laboral				r = -0,195	Médicos
Saúde geral		r = -0,248			
Conflito trabalho/família			r = 0,235		
Problemas em dormir					
<i>Burnout</i>					t(134) = 2,13, feminino
Stresse					
Sintomas depressivos					
Comportamentos ofensivos	r = 0,219				t(132) = 2,16, masculino

Nota: As várias dimensões do COPSOQ são apresentadas com a cor obtida para a generalidade dos trabalhadores. São apresentados apenas os resultados positivos dos vários

estudos de correlação, e os sub-grupos onde se encontrou risco para a saúde dos trabalhadores (cor vermelha).

Quadro IV: Síntese da distribuição do risco nas várias dimensões do COPSOQ.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Exigências quantitativas	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green
Ritmo de trabalho	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow
Exigências cognitivas	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow
Exigências emocionais	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green
Influência no trabalho	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Possibilidades de desenvolvimento	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Previsibilidade	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Transparência	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Recompensas	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Conflitos laborais	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Apoio social dos colegas	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Apoio social dos superiores	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow
Comunidade social no trabalho	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Qualidade da liderança	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow
Confiança horizontal	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow
Confiança vertical	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Justiça e respeito	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow
Auto-eficácia	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Significado do trabalho	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Compromisso com o trabalho	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Satisfação com o trabalho	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Insegurança laboral	Yellow	Red	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow
Saúde geral	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow
Conflito	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green
Problemas em dormir	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
<i>Burnout</i>	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green
Stresse	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Sintomas depressivos	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Comportamentos ofensivos	Green	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green

Onde: 1 - Trabalhadores em geral
 2 - Médicos
 3 - Enfermeiros
 4 - Assistentes operacionais
 5 - Assistentes técnicos

6 - Outros técnicos superiores
 7 - Trabalhadores da gestão
 8 - Cuidados de saúde primários
 9 - Cuidados hospitalares
 10 - Serviços de apoio e gestão

DISCUSSÃO

Estatística Descritiva:

A taxa de participação foi baixa quando comparada com outros estudos internacionais^{16,17}, mas semelhante a estudos nacionais^{10,11} e constitui uma limitação do estudo. Tal deveu-se provavelmente ao método utilizado para recolha, quando comparado com outro estudo nacional em que foi realizado de forma directa¹⁸. A idade média dos colaboradores foi de $43,40 \pm 10,39$ anos, variando entre os 24 e os 62 anos. Verifica-se que as médias de idade são de $48,05 \pm 12,72$ nos trabalhadores masculinos e $41,54 \pm 8,89$ nos trabalhadores do sexo feminino. Nos cuidados de saúde primários a média é de $41,91 \pm 11,16$ anos, sendo semelhante nos cuidados de saúde hospitalares, de $43,61 \pm 9,92$ anos e nos serviços de apoio/gestão sendo mais alta, de $47,67 \pm 5,42$ anos. Nos trabalhadores médicos a média é mais alta, de $50 \pm 14,05$, nos enfermeiros é bastante mais baixa, de $42,39 \pm 10,23$ anos, nos assistentes operacionais é semelhante á dos médicos, de $49 \pm 11,55$, nos assistentes técnicos é semelhante à dos enfermeiros, de $41,46 \pm 9,7$, e também nos outros técnicos superiores, de $41,65 \pm 7,59$ e nos trabalhadores da gestão a média é a mais alta de todas, de $53 \pm 8,08$ anos. Em média os trabalhadores estão obrigados a um horário de trabalho de $38,70 \pm 4,23$ horas semanais, cumprindo um horário efectivo, em média, de $40,32 \pm 5,28$ horas semanais, podendo variar entre 35 horas e as 60 horas semanais. O horário efectivo de trabalho é superior no sexo masculino, de $43,12 \pm 7,30$ horas, comparado com o sexo feminino, de $39,46 \pm 4,00$ horas. Nos cuidados de saúde primários a média de horas efectivas de trabalho

é de $39,00 \pm 3,08$ horas, sendo superior nos cuidados de saúde hospitalares, de $41,42 \pm 6,60$ horas, sendo que a média mais alta de trabalho efectivo se verifica nos serviços de apoio/gestão, sendo de $43,00 \pm 5,37$ horas. Os médicos são os trabalhadores que cumprem em média mais horas de trabalho efectivo, $44,63 \pm 7,52$ horas, os enfermeiros cumprem $39,00 \pm 4,48$ horas, semelhante aos assistentes técnicos com $40,42 \pm 3,38$ horas, e os outros técnicos superiores com $40,35 \pm 5,92$ horas.

Os trabalhadores da amostra têm em média $1,61 \pm 1,13$ filhos. Os trabalhadores do sexo feminino têm em média $1,64 \pm 1,15$ filhos, sendo superior à média do sexo masculino que é de $1,53 \pm 1,11$ filhos. Os trabalhadores dos cuidados de saúde primários têm em média $1,63 \pm 1,18$ filhos, sendo superior à média dos cuidados de saúde hospitalares, com $1,58 \pm 1,14$ filhos, sendo que a média maior se verifica nos trabalhadores dos serviços de apoio/gestão que têm $1,83 \pm 0,94$ filhos.

Os trabalhadores médicos têm $1,75 \pm 1,12$, superior à média dos enfermeiros que é de $1,57 \pm 0,9$ filhos, à dos assistentes operacionais que é de $1 \pm 1,15$, à dos assistentes técnicos que é de $1,69 \pm 1,29$, à dos outros técnicos superiores que é de $1,71 \pm 1,34$ e à dos trabalhadores da gestão que é de $1 \pm 1,16$ filhos.

De referir que o número médio de filhos em Portugal é de 1,30 por indivíduo¹⁹, sendo que a maioria das categorias profissionais apresentam uma média superior, excepto os assistentes operacionais e os trabalhadores da gestão.

Limites do Estudo:

A limitação mais óbvia deste estudo prende-se com a baixa taxa de participação do estudo, não sendo, no entanto, muito diferente de ou-

tros estudos nacionais^{10,11}. No entanto, foram tomadas todas as precauções para assegurar os sujeitos da investigação do seu objectivo, da sua validade para melhorar os programas de vigilância médica em vigor e da motivação estritamente científica do trabalho. Deve ser também relevado que, porque se trata de um estudo numa população grande, a amostra obtida continua a ser considerável e foi suficiente para obter resultados com significância estatística.

Tratou-se de um estudo numa Unidade Local de Saúde, reflectindo a realidade da mesma.

Dimensões do COPSQ:

À data, não são muitos os estudos a nível mundial sobre a aplicabilidade do questionário COPSQ ao contexto hospitalar.

Mache *et al.*²⁰ observou as relações entre as exigências do trabalho, o *stress* profissional, conflito trabalho-família, compromisso com o trabalho e satisfação com o trabalho em 564 médicos de várias especialidades e conclui que existe associação entre as várias variáveis estudadas e a satisfação no trabalho dos médicos. Neste estudo a satisfação com o trabalho foi relacionada inversamente com a idade.

Noutro estudo na Alemanha, Fuss²² analisou inquiridos de 296 médicos hospitalares (taxa de resposta de 38,9%) utilizando o COPSQ e a escala *work interfering with family conflict scale* (WIF) para avaliação da dimensão trabalho-que-interfere-com-a-família da categoria de riscos conflito trabalho-família. Verificou-se que os médicos reportaram níveis elevados dessa dimensão comparados com a população em geral, sendo preditores a menor idade, elevadas exigências quantitativas de trabalho, número elevado de dias a trabalhar

apesar de doença e alterações à última da hora na escala de urgência, sendo factor protector um sentido de comunidade no trabalho. Estes níveis elevados foram correlacionados com taxas mais elevadas de *burnout*, sintomas de *stress* cognitivo e comportamental, e vontade de abandonar o trabalho. Em contraste, níveis mais baixos de trabalho-que-interfere-com-a-família foram preditores de maior satisfação laboral, melhor julgamento da própria saúde em geral, melhor capacidade de trabalho e maior satisfação com a vida em geral. Comparados com a população em geral, estes médicos mostraram níveis de *stress* individual mais elevados e níveis mais baixos de bem-estar. Neste estudo apenas constatámos uma correlação entre o número de horas efectivamente trabalhadas e uma percepção de aumento desses conflitos, como seria expectável, não confirmando outras associações.

Ainda na Alemanha, um estudo de Mache²³ utilizou uma dimensão do COPSQ em conjugação com uma bateria de outros testes para encontrar relações significativas entre pontos positivos de médicos alemães (resiliência, optimismo) e comprometimento com o trabalho como dimensão. No nosso estudo observámos uma associação com o compromisso com o trabalho nos trabalhadores masculinos, o mesmo se passando na dimensão relacionada de significado do trabalho, sugerindo diferenças de género.

Na Dinamarca, Andreassen²⁴ avaliou as respostas de 220 médicos oncologistas (taxa de resposta de 67,0%) a trabalhar em seis centros de Oncologia e sete centros de Oncologia da comunidade à versão curta do COPSQ II e compararam com uma amostra da população

dinamarquesa. Os autores reportam piores condições de trabalho nas dimensões exigências quantitativas, ritmo de trabalho, exigência emocional, influência, *burnout* e *stresse*. Melhores condições de trabalho foram reportadas nas dimensões possibilidades de desenvolvimento, significado do trabalho e comprometimento com o trabalho. Deve ser relevado que o único risco claro para a saúde dos trabalhadores desta instituição surgiu nos trabalhadores médicos, na dimensão insegurança laboral, o que não seria expectável à partida, principalmente tratando-se de uma unidade de saúde periférica com dificuldade reconhecida no recrutamento médico. Tal pode dever-se a estes factores regionais ou por taxa de resposta elevada neste sector profissional por profissionais menos protegidos (médicos internos, tarefeiros na urgência), por exemplo. Considerando estudos abrangendo outros profissionais da saúde, um estudo lituano em 404 enfermeiros²⁵ observou relações entre as exigências quantitativas, emocionais, ritmo e conflitos no trabalho e as medidas de efeito ao nível da saúde mental, medidas pelo COPSOQ, especialmente as dimensões *stresse* e *burnout*. García-Rodríguez *et al.*²⁶ avaliou 738 trabalhadores de cinco hospitais (médicos e pessoal de enfermagem) para concluir que os médicos que trabalham em cuidados de saúde primários apresentam um pior ambiente psicossocial que os colegas em ambiente hospitalar. Refere também piores resultados da amostra comparativamente com a população de referência ao nível das exigências cognitivas, emocionais, possibilidades de desenvolvimento e significado do trabalho. Para além disso, todos mostraram níveis elevados na dimensão

“*stresse*”, sendo maior preditor ter menos idade, ter conflitos laborais, elevadas exigências emocionais e insegurança laboral. Este é dos poucos estudos a apresentar comparação entre cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários. No nosso estudo pudemos constatar que existem diferenças estatisticamente significativas (maior percepção de problemas para a saúde) nos trabalhadores hospitalares, em várias dimensões, nomeadamente no ritmo de trabalho, exigências emocionais e confiança vertical, sugerindo um risco acrescido para estes trabalhadores, o que pode fazer sugerir que se justifiquem programas de vigilância médica diferenciados na mesma instituição de saúde, pelo menos no que toca a estas dimensões.

Podemos assim ser constatado que a literatura específica relativamente à avaliação de riscos psicossociais com o questionário COPSOQ II em contexto hospitalar é escassa, e ainda mais rara a avaliação sistemática de todos os trabalhadores, para além da comparação entre trabalhadores de cuidados hospitalares e de cuidados de saúde primários, o que vem ainda mais reforçar a pertinência deste trabalho.

Relativamente às dimensões que medem efeito para a saúde dos trabalhadores, dois estudos nos EUA^{7,27}, com universo de 7288 médicos mostrou que 44,3% tinham experienciado um conflito entre as responsabilidades familiares e ocupacionais nas três últimas semanas, com uma probabilidade aumentada de conflito quando o parceiro também tinha uma carreira exigente (chamados “casais com dupla carreira”). Nesse estudo, Dyrbye mostrou uma relação entre o número de horas trabalhadas e o potencial para conflitos (aumentava com cada dez horas adicionais de trabalho e, em

particular, a partir de mais de 56 horas por semana), o que confirma a associação encontrada neste trabalho. No estudo de Dyrbye, a probabilidade de *burnout* estava aumentada em 47,1% nos médicos que trabalhavam mais que esse limite, o que pode indicar porque não se obtiveram *scores* mais elevados, pelo menos na categoria “médicos” nas dimensões de medição de efeito para a saúde, pois a média de trabalho efectivo neste grupo profissional foi de $44,62 \pm 7,52$ horas, superior a todos os outros grupos analisados. Nos cuidados de saúde primários a média de horas efectivas de trabalho é ainda menor, de $39,00 \pm 3,08$ horas, sendo semelhante nos cuidados de saúde hospitalares, de $41,42 \pm 6,6$ horas.

Os estudos de Dyrbye mostraram também uma probabilidade aumentada de sintomas depressivos, aumento da fadiga física e mental, redução da percepção própria de ter boa saúde mental e qualidade de vida e um aumento da probabilidade de insatisfação com o parceiro e divórcio. Estes resultados foram também associados com idade mais nova, sexo feminino e trabalho em centros académicos. Neste estudo verificou-se também uma associação do *burnout*, que é um factor de risco para um síndrome depressivo¹⁷, com o sexo feminino, o que não foi confirmado na dimensão sintomas depressivos. De facto, a síndrome de *burnout* pode ser considerada como apenas prodromica de uma perturbação psiquiátrica maior²⁸. Outro estudo²⁹, verificou que o risco de exposição a ameaças e violência é consideravelmente maior nos trabalhadores em saúde mental e no serviço de urgência, quando comparado com os trabalhadores dos serviços laboratoriais e de radiologia. Neste estudo não foi

possível agregar dados suficientes para fazer esta destringência, de forma estatisticamente significativa, entre serviços da unidade de saúde em questão. No entanto, pôde ser constatada uma associação entre maior idade e exposição a comportamentos ofensivos e uma relação entre horário mais prolongado e percepção de diminuição da saúde em geral.

Heinke²¹, avaliou o risco de *burnout* em anestesiológistas e os factores que influenciam esse risco em 3541 médicos dessa especialidade. Foram avaliados vários momentos da carreira (internos, especialistas, séniores) e *settings* profissionais (hospital público, privado, hospital universitário), sendo o risco calculado com o sub-grupo de *burnout* do COPSOQ. Verificou-se que 40,1% se encontravam em risco elevado de *burnout*. Encontraram-se diferenças entre os sexos (masculino 37,2%, feminino 46,0%), qualificações (especialista sénior 38,0%, especialista 41,5%, interno 46,7%) e trabalhar num hospital comparativamente a uma clínica generalista (43% e 38,1% respectivamente). O tipo de hospital não influenciou o score de *burnout*. Dos vários sub-grupos analisados o maior score foi obtido para as médicas internas (49,1%). Apesar destes resultados, como um grupo os anestesiológistas não parecem ter um risco acrescido comparados com uma amostra da população em geral (44,0%) ou uma amostra de médicos hospitalares (49,0%). O sub-grupo de médicas internas pareceu ter um acréscimo de risco estatisticamente significativo, segundo os autores merecendo eventual suporte social. Outro estudo nacional¹⁸ encontrou um risco para a saúde em médicos internos na dimensão de exposição exigências cognitivas.

De facto, os resultados apontam para que exista um padrão de “vulnerabilidade” diferente para homens e mulheres, consoante a dimensão em questão. O nosso estudo encontrou esta “vulnerabilidade” em variáveis de exposição, como a percepção de aumento das exigências cognitivas, influência no trabalho, previsibilidade do trabalho, transparência do trabalho, conflitos no trabalho, significado e compromisso com o trabalho, e na variável de efeito comportamentos ofensivos, no caso masculino; enquanto apenas no caso feminino se observa associação estatística com uma variável de efeito para a saúde, nomeadamente o *burnout*. No entanto, outro estudo¹⁸ tinha encontrado associação entre a dimensão de exposição influência no trabalho e risco para a saúde em médicas anesthesiologistas.

Relativamente a esta temática, seguramente o factor psicossocial que tem assumido maior relevância mediática, o estudo nacional de Marôco *et al.*³⁰ revelou que médicos e enfermeiros apresentaram níveis moderados a elevados de *burnout* não sendo significativas as diferenças entre as duas profissões. O distrito de Beja figura nesse estudo numa posição intermédia, de *burnout* moderado, numa ordenação nacional, sendo que nesse estudo os níveis de *burnout* não diferiram significativamente entre hospitais, unidades de cuidados de saúde personalizados e unidades de saúde familiares, o que vem de encontro aos nossos resultados nesta dimensão.

CONCLUSÕES

O estudo apresentado pretendeu avaliar os riscos psicossociais dos profissionais de saúde de uma unidade de saúde portuguesa de média

dimensão, a ULSBA. Para tal avaliação aplicou-se o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ-II), versão média.

Para a avaliação dos resultados, assumiu-se também uma abordagem de gestão do risco tripartida, sendo que verde corresponde a uma situação sem actuação, amarelo a uma situação de vigilância e vermelho a uma situação de actuação, devendo esta dimensão ser alvo de intervenção específica.

Assim, relativamente aos factores psicossociais, foi encontrado risco elevado para a saúde dos trabalhadores, no sub-grupo dos médicos, a dimensão “insegurança no trabalho”. Esta dimensão reflecte os receios de perder o emprego. Dada a instabilidade actual das carreiras da saúde, seria previsível que todos os sub-grupos das classes profissionais representadas neste estudo apresentassem valores de risco elevado para esta dimensão; contudo apenas a classe médica manifestou esse receio, muito embora esta classe profissional ser a que menos deveria apresentar “estes receios” pois a ULSBA é uma unidade de saúde periférica que tem dificuldade em reter profissionais médicos, que geralmente a abandonam por outras unidades no litoral ou no estrangeiro. No caso dos restantes trabalhadores, a estratificação do risco para a saúde resultou numa situação intermédia para enfermeiros, assistentes técnicos e outros técnicos superiores. Os assistentes operacionais e os trabalhadores da gestão foram as categorias onde o risco foi considerado mais favorável, no cômpto geral. Ao nível do tipo de cuidados encontrou-se uma situação intermédia nos trabalhadores dos cuidados clínicos (cuidados de saúde primários e hospitalares), sendo mais favorável nos

serviços de apoio/gestão. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas a nível dos sexos ou tipo de cuidados prestados na estratificação de risco obtida directamente pelo COPSOQ.

Observou-se ainda a presença de risco intermédio nos trabalhadores da ULSBA nas seguintes dimensões: exigências quantitativas, exigências cognitivas, exigências emocionais, influência no trabalho, previsibilidade, conflitos laborais, apoio social dos superiores, qualidade da chefia, confiança horizontal, justiça e respeito, saúde em geral, conflito trabalho/família, problemas em dormir, *burnout*, *stresse* e sintomas depressivos.

Com base na análise estatística secundária, observaram-se também diferenças estatisticamente significativas, e merecedoras de replicação, o maior risco para a saúde dos trabalhadores dos cuidados hospitalares na dimensão ritmo de trabalho ($t(124)=2,71$), exigências emocionais ($t(124)=2,18$) e confiança vertical ($t(116)=2,36$); o maior risco nos trabalhadores do sexo masculino na dimensão exigências cognitivas ($t(136)=2,71$), influência no trabalho ($t(136)=2,32$), previsibilidade ($t(132)=2,08$), transparência ($t(132)=2,74$), conflitos no trabalho ($t(132)=2,73$), significado do trabalho ($t(134)=3,31$), compromisso com o trabalho ($t(134)=2,44$) e comportamentos ofensivos ($t(132)=2,16$); e o maior risco nas trabalhadoras na dimensão *burnout* ($t(132)=2,16$).

Os autores prevêem estudos de replicação do presente trabalho pois foram identificadas algumas correlações moderadas que merecem ser aprofundadas, nomeadamente: percepção de maiores exigências quantitativas com

maior horário efectivo ($r = 0,288$), maior ritmo de trabalho com o aumento da idade ($r = 0,307$), maiores exigências cognitivas com o aumento do horário efectivo ($r = 0,275$), percepção de menores recompensas no trabalho com o avançar da idade ($r = -0,344$), aumento de conflitos no trabalho com o aumento do horário efectivo ($r = 0,338$), percepção de menor qualidade da chefia quanto maior a idade do trabalhador ($r = -0,335$), bem como menor percepção de justiça e respeito nestes mesmos trabalhadores ($r = -0,253$).

Estes resultados devem merecer a nossa preocupação se desejamos diminuir a exposição dos trabalhadores desta instituição a estes factores de risco, sendo desejável o seu estudo sistematizado no universo das unidades de saúde do nosso país.

AGRADECIMENTOS

Ana Paula Colaço, Cláudia Borrallho, Inês Costa Neves, Maria Baptista, Cristina Entradas, Mariana Patola, Vera Pinheiro, Filipa Santos, Cristina Pirata, Ana Matos Pires, Joaquim Brissos, Conceição Margalha.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests*:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding*:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The authors have declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / References

1. Kristensen TS. Intervention studies in occupational epidemiology. *Occup Environ Med* 2005; 62: 205-210.
2. Leka S, Griffiths A, Cox T. Work Organization and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives, (Protecting workers' health series ; no. 3). World Health Organization, 2004.
3. Leka S, Cox T. PRIMA-EF Guidance on the European Framework for psychosocial risk management- a resource for employers and worker representatives (Protecting workers' health series; no. 9). World Health Organization, 2008.
4. Duffy LC, Zielezny MA, Marshall JR, et al. Relevance of major stress events as an indicator of disease activity prevalence in inflammatory bowel disease. *Behav Med* 1991; 17: 101-110.
5. Kivimäki M, Leino-Arjas P, Luukkonen R, et al. Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ* 2002; 325: 857.
6. Kristensen T, Kornitzer M, Alfredsson L, et al. Social factors, work, stress and cardiovascular disease prevention in the European Union. Brussels: European Heart Network; 1998.
7. Dyrbye LN, West CP, Satele D, et al. Burnout among US medical students, residents, and early career physicians relative to the general US population. *Acad Med* 2014; 89: 443-451.
8. Hawkins M. A survey of American physicians: practice patterns and perspectives. New York: The Physicians Foundation; 2012.
9. Vala J, Pinto AM, Moreira S, Lopes RC et al. Estudo Nacional do Burnout na classe médica. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2016.
10. Marques MM, Alves E, Queirós C, Norton P, Henriques A. The effect of profession on *burn-out* in hospital *staff*. *Occup Med (Lond)*. 2018 Mar 13.
11. Orgambidez-Ramos A, Borrego-Alés Y, Ruiz-Frutos C. Empowerment, stress vulnerability and *burnout* among Portuguese nursing *staff*. *Cien Saude Colet*. 2018 Jan;23(1):259-266.
12. Kristensen T. A new tool for assessing psychosocial factors at work: the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. Copenhagen: National Institute of Health; 2000.
13. Silva CF. Copenhagen Psychosocial Questionnaire: COPSOQ: Portuguese version. Aveiro. Análise Exacta – Consultadoria, Formação e Edição de Livros; 2013.
14. Moncada-Luís S, Lorens Serrano C, Font Corominas A, et al. Psychosocial risk exposure among wage earning population in Spain (2004-05). Reference values of the 21 dimensions of COPSOQ ISTAS21 Questionnaire. *Rev Esp Salud Publica* 2008; 82: 667-675.
15. Pestana MH, Gageiro JN. Data analysis for the social sciences: the complementarity of the SPSS. Lisboa: Edições Sílabo; 2003.
16. Jovanovic N, Beezhold J, Andlauer O, et al. Burnout among psychiatry residents. The international Psychiatry/Trainee Burnout Syndrome Study. *Die Psychiatrie* 2009; 6: 75-79.
17. Ferrari S, Cuoghi G, Mattei G, et al. Young and burnt? Italian contribution to the international BurnOut Syndrome Study (BOSS) among residents in psychiatry. *Med Lav* 2015; 106: 172-185.
18. Alves de Moura P, Serranheira F, Sacadura-Leite E. Psychosocial risks in Psychiatry and Anaesthesiology residents in a Portuguese

- General and University Hospital. *Med Lav* 2016;107(2):129-140.
19. 19 Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade e taxa bruta de reprodução. INE, PORDATA. 2017. Available from <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+fecundidade+%c3%84ndice+sint%C3%a9tico++de+fecundidade+e+taxa+bruta+de+reprodu%C3%a7%C3%a3o-416>.
 20. Bernburg M, Vitzthum K, Groneberg DA, Mache S. Physicians' occupational stress, depressive symptoms and work ability in relation to their working environment: a cross-sectional study of differences among medical residents with various specialties working in German hospitals. *BMJ Open*. 2016 Jun 15;6(6):e011369.
 21. Heinke W, Dunkel P, Brähler E, et al. Burnout in anesthesiology and intensive care: is there a problem in Germany? *Anaesthesist*. 2011; 60:1109-1118.
 22. Fuss I, Nübling M, Hasselhorn HM, Schwappach D, Rieger MA. Working conditions and Work-Family Conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health*. 2008; 7;8:353.
 23. Mache S, Vitzthum K, Wanke E, David A, Klapp BF, Danzer G. Exploring the impact of resilience, self-efficacy, optimism and organizational resources on work engagement. *Work*. 2014;47(4):491-500.
 24. Andreassen CN, Eriksen JG. The psychosocial work environment among physicians employed at Danish oncology departments in 2009: a nationwide cross-sectional study. *Acta Oncol* 2013; 52: 138-146.
 25. Freimann T, Merisalu E. Work-related psychosocial risk factors and mental health problems amongst nurses at a university hospital in Estonia: a cross-sectional study. *Scand J Public Health*. 2015 Jul;43(5):447-52.
 26. García-Rodríguez A, Gutiérrez-Bedmar M, Bellón-Saameño JÁ, Muñoz-Bravo C, Fernández-Crehuet Navajas J. Psychosocial stress environment and health workers in public health: Differences between primary and hospital care. *Aten Primaria*. 2015;47(6):359-66.
 27. Dyrbye LN, Sotile W, Boone S, et al. A survey of US physicians and their partners regarding the impact of work-home conflict. *J Gen Intern Med*. 2014; 29:155-161.
 28. Caruso A, Vigna C, Bigazzi V, et al. Burnout among physicians and nurses working in oncology. *Med Lav*. 2012;103:96-105.
 29. Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italia repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Res*. 2012;12:108.
 30. 30 Marôco J, Marôco AL, Leite E, Bastos C, Vazão MJ, Campos J. Burnout in Portuguese Healthcare Professionals: An Analysis at the National Level. *Acta Med Port*. 2016;29(1):24-30.