



Revista Portuguesa de Psicossomática
ISSN: 0874-4696
revista@sppsicossomatica.org
Sociedade Portuguesa de Psicossomática
Portugal

Hespanhol, Alberto
Burnout e stress ocupacional
Revista Portuguesa de Psicossomática, vol. 7, núm. 1-2, janeiro-dezembro, 2005, pp. 153-162
Sociedade Portuguesa de Psicossomática
Porto, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28770212>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

BURNOUT E STRESS OCUPACIONAL¹

Alberto Hespanhol*

Resumo

Embora a palavra stress tenha geralmente uma conotação negativa, Selye sustenta que a reacção de stress não é automaticamente má, nem deve ser evitada, já que o estar vivo é sinónimo de resposta ao stress.

A abordagem contemporânea de stress adopta uma perspectiva interactiva. No modelo interactivo de stress é necessário considerar todos os três grandes domínios conceptuais: as potenciais causas de stress, os moderadores da resposta de stress e as manifestações de stress. As potenciais causas de stress, que existem ou não no ambiente laboral ou na ligação casa/trabalho, em conjunto com as características pessoais de cada indivíduo podem eventualmente conduzir aos sintomas ou às doenças relacionadas com o stress, o qual também pode ser prevenido ou reduzido.

As consequências potencialmente negativas que podem advir de lidar inadequadamente com o stress podem-se repercutir a um nível físico, psicológico ou comportamental e causar custos tanto ao indivíduo, como às organizações e sociedade em geral. O stress ocupacional em extremo pode provocar o burnout, uma síndrome caracterizada por três diferentes componentes: exaustão emocional, despersonalização dos outros e ausência de realização pessoal.

Palavras-chave: Burnout; Esgotamento profissional; Exaustão profissional; Stress; Stress ocupacional; Stress profissional; Causas; Características pessoais; Coping.

MODELOS DE STRESS OCUPACIONAL

A visão contemporânea do stress é de que a sua existência não é automaticamente má ou deva ser evitada a todo o custo. Selye distingue dois tipos de stress: o “eustress”, uma força poderosa que acrescenta excitação e desafio às nossas vidas, que propicia a felicidade, a saúde e a longevidade e o “distress”, que ocorre quando existe uma tensão não aliviada, que conduz à destruição, à doença e à morte prematura⁽¹⁻⁵⁾.

Ao estudarmos o modo como se desenvolve o stress devemos tomar em con-

¹ Baseado na Comunicação “Burnout” apresentada na Mesa Redonda “Problemas dos Profissionais” da VI Reunião Científica da Associação Nacional de Cuidados Paliativos, IPO Norte, 27 Maio 2004.

* Professor Associado Convidado do Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto e Director do Centro de Saúde São João (Porto), onde também exerce as funções de Médico de Família.

sideração três grandes domínios conceptuais: as causas de *stress*, os moderadores da resposta de *stress* e as manifestações de *stress*. Esta é a perspectiva contemporânea de *stress*, ou seja a de um modelo interactivo que incorpora os outros dois modelos anteriores de *stress*, os modelos lineares: o modelo de *stress* baseado na resposta e o modelo de *stress* baseado no estímulo^(1,2).

No modelo de *stress* baseado na resposta^(1,2,5), o *stress* é considerado uma variável dependente, ou seja uma resposta a um estímulo perturbador. Neste modelo o domínio conceptual fundamental é a manifestação do *stress*. As raízes históricas deste modelo encontram-se na Medicina e geralmente numa perspectiva fisiológica.

Algumas organizações tendem a adotar este tipo de modelo como base conceptual para resolver o *stress* ocupacional dos seus trabalhadores. Este modelo, ao atribuir às administrações uma perspectiva do problema do *stress* como inerente ao próprio indivíduo, permite-lhes transferir a responsabilidade desse mesmo *stress* para os trabalhadores. Assim, as administrações intervêm no sentido de ajudar os trabalhadores a lidar o mais adequadamente com as situações de *stress*, mas nada fazem para reduzir ou eliminar as causas de *stress*⁽¹⁾.

O autor que mais se evidenciou no modelo de *stress* baseado na resposta foi Hans Selye, nos anos 30 e 40⁽¹⁻⁵⁾. Segundo Selye *stress* é a resposta inespecífica do corpo a qualquer pedido. Para ele a resposta ao *stress* seria sempre a mesma qualquer que fosse a natureza da causa de *stress* e seguiria sempre o mesmo padrão universal^(1,2,4,5). Selye introduz pois a noção da doença relacionada com o *stress* em termos da síndrome geral de adaptação. Esta

síndrome é mediada via sistema neuro-endócrino e compreende três fases de resposta ou de adaptação ao *stress*: fase de alarme, fase de resistência e fase de exaustão^(1,2,5).

A primeira fase, a reacção de alarme, é a resposta imediata psico-fisiológica, em que após uma fase de choque inicial de baixa resistência se segue um contra-choque. Nesta altura, os mecanismos de defesa são activados formando a reacção de emergência. O aumento da actividade simpática origina a secreção de catecolaminas, que preparam o organismo fisiologicamente para a acção; por exemplo, dá-se o aumento da frequência cardíaca e da tensão arterial, o baço contrai-se, o fluxo sanguíneo é redistribuído da pele e das vísceras para fornecer um aumento de irrigação sanguínea ao cérebro e musculatura esquelética. A glicose armazenada como glicogénio no fígado é libertada para fornecer energia à actividade muscular, o processo de coagulação sanguínea é activado e aumenta o fornecimento de linfócitos sanguíneos para combater eventuais traumatismos ou infecções. Esta fase é geralmente curta em duração (de alguns segundos a alguns dias) e se a causa de *stress* persiste é substituída pela fase de resistência.

A segunda fase, é a resistência a uma causa de *stress* continuada, em que se dá uma resposta de adaptação que visa o regresso ao equilíbrio. Durante esta fase a maioria dos sinais e dos sintomas associados à reacção de alarme desaparecem à medida que o organismo se adapta à causa de *stress*.

Se a reacção de alarme é activada muito intensamente ou muito frequentemente durante um longo período de tempo, a

energia necessária à adaptação esgota-se e ocorre a terceira fase, ou seja, a exaustão, o colapso e a morte. O falhanço de adaptação ao *stress* conduz à doença; esta terceira fase pode então estar associada ao desenvolvimento de doenças relacionadas com o *stress*^(1,2,5).

Embora o conceito de não especificidade da doença relacionada com o *stress* e a síndrome geral de adaptação tivessem tido grande impacto na sua altura, hoje sabemos que tal não é verdade a não ser para algumas causas de *stress* típicas, como por exemplo os factores físicos do calor e do frio. A investigação actual revela que a resposta a um estímulo não é sempre a mesma; é específica para cada estímulo e depende do tipo de secreção hormonal. Por exemplo, as situações que produzem ansiedade estão associadas à adrenalina, enquanto a noradrenalina é libertada em resposta a situações que produzem agressão. Esta perspectiva também não consegue explicar adequadamente o *stress* psicossocial ou o facto de uma resposta a uma potencial ameaça poder, por sua vez, tornar-se um estímulo para uma resposta diferente⁽¹⁾.

No modelo de *stress* baseado no estímulo^(1,2), o *stress* é considerado uma variável independente, ou seja uma força externa que se exerce sobre o organismo, provocando rotura, distorção ou deformação. É uma perspectiva muito análoga à da Física ou da Engenharia, em que sempre que se excedem os níveis de tolerância das substâncias orgânicas ou inorgânicas ocorrem danos temporários ou permanentes. Segundo este modelo o indivíduo estaria constantemente a ser “bombardeado” com aspectos do ambiente potencialmente causadores de *stress*,

mas só um acontecimento aparentemente menor ou inócuo conseguiria alterar o delicado equilíbrio entre o total fracasso e o sucesso de lidar com o *stress*.

Algumas organizações utilizam este modelo de *stress* baseado no estímulo como ponto de partida para resolver o *stress* dos seus trabalhadores. Tentam reduzir ou eliminar as causas de *stress*, sem tomar em linha de conta as necessidades dos indivíduos⁽¹⁾. Diferenças individuais, variabilidade nos níveis de tolerância e nas expectativas podem justificar o facto de dois indivíduos expostos exactamente à mesma situação poderem reagir de maneira completamente diferente^(1,5,6,7). Embora este modelo tenha esta limitação pode contudo ser utilizado com sucesso pelas organizações que queiram identificar áreas ou padrões comuns de causas de *stress* que possam afectar a maioria dos trabalhadores; contudo, a intervenção decorrente do conhecimento destas áreas ou destes padrões exige depois uma consulta exaustiva aos trabalhadores em questão⁽¹⁾.

Por outro lado Cooper, aplicando ao mundo de trabalho a perspectiva actual de *stress*, ou seja a de um modelo interactivo, elabora um modelo de *stress* ocupacional, onde evidencia os três grandes aspectos conceptuais do *stress* ocupacional: as causas potenciais de *stress*, os moderadores da resposta de *stress* e as manifestações de *stress*. As causas de *stress*, que existem ou não no ambiente laboral (causas organizacionais) ou na ligação casa/trabalho (causas extra-organizacionais), em conjunto com as características pessoais de cada indivíduo (moderadores da resposta) podem eventualmente conduzir aos sintomas ou às doenças relacionadas com o *stress* (manifestações)⁽¹⁾.

Quando se discute o *stress* temos de reflectir não só nestes três grandes aspectos conceptuais mas também nas intervenções que visam reduzir ou eliminar as suas causas ou ajudar os empregados a lidar o mais adequadamente com as situações de *stress*. A nível da Organização, essas intervenções podem ser direccionadas para a implementação de novos modelos organizativos, para a realização de uma formação e de uma selecção profissionais adequadas e para a melhoria das características físicas do local do trabalho e do próprio trabalho. A nível da Relação Indivíduo-Organização, essas intervenções podem ser direccionadas para as relações no trabalho, para os papéis dos profissionais e para a participação e a autonomia laborais. Finalmente, essas intervenções podem também ocorrer a nível do próprio indivíduo, através de diversas actividades que visam prevenir ou reduzir o *stress*, como por exemplo: a monitorização constante pelo indivíduo da quantidade de *stress* e seus efeitos em si próprio; a abertura à ajuda dos outros, através da participação em grupos de apoio ou de discussão, tanto a nível privado como profissional; a psicoterapia; as técnicas de relaxamento e o apoio médico^(5,6,8,9). Na literatura médica internacional estão já descritas diversas intervenções deste tipo a nível do *stress* dos clínicos^(7,10-2).

CAUSAS DE STRESS OCUPACIONAL

No seu modelo, Cooper evidencia cinco categorias de causas de *stress* ocupacional, quanto à sua natureza: intrínsecas ao trabalho, papel na organização, progressão na carreira, afinidades no trabalho, estrutura e clima organizacional^(1,3).

Na primeira categoria, causas intrínsecas ao trabalho, existem dois grupos de factores: as condições físicas do trabalho e os requisitos das tarefas do trabalho⁽¹⁾.

O primeiro grupo, as condições físicas, refere-se ao barulho, à vibração, às temperaturas extremas (incluindo a humidade e a ventilação inadequadas), à iluminação, aos factores higiénicos e ao clima.

O segundo grupo, os requisitos das tarefas, refere-se ao trabalho por turnos ou ao trabalho nocturno, à sobrecarga de trabalho (incluindo a introdução de nova tecnologia sem reciclagem adequada e o trabalhar horas excessivas), à monotonia no trabalho, à exposição a riscos e a perigos, à responsabilidade por vidas e às viagens. Nas viagens incluímos os percursos de ida e volta do trabalho, o congestionamento do trânsito, as demoras nos transportes públicos, as viagens em más condições atmosféricas como parte integrante da profissão.

A carga de trabalho pode ser de quatro tipos: aumento ou diminuição quantitativa da carga de trabalho quando se dá ao trabalhador muitas ou poucas tarefas para completar num dado período de tempo (sobrecarga ou subcarga quantitativa); aumento ou diminuição qualitativa da carga de trabalho quando o trabalhador não se sente capaz de fazer determinadas tarefas ou essas tarefas não utilizam os seus conhecimentos e/ou capacidades (sobrecarga ou subcarga qualitativa). O impacto da nova tecnologia pode afectar o aumento ou a diminuição quantitativa da carga de trabalho e o aumento da carga de trabalho quantitativa ou qualitativa pode provocar necessidade de trabalhar mais horas. As novas tecnologia e a automatização podem também levar à simpli-

ficação do trabalho tornando-o monótono⁽¹⁾.

Na segunda categoria, papel na organização, quatro grandes causas de *stress* podem ocorrer: conflito de papel, ambiguidade de papel, conflitos de limites e grau de responsabilidade.

O conflito de papel refere-se a solicitações conflituosas de outros membros da organização ou a fazer tarefas que não sentem ser específicas do seu trabalho ou que colidem com as suas crenças ou valores^(1,3).

A ambiguidade de papel refere-se à falta de clareza sobre as tarefas do trabalho^(1,3). Beehr e colaboradores⁽²⁾ examinaram a possibilidade do apoio dos supervisores, da autonomia e da coesão de grupo poderem actuar como moderadores da resposta da ambiguidade de papel. Segundo estes autores a autonomia pode aliviar o *stress* potencialmente causado pela ambiguidade de papel. Relativamente à coesão de grupo, nos grupos pouco coesos a relação entre a ambiguidade de papel e a baixa auto-estima é maior do que nos grupos muito coesos, enquanto que nestes é maior a relação entre a ambiguidade de papel e a insatisfação profissional⁽²⁾.

O grau de responsabilidade refere-se à liberdade de acção e à autonomia dos empregados nas suas tomadas de decisão, os quais podem ser responsáveis por instalações, equipamentos ou pessoas. Karasek^(1,7) elaborou um modelo de trabalho com duas dimensões, solicitações e latitude de tomada de decisões, com a finalidade de explicar o risco aumentado de doença cardíaca em termos de *stress* ocupacional – estimulação inadequada e baixa margem de tomada de decisões. Cada uma dessas duas dimensões apresenta duas categorias: so-

licitações (poucas solicitações; muitas solicitações), latitude de tomada de decisões (grande latitude; pequena latitude). Conforme o modo como se combinam as categorias de cada uma das dimensões, assim se definem nesse estudo quatro grandes grupos ocupacionais:

- (i) a profissão calma, caracterizada por ter poucas solicitações mas grande latitude de tomada de decisões, como por exemplo professores universitários, ministros, contabilistas bancários, operários que fazem instrumentos de precisão;
- (ii) a profissão tensa, caracterizada por ter muitas solicitações mas pequena latitude de tomada de decisões, como por exemplo condutores, empregados de mesa, operadores de guindastes;
- (iii) a profissão passiva, caracterizada por ter poucas solicitações e pequena latitude de tomada de decisões, como por exemplo picheleiros, operários de betão, mecânicos de oficina, guarda-nocturnos, militares;
- (iv) a profissão activa, caracterizada por ter muitas solicitações e grande latitude de tomada de decisões, como por exemplo jornalistas, administradores comerciais, alfaiates.

De acordo com o modelo de trabalho bi-dimensional de Karasek a prática da medicina é classificada como uma profissão activa, dado tratar-se de uma ocupação com muitas solicitações e com uma grande latitude de tomada de decisões^(1,7).

A este propósito e na opinião de Sutherland e Cooper⁽¹³⁾, isto significa que

as muitas solicitações de trabalho a que os clínicos estão sujeitos não lhes provocam muito *stress* enquanto tiverem liberdade de acção e autonomia nas suas tomadas de decisão. Contudo, se não existir autonomia técnico-profissional as muitas solicitações do tempo dos médicos, a pesada carga de trabalho clínico e a responsabilidade por vidas humanas podem tornar-se num fardo demasiadamente pesado de suportar^(1,3).

Na terceira categoria, progressão nas diferentes fases da carreira (início, progressão e manutenção), podem-se referir três grandes causas de *stress*: promoção excessiva ou insuficiente, falta de segurança no lugar de trabalho ou medo de perder o lugar de trabalho e estatuto na carreira profissional (frustração das aspirações individuais na carreira profissional)^(1,3).

Na quarta categoria, afinidades no trabalho, toma-se em linha de consideração os relacionamentos inadequados entre superiores e subordinados e entre colegas, assim como a dificuldade em delegar responsabilidades^(1,3).

Na quinta categoria, *estrutura e clima organizacional*, as causas de *stress* identificadas são falta de participação no processo de tomada de decisões, falta de consulta e comunicação efectivas, restrições injustificadas de comportamento, políticas da organização, ausência de sentimentos de integração na organização e estilos de liderança^(1,3,14).

Existem várias abordagens para lidar com o *stress* associado à rigidez estrutural, falta de autonomia e de consideração e de

inadequação do sistema de remuneração nas organizações. A introdução de grupos de trabalho autónomos, círculos de qualidade, representações nos conselhos de gerência, esquemas de divisão de lucros e de divisão da propriedade têm como objectivo melhorar a estrutura e o clima organizacionais e a qualidade da vida profissional⁽¹⁾.

Estes aspectos do ambiente de trabalho potencialmente geradores de *stress* agrupados em cinco categorias, podem existir em menor ou maior grau em cada uma das profissões, ou seja cada profissão tem as suas próprias causas potenciais de *stress*. Contudo, para melhor compreender o *stress* ocupacional é necessário adoptar uma perspectiva holística, considerando também a existência de um conjunto de outras causas de *stress* incluídas na categoria designada "ligação casa-trabalho", onde se encontram outras causas extra-organizacionais de *stress*; ou seja, por outras palavras, o *stress* ocupacional não deve ser interpretado isoladamente do *stress* de outros aspectos do dia a dia do indivíduo^(1,2).

Nesta categoria estão presentes todos os acontecimentos vitais que podem afectar o desempenho, eficiência e adaptação individuais ao trabalho: aspectos respeitantes à família, crises familiares, crises existenciais, conflitos sociais, dificuldades financeiras, conflitos entre as solicitações da família e as da organização, rede de suporte social e contexto social, como por exemplo o *habitat* urbano ou rural ou o tipo de comunidade. O *stress* no trabalho pode transbordar para a vida familiar e os acontecimentos vitais do indivíduo ou as mudanças de vida do indivíduo podem transpôr-se para o ambiente de trabalho.

Diversos problemas familiares podem afectar a vida profissional como por exemplo o divórcio, a morte do cônjuge, a existência de uma família monoparental e os conflitos de papéis, conjugais ou parentais ou de ambos, num casamento com duas carreiras profissionais^(1,2).

A investigação acerca das perdas na família, ou seja sobre os acontecimentos vitais que provocam mais *stress* familiar, tem evidenciado uma relação bastante forte e altamente consistente entre o *stress* familiar e a saúde. A readaptação social envolvida nas várias unidades de crise ou de mudança da vida foram estudados por Holmes e Rahe. O impacto na saúde de certos acontecimentos vitais, muitos deles consistindo em perdas na família, levou os autores a construir uma escala de categorias, onde é atribuído a cada acontecimento vital um valor e uma posição. As perdas no seio familiar encontram-se num lugar bem alto dessa escala, como por exemplo a perda de um esposo, por morte, divórcio ou separação e a morte dum membro próximo da família^(5,15).

Diversos estudos sugerem que a morte do cônjuge e o divórcio, duas fases de transição do círculo de vida familiar, estão associadas a um nível elevado de *stress* e a uma deficiente saúde física. No ciclo de vida familiar de Duvall, a transição entre duas fases constitui uma altura potencial para problemas e propiciadora de ansiedade, tanto para o indivíduo como para toda a família, a qual quase sempre exige adaptação de um ou de vários membros da família. A família tem que lidar não só com as fases naturais da vida, como por exemplo a adolescência, mas também com as acidentais, como por exemplo as perdas inesperadas. Estas podem separar

mais a família e originar dificuldades a alguns dos seus membros, mas nem sempre são prejudiciais. Se essa perda inesperada ocorrer em simultâneo com uma transição crítica do ciclo vital, maior é a probabilidade de que a família, no seu todo, evidencie perturbações⁽¹⁵⁾.

As situações que existem no ambiente não são intrinsecamente causadoras de *stress*, mas potencialmente geradoras de *stress*, dado que existem numerosos factores pessoais que tornam um indivíduo mais ou menos vulnerável ao *stress*. Estes factores, designados moderadores da resposta de *stress*, podem ser: aspectos psicológicos (traços de personalidade e características de comportamento) como por exemplo, extroversão ou introversão, estabilidade emocional ou neuroticismo, comportamento tipo A; aspectos físicos como por exemplo, bem-estar físico ou saúde, dieta e hábitos alimentares, exercício físico, trabalho, sono e padrões de relaxamento; aspectos das diferentes fases da vida na perspectiva do indivíduo, da família e da profissão; aspectos demográficos e profissionais como por exemplo idade, educação, sexo, raça, estatuto sócio-económico, ocupações e vocações^(1,5,6,7).

Assim, a resposta individual ao *stress* depende de uma rede complexa de aspectos: personalidade, história pessoal, necessidades e estratégias para lidar com o *stress*⁽¹⁾.

EFEITOS DO STRESS OCUPACIONAL E O BURNOUT

As consequências potencialmente negativas que podem advir de lidar inadequadamente com o *stress* podem-se repercutir

a um nível físico, psicológico ou comportamental⁽¹⁾. A um nível físico é possível a ocorrência de uma grande variedade de sinais ou sintomas de *stress*, como por exemplo, dores de cabeça, ranger de dentes e dores nos maxilares, dores nos ombros, pescoço e dorso, ganho ou perda de peso, indigestão, náuseas, úlcera péptica, impotência, diarreia ou obstipação, falta de ar, palpitações cardíacas e aumento da tensão arterial. A um nível psicológico pode ocorrer ansiedade, depressão e insônia. O *stress* pode também afectar o comportamento dos indivíduos originando uma outra variedade de sinais ou sintomas, como por exemplo tiques nervosos, falar rapidamente e ir apressado para todo o lado, incapacidade de relaxar, chorar, fadiga crónica, indecisão, perda de eficiência no trabalho, negligência, gastar em demasia, fumar e beber em excesso^(5,6).

Mas as consequências potencialmente negativas que podem advir de lidar inadequadamente com o *stress* podem também causar custos tanto ao indivíduo, como às organizações e sociedade em geral⁽¹⁾. No seu modelo, Cooper, evidencia duas grandes categorias de sintomas de doença em Saúde Ocupacional, que podem conduzir a diversas doenças:

- (i) os sintomas individuais, como por exemplo o aumento da pressão arterial, a elevação do nível de colesterol, as arritmias cardíacas, o tabagismo, o humor depressivo, o refúgio na ingestão alcoólica, a insatisfação profissional e as aspirações reduzidas, que podem provocar doença coronária ou doenças mentais;
- (ii) os sintomas organizacionais, como por exemplo o grande absentismo,

a grande rotação laboral, as relações industriais difíceis e o controlo da qualidade deficitário, que podem provocar doenças na organização, como é o caso de greves prolongadas, acidentes frequentes e graves ou desempenho fraco crónico⁽¹⁾.

Na literatura médica internacional, os efeitos do *stress* não se fazem sentir só no casamento, na família ou no desempenho profissional do médico, também se fazem sentir a nível do próprio médico, sob a forma de sintomas ou de doenças. Diversos trabalhos de investigação e estatísticas de morbilidade e de mortalidade têm demonstrado que os clínicos têm um risco considerável de contrair doenças ou outras manifestações relacionadas com o *stress*: doenças psiquiátricas^(8,12,16-8), taxas de suicídios elevadas^(1,8,19), alcoolismo e outras toxicodependências^(8,20), insatisfação profissional^(1,2) e *burnout*^(8,9,21,22).

O termo *burnout* foi a primeira vez utilizado por Freudenberg em 1970 a fim de designar uma síndrome de exaustão e de desilusão em trabalhadores voluntários da Saúde Mental, devido à desadequação nas recompensas esperadas^(8,22). No mesmo ano, a terminologia e o conceito deste construto multidimensional foram reforçados por Maslach e colaboradores, tendo vindo a expandir-se a diversas áreas através da utilização de um questionário da sua autoria, aplicado por entrevista^(8,22), designado por *Maslach Burnout Inventory* ou pelas suas iniciais (MBI), em diversos trabalhos de investigação realizados tanto a nível nacional^(23,24) como internacional^(21,22).

O *stress* ocupacional em extremo pode

provocar o *burnout*, o qual é conceptualizado por Maslach como uma síndrome caracterizada por três diferentes componentes – exaustão emocional, despersonalização dos outros e ausência de realização pessoal – que afecta sobretudo indivíduos que trabalham com pessoas, ou seja serviços onde os empregados desenvolvem durante um tempo considerável uma interacção com os utentes, como sejam os serviços de saúde, sociais, da justiça e da educação⁽²⁵⁻⁸⁾.

A *exaustão emocional* revela-se quando o trabalhador se sente emocional e fisicamente sobrecarregado, com sensação de que lhe resta pouco para dar, evidenciando alguns destes sentimentos ou sintomas:

- (i) irritabilidade, impaciência, frustração, mau humor, aumento de conflitos, reacção de uma forma violenta.
- (ii) fadiga constante, falta de energia, problemas de sono, tremores, dores, tensão muscular, suores frios, palpitações e aumento da susceptibilidade às doenças físicas^(8,9, 24-27).

A despersonalização revela-se quando o trabalhador se sente alienado para com os outros, mostrando indiferença em relação aos superiores, colegas e utentes, enquanto que a ausência de realização pessoal revela-se quando o trabalhador se sente ineficaz, com perda de confiança em si mesmo e de confiança por parte dos que o rodeiam^(8,9,24-27).

Para Veninga e Spradley o *stress* ocupacional permanente não aliviado provoca o *burnout*, o qual por sua vez conduz à insatisfação e ineficácia profissionais assim como ao absentismo. O *burnout* é pois o efeito incapacitante de uma exposição

prolongada a condições de *stress* no trabalho^(2,3,14,29). Assim, as causas de *stress* ocupacional já atrás referidas no Modelo de Cooper⁽¹⁾ são também as causas de *burnout*, as quais poderão ser sistematizadas em três grandes categorias: organizacionais, extra-organizacionais e características pessoais^(1,8). Do mesmo modo, as intervenções perante o *stress* ocupacional já anteriormente enunciadas são também as intervenções perante o *burnout*.

Abstract

Although the word stress usually has negative connotations, Selye emphasizes that stress reaction is not automatically bad, neither can it be avoided, because being alive is synonymous with responding to stress.

The contemporary approach to understand stress embraces an interactive viewpoint. Within the interactive model of stress, it is necessary to consider all the three major conceptual domains of the stress process: the potential sources of stress, the mediators of the stress response and the manifestations of stress. The potential sources of stress, which may exist in the work environment or in relationship to the work and home interface, together with the individual's personal characteristics, can lead to stress symptoms or stress-related diseases, which can be prevented or reduced.

The potential negative consequences of mismanaged stress are considered in terms of physical, psychological and behavioral outcomes, and cause costs to the individual, organizations and so-

ciety. The extremely work stress can provoke burnout, a syndrome consisting of three components, namely emotional exhaustion, depersonalization of others, and lack of personal accomplishment.

Key-words: Burnout; Stress; Work stress; Job stress; Occupational stress; Sources; Personal characteristics; Coping.

BIBLIOGRAFIA

1. Sutherland VJ, Cooper CL. *Understanding stress – a psychological perspective for health professionals*. Psychology and health series 5. 3ª ed. London: Chapman e Hall, 1993.
2. Fraser TM. *Human stress, work and job satisfaction – a critical approach*. Occupational safety and health series 50. 2ª ed. Geneva: International labour office, 1984.
3. Pires B, Cerdeira F. Satisfação profissional de clínicos gerais num centro de saúde. *Rev Port Clin Geral* 1989; 6(1): 6-13.
4. Lopes C, Carvalho CT, Rodrigues R, Trindade T. Saber lidar com o stress. *Rev Port Clin Geral* 1992; 9(4):125-6.
5. Guardado C. Stress-Factor de Risco Cardiovascular. *Cardiologia Actual* 2000; 9(89): 2822-38.
6. American Academy of Family Physicians. Stress: Helping your family cope with life's challenges. *American Family Physician* 2000; 62(10): 2353-4.
7. Firth-Cozens J. Stress in doctors: not so simple solutions. *Br J Hospital Medicine* 1994; 52 (9): 435-6.
8. Schwab JJ. How to avoid burnout in medical practice. *KMA Journal* 1995; 93: 23-7.
9. Thornett A. Stress e esgotamento médico. *UPDate*. Edição Portuguesa Março 2000; 130: 50-4.
10. Higgs R. Doctors in crisis: creating a strategy for mental health in health care work. *Journal of the Royal College of Physicians of London* 1994; 28(6): 538-40.
11. Miller ES. Treating mental health problems of health care workers. *BMJ* 1995; 310: 742.
12. Fish JS, Steinert Y. Helping physicians in distress – developing a physician assessment and referral service. *Can Fam Physician* 1995; 41: 249-55.
13. Sutherland VJ, Cooper CL. Job stress, satisfaction and mental health among general practitioners before and after introduction of new contract. *BMJ* 1992; 304: 1545-8.
14. Hersey P, Blanchard K H. *Management of organizational behavior - utilizing human resources*, 6ª ed. New Jersey: Prentice – Hall Internacional, Inc., 1993.
15. Peter R. Williams. *Problemas de Família*. Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto, 1994.
16. Cooper CL, Rout U, Faragher B. Mental health, job satisfaction and job stress among general practitioners. *BMJ* 1989; 298: 366-70.
17. Brook M. Psychosis and depression. *The practitioner* 1990; 234: 992-3.
18. Chambers R. O stress impõe os seus custos aos médicos de clínica geral. *UPDate*. Edição Portuguesa Março 1998; 108: 6.
19. Bauman KA. Physician suicide. *Arch Fam Med* 1995; 4: 672-3.
20. Lloyd G. Alcoholic doctors can recover. *BMJ* 1990; 300: 728-30.
21. Lemkau J, Rafferty J, Gordon R. Burnout and career-choice regret among family practice physicians in early practice. *Fam Pract Res J* 1994; 14(3): 213-22.
22. Kirwan M, Armstrong D. Investigation of burnout in a sample of British general practitioners. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 259-60.
23. Coelho JCQ. *Síndrome de Burnout nos Enfermeiros Docentes*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina de Coimbra. Coimbra: Coelho JCQ, 1999.
24. Robalo JANM. *Síndrome de Burnout nos Centros de Saúde da Sub-Região de Évora*. Dissertação de Mestrado em Sociologia – Recursos humanos e desenvolvimento sustentável pelo Departamento de Sociologia da Universidade de Évora. Évora: Robalo JANM, 2003.
25. Whewell P. Psychological stresses of being a doctor. *Update* 1992 Junho; 1003-4.
26. Kelly D. Esgotamento profissional. *Update* (edição portuguesa) 1992 Dezembro; 4(47): 34-9.
27. Addison RB, Khan NB. Studying burnout. *Fam Pract Res J* 1994; 14(3): 207-10.
28. Mota Cardoso et al. *O Stress nos Professores Portugueses – Estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora; 2002.
29. Nogueira JM. Stress e exaustão na actividade profissional do clínico geral. *Rev Port Clin Geral* 1989; 6(5):141-7.