



Rita Carraca Rodrigues

O Impacto do *Burnout* na vida dos/as Diretores/as  
Técnicos/as das Unidades de Cuidados Continuados em  
Portugal (Continental)

Dissertação de Mestrado em Direção e Gestão De Organizações de  
Intervenção Social, apresentada na Escola Superior de Educação e Ciências  
Sociais do Instituto Politécnico de Leiria, sob a orientação do Professor  
Doutor José Duque Vicente,

Leiria, 11 de agosto de 2025



Rita Carraca Rodrigues

O Impacto do *Burnout* na vida dos/as Diretores/as  
Técnicos/as das Unidades de Cuidados Continuados em  
Portugal (Continental)

Dissertação de Mestrado em Direção e Gestão De Organizações de  
Intervenção Social, apresentada na Escola Superior de Educação e Ciências  
Sociais do Instituto Politécnico de Leiria, sob a orientação do Professor  
Doutor José Duque Vicente.

Leiria, 11 de agosto de 2025

# **Dedicatória**

Aos meus avós paternos.

## **Agradecimentos**

Há professores/as que ao longo do nosso percurso académico deixam uma marca extremamente positiva no que concerne à transmissão de conhecimentos. Por isso é mais que justo começar por agradecer ao meu Orientador da dissertação, o Professor Doutor José António Duque Vicente, que sempre foi disponível, atencioso e diligente ao longo deste percurso, que nem sempre foi fácil. Grata por todo o apoio.

Deixo especial agradecimento aos meus companheiros de mestrado, Fábio, Catarina e Helena. Grande trabalho de equipa, sem vocês teria sido impossível alcançar este objetivo.

Em continuidade deixo o meu apresso à Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria e a todos os professores que a integram. Surprenderam-me pela positiva, pois o seu foco é direcionado não só para a parte teórica, como também para a parte prática do mercado de trabalho, o que permite preparar os alunos para um futuro nas organizações da contemporaneidade.

Por fim, e não menos importante, tenho de agradecer a duas pessoas que sempre fizeram tudo por mim e que me deram conforto, apoio e aconchego nos piores e melhores momentos da vida, os meus Avós paternos. Grandes apoiantes da realização deste mestrado, devo-lhes tudo a eles.

## Resumo

A presente investigação teve como objetivo compreender se os sintomas da síndrome de *burnout* estão presentes nos Diretores/as Técnicos/as das Unidades de Cuidados Continuados de Portugal (Continental). O estudo foi conduzido com base em objetivos gerais e específicos, que procuraram entender melhor a dinâmica associada ao quotidiano destes profissionais, que desempenham papéis de liderança na área da saúde e do bem-estar de pessoas em situação de fragilidade física, cognitiva e social.

Para a realização desta investigação optou-se pela metodologia qualitativa de natureza exploratória. Utilizou-se um questionário aplicado a todos/as Diretores/as Técnicos/as das Unidades de Cuidados Continuados Integrados em Portugal (Continental), resultando em trinta e cinco respostas. O questionário foi desenvolvido no *Google Forms* e incluiu questões abertas, fechadas e de escolha múltipla, sendo posteriormente submetido a uma análise de conteúdo. Pelos dados obtidos, compreendeu-se que a maioria dos Diretores/as Técnicos/as sabe em que consiste o *burnout* e, inclusivamente, sofre diariamente com os sintomas associados. Apesar disso, grande parte destes sujeitos nunca procurou ajuda profissional. Muitos destacaram sentir-se vulneráveis, julgados e invisíveis, e frequentemente desmotivados para assegurar a direção técnica das Unidades de Cuidados Continuados onde desenvolvem as suas práticas profissionais. A principal motivação destes profissionais está no sentimento de realização que resulta do impacto positivo que têm na qualidade de vida de colaboradores, utentes e familiares. Com a aplicação dos questionários, foi ainda possível identificar os principais fatores que dificultam o dia a dia de quem lidera e tem a seu cargo a gestão dos recursos humanos nas Unidades de Cuidados Continuados. Nesse sentido, e de acordo com os dados recolhidos, os inquiridos apontaram como principais fatores causadores de *burnout* e de dificuldades nas relações interpessoais: a ausência de mão de obra qualificada, a gestão de conflitos, o *turnover*, a falta de estratégias de motivação e o excesso de trabalho.

Para além disso, foi possível perceber que a pandemia da Covid-19 exigiu mudanças nos procedimentos habituais e provocou um agravamento da síndrome/sintomatologia de *burnout*. Para ultrapassar e prevenir esta patologia, algumas das Unidades de Cuidados Continuados desenvolveram e aplicaram estratégias, mais especificamente, ações de formação e de sensibilização sobre a temática como forma de garantir a sanidade mental dos seus funcionários.

Palavras-chave: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Diretores/as Técnicos/as, Liderança, *Burnout*, Saúde Mental.

## Abstract

This research aimed to understand whether symptoms of burnout syndrome are present in Technical Directors of Continuing Care Units in mainland Portugal. The study was conducted based on general and specific objectives, which sought to better understand the dynamics associated with the daily lives of these professionals, who play leadership roles in the health and well-being of people experiencing physical, cognitive, and social fragility. This research used a qualitative, exploratory methodology. A questionnaire administered to all Technical Directors of Integrated Continuing Care Units in mainland Portugal was used, resulting in thirty-five responses. The questionnaire was developed in Google Forms and included open-ended, closed-ended, and multiple-choice questions, and was subsequently subjected to content analysis. The data obtained revealed that most Technical Directors are aware of what burnout is and even suffer from its associated symptoms daily. Despite this, many of these individuals have never sought professional help. Many reported feeling vulnerable, judged, and invisible, and often unmotivated to provide technical direction to the Continuing Care Units where they practice. These professionals' main motivation lies in the sense of fulfillment that comes from the positive impact they have on the quality of life of employees, patients, and families. The questionnaires also identified the main factors that hinder the daily lives of those who lead and manage human resources in Continuing Care Units. According to the data collected, respondents identified the following as the main factors causing burnout and difficulties in interpersonal relationships: a lack of qualified workforce, conflict management, turnover, a lack of motivational strategies, and overwork. Furthermore, it was clear that the COVID-19 pandemic required changes to standard procedures and worsened burnout syndrome/symptoms. To overcome and prevent this condition, some Continuing Care Units developed and implemented strategies, specifically training and awareness-raising initiatives on the topic, to ensure the mental health of their employees.

Keywords: National Network of Integrated Continuing Care, Technical Directors, Leadership, Burnout, Mental Health.

# Índice

<i>Agradecimentos</i> .....	iv
<i>Resumo</i> .....	v
<i>Abstract</i> .....	vi
<i>Índice</i> .....	vii
<i>Índice de Figuras</i> .....	viii
<i>Índice de Tabelas</i> .....	viii
<i>SIGLAS</i> .....	viii
<i>Introdução</i> .....	1
<i>Capítulo I- Revisão da Literatura</i> .....	3
1. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	3
2. Liderança: O papel preponderante do/a Diretor/a Técnico/a numa Unidade .....	9
3. Principais Desafios do/a Diretor/a Técnico/a numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI).....	13
4. Motivação e <i>Engagement</i> Organizacional.....	17
5. Saúde Mental .....	20
6. A Síndrome de <i>Burnout</i> .....	21
7. Causas /Fatores do <i>Burnout</i> : a pandemia COVID-19 como fator de importante impacto .....	23
8. Depressão, Ansiedade, Stress e Sintomas de <i>Burnout</i> .....	26
<i>Capítulo II - Metodologia de Investigação</i> .....	30
1. Pergunta de Partida e Objetivos de investigação.....	30
2. Objetivos Gerais e Específicos .....	31
3. Abordagem Metodológica da Investigação .....	32
4. Caracterização dos Sujeitos Da Investigação .....	33
5. Instrumento de Recolha de Dados .....	34
6. Técnica de Análise de Dados.....	35
<i>Capítulo III- Apresentação e Análise de Resultados</i> .....	37
a) Elementos de Caracterização dos Profissionais: .....	37
b) A perceção dos Diretores/as Técnicos/as sobre o <i>Burnout</i> .....	38
c) Síndrome de <i>Burnout</i> : sintomatologia e diagnóstico.....	39
d) Dificuldades no exercício do papel de liderança: Motivação e <i>Engagement</i> dos Diretores Técnicos das Unidades de Cuidados Continuados em Portugal.....	44

e) A pandemia COVID-19 e o seu impacto nos Diretores/as Técnicos/as das Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Portugal (Continental) .....	48
f) Estratégias utilizadas pelos Diretores/as Técnicos/as para ultrapassar a sintomatologia/patologia de <i>Burnout</i> .....	49
<i>Conclusões e Recomendações</i> .....	54
<i>Referências Bibliográficas</i> .....	56

## Índice de Figuras

Figura 1- Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental para adultos.....	6
Figura 2- Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental para Infância e Juventude .....	6
Figura 3- Cuidados Continuados Integrados Pediátricos .....	7

## Índice de Tabelas

Tabela 1- Sintomatologia De <i>Burnout</i> .....	28
Tabela 2- Codificação.....	36
Tabela 3- Sintomas Afetivos .....	39
Tabela 4- Sintomas Cognitivos.....	39
Tabela 5- Sintomas Físicos.....	40
Tabela 6- Sintomas Comportamentais.....	40
Tabela 7- Sintomas Motivacionais .....	41

## SIGLAS

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

## Introdução

A presente dissertação insere-se no âmbito do Mestrado em Direção e Gestão de Organizações de Intervenção Social da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria, e debruça-se sobre os desafios psicossociais vivenciados pelos/as Diretores/as Técnicos/as nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), com especial enfoque na Síndrome de *Burnout*.

A crescente complexidade do mercado de trabalho, impulsionada pela globalização, pelo progresso tecnológico e pela pressão constante por resultados, tem vindo a gerar exigências acrescidas sobre os profissionais, particularmente nas áreas da saúde e da intervenção social. Estas condições contribuem para o aumento do desgaste físico e emocional, levando à manifestação de quadros clínicos como o *stress* crónico e o *burnout*, uma síndrome ocupacional caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal (Maslach & Leiter, 2016; World Health Organization [WHO], 2019).

O *burnout* tem sido amplamente estudado em profissionais de saúde, sendo identificado como uma das principais consequências do excesso de carga laboral, da falta de reconhecimento e da escassez de recursos organizacionais (Schaufeli et al., 2009). Entre as suas repercussões encontram-se o absentismo, o declínio no desempenho profissional, o aumento do consumo de substâncias, e o impacto negativo nas relações familiares e sociais (Lopes, 2022).

No contexto das Unidade de Cuidados Continuados Integrados, os/as Diretores/as Técnicos/as assumem um papel central na coordenação de equipas multidisciplinares, sendo simultaneamente responsáveis pela gestão estratégica, pela supervisão técnica e pela garantia da qualidade dos cuidados prestados. Estas funções, muitas vezes invisibilizadas socialmente, implicam longas jornadas de trabalho, elevados níveis de responsabilidade e um acentuado desequilíbrio entre vida pessoal e profissional, o que potencia o risco de *burnout* (Silva et al., 2021).

É, por isso, urgente repensar os modelos de gestão e de valorização destes profissionais, promovendo sistemas de recompensas mais ajustados às suas necessidades e expectativas, e fomentando estratégias organizacionais que incentivem o *engagement*, a motivação e a saúde mental (Bakker & Demerouti, 2007). Reconhecer o impacto do *burnout* na liderança técnica é essencial para garantir a sustentabilidade da Rede

Nacional de Cuidados Continuados Integrados e a qualidade dos cuidados biopsicossociais oferecidos à população.

A investigação apresentada estrutura-se em cinco capítulos. O primeiro corresponde à revisão da literatura, abordando a génese e funcionamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, o papel de liderança do/a Diretor/a Técnico/a nas Unidades de Cuidados Continuados, a motivação e o *engagement* organizacional, a saúde mental e a Síndrome de *Burnout*, incluindo as suas causas e o impacto da pandemia da COVID-19. O segundo capítulo descreve o estudo empírico, desenvolvido a partir da questão de investigação: “De que forma os/as Diretores/as Técnicos/as das Unidades de Cuidados Continuados de Portugal (continental) experienciam e reconhecem sintomas da Síndrome de *Burnout* no exercício quotidiano das suas funções?”. Para tal, foi adotada uma metodologia qualitativa, com recurso a um questionário aplicado via *Google Forms*, contendo questões abertas, fechadas e de escolha múltipla, posteriormente sujeito a análise de conteúdo. O terceiro capítulo apresenta e analisa os resultados obtidos, e o quarto capítulo contempla a conclusão e reflexões finais.

A prevenção e mitigação do *burnout* devem ser encaradas como uma responsabilidade partilhada entre os profissionais e as entidades empregadoras, numa lógica de corresponsabilidade que valorize não apenas os direitos, mas também os deveres de cada uma das partes envolvidas.

## Capítulo I- Revisão da Literatura

### 1. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

No decorrer do século XXI, fruto da melhoria das condições de vida, do êxito das políticas sociais e de saúde, bem como da redistribuição dos rendimentos provenientes do trabalho, registou-se um aumento significativo da esperança média de vida (Capucha, 2005).

A par desta evolução, a diminuição simultânea das taxas de mortalidade e de natalidade contribuiu para o aumento da população idosa, originando novos desafios sociais e provocando alterações substanciais no perfil demográfico da população portuguesa, marcado por um processo de envelhecimento progressivo (Guadalupe, Daniel, Macedo & Almeida, 2022; Carvalho, 2012).

Ao abordar o conceito de envelhecimento, torna-se essencial destacar a noção de dependência, uma vez que esta se relaciona diretamente com o surgimento e a prevalência de patologias crónicas, sejam elas incapacitantes ou não, na população idosa (Caldas, 2003; Macedo & Guadalupe, 2020). O aumento das doenças crónicas e das condições incapacitantes entre pessoas idosas, com diferentes níveis de dependência, provocou uma procura acrescida de cuidados, tanto no setor da saúde como no domínio social. Esta realidade colocou pressões adicionais sobre os sistemas de saúde e proteção social, tornando evidente a necessidade de reestruturar e expandir as políticas públicas existentes. Nesse sentido, tornou-se imperativo articular as respostas entre os setores público, privado e solidário (Macedo & Guadalupe, 2020).

Dessa articulação resultou a expansão do sistema de cuidados, passando de dois para quatro níveis principais:

- Cuidados de Saúde primários;
- Cuidados Hospitalares;
- Cuidados Continuados Integrados;
- Cuidados Paliativos (Guadalupe et al., 2022).

Até à década de 1990, os cuidados pós-internamento hospitalar eram praticamente inexistentes, facto que contribuiu para a reincidência de hospitalizações, sobretudo numa população envelhecida e com maior propensão para intercorrências clínicas, gerando uma sobrecarga significativa sobre o sistema nacional de saúde. Perante esse cenário, emergiu a necessidade de desenvolver uma resposta estruturada e eficaz, capaz de assegurar:

- Prestação de cuidados especializados e que demonstrassem qualidade;
- Evitamento da sobrecarga nos hospitais para situações de doença aguda;
- Amenização da sobrecarga familiar;
- Garantir apoio psicossocial ao utente e à sua família (Guadalupe et al., 2022).

Neste contexto, surge em 1994 o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), considerado um dos precursores dos cuidados continuados em Portugal. Este programa tinha como propósito não apenas melhorar a qualidade dos cuidados já existentes, mas também desenvolver novas respostas adequadas às necessidades da população idosa. Os seus objetivos principais incluíam:

- Manter a autonomia do idoso;
- Promover a mobilidade e o acesso a diversificados serviços;
- Prevenir o isolamento, a exclusão e a dependência;
- Promover a solidariedade entre as diferentes gerações (Carvalho, 2012).

Em 1998, deu-se um passo significativo com a formalização da articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Solidariedade e Segurança Social (Despacho Conjunto n.º 407/1998), permitindo a integração dos cuidados continuados com o apoio social dirigido a indivíduos em situação de dependência (Guadalupe et al., 2022).

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) ocorreu num momento de profunda transformação social e política, refletindo a necessidade urgente de respostas integradas que envolvessem simultaneamente os setores da saúde e do apoio social. A sua regulamentação e implementação ficaram a cargo do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.

Inicialmente, a RNCCI foi estruturada com dois serviços essenciais: os Apoios Domiciliários Integrados, orientados para cuidados no domicílio, e as Unidades de Apoio Integrado, com um regime de internamento de nível hospitalar (Carvalho, 2012).

A publicação do Decreto-Lei n.º 281/2003 veio estabelecer que a RNCCI deveria integrar todas as entidades públicas, privadas e sociais habilitadas à prestação de cuidados de saúde, tendo como finalidade o bem-estar dos utentes (Carvalho, 2012).

Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 101/2006, ainda em vigor, veio organizar e definir os princípios orientadores da Rede, bem como os tipos de cuidados prestados, consolidando a articulação entre o sistema de saúde e o sistema de segurança social. Este diploma define os cuidados continuados como «o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e de apoio social, (...) que visa promover a autonomia melhorando

a funcionalidade da pessoa em situações de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social» (Art.º 3, Decreto-Lei n.º 101/2006).

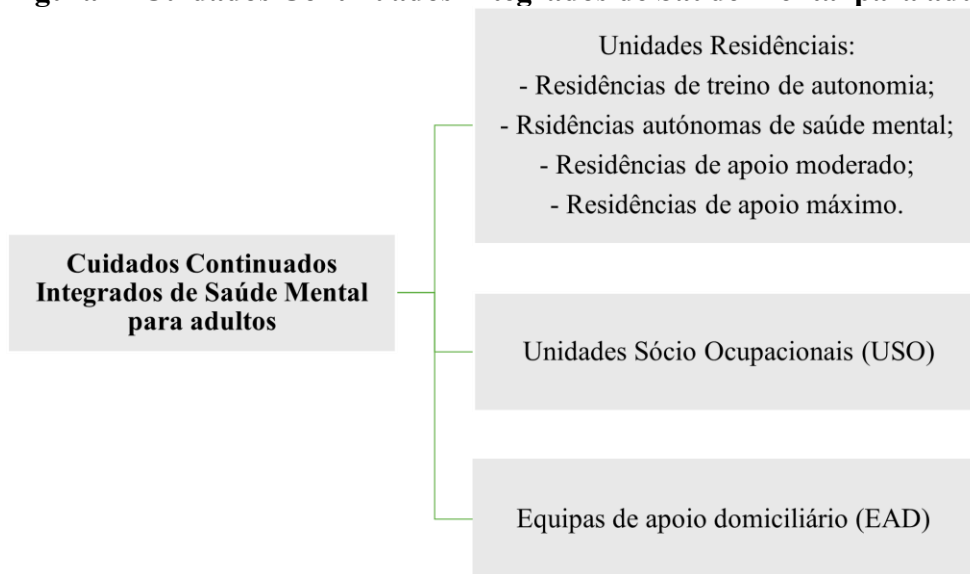
A RNCCI tem como missão assegurar a continuidade dos cuidados de saúde a pessoas em situação de dependência, cuja condição não permite o regresso imediato ao domicílio, tendo como objetivos a sua reabilitação, readaptação e reintegração familiar e social (Guerreiro, 2016). A intervenção no âmbito da Rede deve promover a participação ativa dos familiares ou cuidadores responsáveis, incentivando o seu envolvimento na prestação dos cuidados básicos (Instituto da Segurança Social [ISS], 2022).

No que diz respeito à sua estrutura organizativa, a RNCCI assenta numa coordenação hierárquica. A Comissão Nacional de Coordenação da Rede, composta por representantes do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, constitui o órgão máximo de decisão. Em termos operacionais, a Rede segue um modelo descentralizado, estruturado em dois níveis: Regional e Local. As Equipas de Coordenação Regional (ECR), sediadas nas Administrações Regionais de Saúde (ARS), são compostas por elementos das áreas da saúde e da segurança social. As Equipas de Coordenação Local (ECL), por sua vez, estão integradas nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e nas Unidades Locais de Saúde (ULS) (Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro).

A referenciação de utentes à RNCCI pode ocorrer através da Equipa de Gestão de Altas (EGA) de um hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou de um centro de saúde. Mediante a avaliação clínica e social do utente, estas equipas indicam a valência mais adequada (Unidade de Convalescença, Unidade de Média Duração e Reabilitação ou Unidade de Longa Duração e Manutenção). Após validação da ECL, a Segurança Social elabora o processo de admissão, procedendo à recolha da assinatura do Termo de Aceitação e Consentimento Informado pelo utente ou seu representante legal. Apenas após o cumprimento destes trâmites é possível a admissão formal do utente numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI).

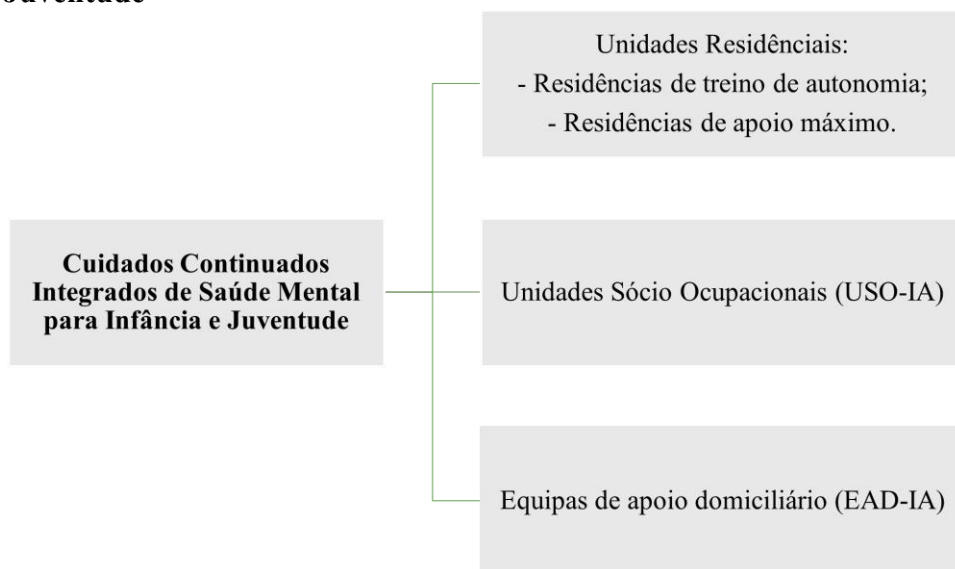
Na contemporaneidade, a Rede divide-se em 3 grandes áreas de intervenção: Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, Cuidados Continuados Integrados Pediátricos e Rede Geral. A expansão da Rede incluiu, em 2010, a publicação do Decreto-Lei n.º 8/2010, que veio instituir as unidades e equipas especializadas em saúde mental, respondendo às necessidades emergentes da população com perturbações psiquiátricas e problemas de saúde mental.

**Figura 1- Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental para adultos**



Fonte: Elaboração Própria

**Figura 2- Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental para Infância e Juventude**



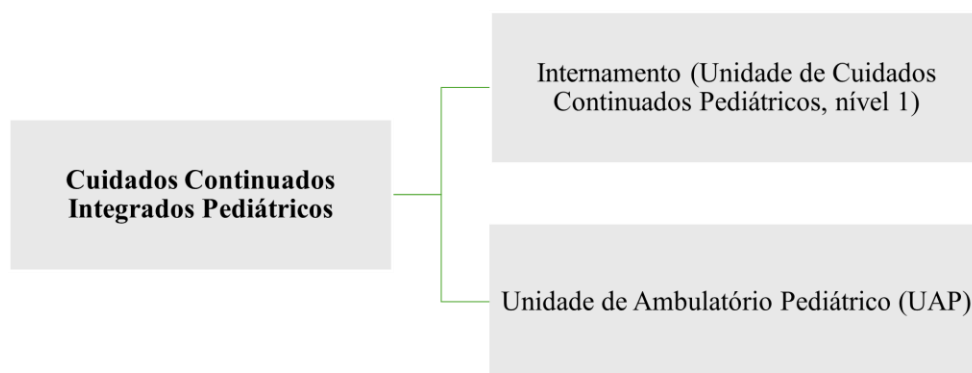
Fonte: Elaboração Própria

Os princípios base dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental da RNCCI prendem-se: no progresso das capacidades pessoais e promoção da vida independente e de um papel ativo na comunidade, tendo em conta as necessidades globais dos utentes que recorrem a este serviço; na promoção de relações interpessoais fundamentais e das redes de suporte social informal; no empenhamento e participação de familiares e de outros cuidadores; na integração das unidades em contextos comunitários inclusivos e não estigmatizantes; na localização preferencial das unidades no âmbito territorial dos

Serviços Locais de Saúde Mental, com o objetivo de simplificar a articulação e a continuidade de cuidados; na equidade ao nível da acessibilidade e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas; e finalmente na eficiência e qualidade na prestação dos cuidados (Guia Prático da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2024).

Em 2012, com o Decreto-Lei nº 136, 2015, foi possível a criação da Rede Nacional de Cuidados paliativos, que passaram a laborar sob a tutela do Ministério da Saúde, autonomizando-se da rede em 2015. Por fim, com a Portaria nº 343, 2015, surgiu os Cuidados Continuados Integrados Pediátricos:

**Figura 3- Cuidados Continuados Integrados Pediátricos**



Fonte: Elaboração Própria

A presente dissertação centra-se nas respostas da rede geral da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), composta por quatro tipologias de intervenção, orientadas para a prestação de cuidados que assegurem o bem-estar biopsicossocial dos indivíduos que delas necessitam:

- **Unidade de Convalescença (CV):** Internamento de 30 dias, é direcionado para utentes que já não têm necessidade de cuidados hospitalares de agudos, mas devido a doença repentina, recorrência ou descompensação, necessitam de cuidados de saúde, que devido à sua complexidade não podem ser prestados no domicílio (Carvalho, 2012).
- **Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR):** Internamento de até 90 dias, com prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial. Destina-se a utentes que tenham sido vítimas de doença aguda,

agudização ou doença crónica, porém que tenham capacidade para recuperar funcionalidade. Um dos critérios para integrar esta valência da RNCCI é que a pessoa cuidada não tenha efetivamente condições clínicas para realizar a sua reabilitação no domicílio (Guia Prático da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2024).

- **Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM):** internamento que oferece uma solução a indivíduos com doenças crónicas e elevado grau de dependência, que não têm condições para manter os cuidados essenciais no contexto domiciliário. Estas unidades prestam cuidados por períodos prolongados, geralmente superiores a três meses, assegurando apoio clínico, social e funcional, com vista à estabilização e prevenção da deterioração do estado de saúde e funcionalidade. Para além da sua função terapêutica de manutenção, as ULDM servem também de apoio a utentes em fase de transição para respostas sociais permanentes, como estruturas residenciais (Ministério da Saúde & Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006).
- **Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI):** Esta prestação de cuidados é por tempo a definir pelas equipas de reabilitação intervenientes. Garante a prestação de cuidados no domicílio, a utentes que se encontrem com grau de dependência funcional transitória ou prolongada, doença em fase terminal, ou em convalescença. Possuem suporte familiar e reúnem condições clínicas para se manterem no domicílio, e por isso não têm necessidade de internamento (Carvalho, 2012).

Atualmente, e conforme exposto no Guia Prático da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2024), os princípios fundamentais que orientam a atuação da rede geral centram-se numa prestação de cuidados orientada para as singularidades de cada indivíduo e na humanização da intervenção em saúde; na articulação e continuidade dos cuidados entre os diversos serviços disponibilizados na comunidade; na promoção da equidade no acesso e na possibilidade de transição entre as diferentes tipologias e equipas da RNCCI; na proximidade da prestação de cuidados, privilegiando, sempre que possível, os recursos existentes na comunidade, em prol do bem-estar dos utentes; na adoção de uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar; na avaliação integrada das necessidades biopsicossociais de utentes em situação de maior dependência; na estimulação, recuperação ou manutenção da funcionalidade e

autonomia; na promoção da participação ativa do utente, bem como dos seus familiares ou representante legal, na definição do plano individual de intervenção; e, por fim, na garantia da eficácia e da qualidade dos serviços prestados.

O acesso à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é assegurado tanto a cidadãos nacionais como a cidadãos estrangeiros, desde que estes se encontrem com a sua situação legalmente regularizada em Portugal. De acordo com o Guia Prático da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2024), o acesso às Unidades e Equipas da rede geral pressupõe o cumprimento de critérios específicos, sendo destinado a indivíduos que se encontrem nas seguintes condições:

- Dependência a nível funcional, devido a um processo de convalescença ou outro associado;
- Dependência funcional que se prolonga no tempo;
- Incapacidade considerada grave e que cause forte impacto a nível biopsicossocial;
- Doença severa, em fase avançada ou em estado terminal;

Tendo em consideração o exposto, cumpre sublinhar que o serviço prestado à comunidade não seria viável sem a existência, nas Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), de equipas multidisciplinares qualificadas, com experiência e vocação para intervir nas especificidades dos indivíduos que a elas recorrem, cujas problemáticas se apresentam cada vez mais complexas. Neste enquadramento, revela-se fundamental reforçar a relevância dos profissionais da área da saúde, com especial destaque para os/as Diretores/as Técnicos/as das Unidades de Cuidados Continuados, os quais se deparam, de forma crescente, com novos desafios e transformações sistémicas neste domínio, nem sempre acompanhados do devido reconhecimento pelo papel essencial que desempenham.

## **2. Liderança: O papel preponderante do/a Diretor/a Técnico/a numa Unidade**

O conceito de liderança tem sido estudado ao longo dos séculos, porém tem sido de difícil definição, tendo sofrido diversas interpretações ao longo dos séculos XX e XXI. Desde as origens da humanidade que se debate a arte que significa liderar:

originalmente a liderança relacionava-se com a condução de exércitos em ações bélicas, estando ligada à ideia de conquista de novos territórios, à luta pela

afirmação de princípios e de crenças, ao surgimento dos grandes heróis, aos colossais generais, aos criadores de impérios, aos precursores das grandes religiões. (Ribeiro et al.,2022, p.50, 51)

Em todas as definições de liderança identificam-se dois elementos que são comuns e inquestionáveis: a existência de grupos humanos de larga dimensão, e a necessidade de alcançar objetivos em comum. A liderança é uma ação que permite orientar o grupo na direção pretendida, e o líder é o indivíduo que a permite materializar, que indica o rumo a seguir, que consolida o espírito do grupo, que garante que todos os membros se mantêm motivados e *engaged* com a missão definida (Ribeiro et al.,2022).

De acordo com Bergamini (1994), a liderança constitui um processo fundamentado em interações e na ocorrência de trocas sociais. Nesse sentido, o papel do líder envolve exercer uma influência positiva, beneficiando tanto o grupo como um todo quanto cada membro de forma individual, agregando valor aos que o acompanham.

O conceito de liderança, embora aparentemente simples, possui uma grande importância no contexto organizacional. Segundo Northouse (2018), liderança pode ser definida como o processo pelo qual um indivíduo influencia um grupo de pessoas para alcançar objetivos comuns, promovendo um ambiente de confiança e motivação que estimula o empenho e a cooperação. Esta capacidade de inspirar e direcionar os esforços coletivos é fundamental para o sucesso das organizações e para a construção de relações de confiança duradouras.

Face ao supracitado, podemos afirmar que a liderança é identificada, quando o líder tem a capacidade de influenciar, motivar e dotar os seus profissionais de capacidades e saberes que lhes permitam atuar de forma bem-sucedida nas organizações onde exercem a sua atividade laboral. Estes e outros autores também defendem que um bom líder é capaz de empoderar os seus seguidores para que se sintam confiantes, dedicados e aptos para realizar as tarefas definidas, partilhando desta forma o seu conhecimento e experiência de maneira que alcancem os objetivos comuns a toda a equipa (Cunha & Rego, 1987; Veríssimo, 2022).

A liderança não se caracteriza por um único modelo fixo, pois a pessoa que assume essa função deve ajustar-se continuamente às mudanças do ambiente em que se insere. Estas condições dinâmicas interagem com as especificidades da organização, pelo que a eficácia do estilo de liderança adotado depende largamente do contexto em que o líder

atua. Assim, o estilo de liderança pode ser compreendido como a forma particular através da qual o líder influencia os membros do seu grupo (Northouse, 2018).

Historicamente, acreditava-se na existência de apenas dois estilos principais de liderança: o autocrático e o democrático. Posteriormente, White e Lippitt identificaram três estilos distintos, nomeadamente o autocrático, o *laissez-faire* (ou liberal) e o democrático, analisando o impacto de cada um sobre o desempenho e a satisfação dos colaboradores. Estes estilos são considerados clássicos, embora tenham sido alvo de evoluções e adaptações ao longo do tempo (Fernandes & Gomes, 2020).

O estilo de liderança autocrático caracteriza-se pela centralização das decisões no líder, que não envolve os membros da equipa nos processos decisórios, esperando deles uma obediência rígida e submissão às suas orientações. Este estilo privilegia o foco exclusivo nas tarefas e nos resultados, restringindo a troca de ideias e iniciativas por parte dos colaboradores. Como consequência, tende a ser uma liderança autoritária e pouco sensível às necessidades, emoções e competências dos trabalhadores, o que pode gerar sentimentos de frustração, resistência, hostilidade e uma diminuição da produtividade (Silva & Machado, 2021).

O líder liberal ou *laissez-faire*, atribui liberdade individual e grupal aos seus subordinados, contribuindo apenas com material destinado ao trabalho a desenvolver, ou com informações quando lhe são solicitadas. Este não realiza avaliações e transmite a sua opinião apenas quando os colaboradores a solicitam. Este tipo de liderança pode ser nocivo quando os sujeitos não se conseguem orientar sozinhos e conseqüentemente pode provocar atrasos na realização das tarefas definidas pela organização, assim como diminuição da produtividade (Paro et al., 2015).

O líder democrático caracteriza-se por adotar um estilo de liderança inclusivo e colaborativo, integrando-se ativamente no grupo. Este tipo de líder mantém uma comunicação aberta, apresenta soluções e está disponível para prestar apoio sempre que necessário. A sua visão assenta na convicção de que todos os membros da equipa podem contribuir para o alcance dos objetivos organizacionais, promovendo um ambiente onde a partilha de opiniões e o diálogo são valorizados. Equipas lideradas por este estilo tendem a apresentar níveis superiores de desempenho, maior sentido de responsabilidade e níveis mais elevados de satisfação no trabalho (Gomes & Carvalho, 2020).

O estudo relativo às teorias da liderança nunca ficou estagnado, pois ao longo dos anos foram efetuadas diversas investigações, exemplo disso são a liderança transacional e transformacional.

Na liderança transacional, o líder pretende efetuar uma gestão que vá ao encontro do sucesso, tendo sempre em atenção as regras a seguir na sua aplicação. Este define a função que cada colaborador deve desempenhar e pretende que os seus subordinados sigam um caminho com ideias e valores elevados que conduzam, isto é, que consigam alcançar as metas e os objetivos definidos pela organização. Assim sendo, o líder transacional tem por base um sistema de recompensas e de castigos, e apenas intervém quando ações necessitam de ser tomadas (Veríssimo, 2021).

Por fim, o líder transformacional pretende influenciar as pessoas de uma forma positiva, ou seja, procura incentivar, inspirar e motivar as suas equipas, assim como promover a inovação e criar mudanças que permitam ir ao encontro do sucesso de uma organização. Este líder pretende que os seus seguidores sejam agentes de mudança e que exista uma relação de confiança, admiração e lealdade. O objetivo é alcançar potencial máximo de cada sujeito, dando-lhes autonomia e poder de decisão, contribuindo assim para a sua motivação. O líder com estas características de gestão, tende a ser carismático, inspiracional, extrovertido e inovador (Herrman & Felfe, 2014; Torre, 2022).

Independentemente das características de uma organização, na atualidade, compreende-se que o capital humano é o seu ativo mais importante. A sua gestão rigorosa mostra-se essencial para o desempenho, competitividade e potencialização do sucesso de qualquer instituição (Névoa, 2018).

Na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados o/a Diretor/a Técnico/a não rege as suas funções pela legislação das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) (Portaria nº 67/2012, de 21 de março). Este/a fundamentasse na Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, Artigo 15.º, pelo que lhe compete:

- Desenvolver um plano de gestão integrada de cuidados, para que posteriormente seja aprovado pelos órgãos que gerem a Unidade;
- Implementar a nível interno os programas de gestão da qualidade;
- Garantir uma intervenção baseada na humanização dos cuidados e garantir que estes são sempre incrementados para garantir o bem-estar de quem recorre a eles;
- Gerir e acompanhar permanentemente a atividade dos profissionais de saúde.

A função deste profissional é fulcral para um entendimento transparente do contributo da equipa multidisciplinar e de como as suas funções são imprescindíveis. Assim sendo, deve:

- Mediar conflitos para fomentar e impulsionar os relacionamentos interpessoais entre a equipa, para que a dinâmica entre os seus membros seja coesa;
- Manter a equipa direcionada para os objetivos, desenvolver um propósito, planear, organizar, coordenar e supervisionar o trabalho a desenvolver, através de um planeamento estratégico/interventivo;
- Dividir responsabilidades e tarefas, considerando as competências, aptidões e potencialidades de cada constituinte do grupo, de forma a prestar-lhes suporte técnico;
- Desenvolver métodos que facilitem os processos de comunicação entre profissionais, familiares dos utentes e direção, de forma que estes se tornem coesos;
- Promover a participação e o espírito de equipa através de uma escuta ativa, assim como motivar os colaboradores através de *feedback* construtivo, reconhecendo, valorizando e auxiliando nas complexidades quotidianas.
- Ser um promotor de confiança na sua liderança, mas também mostrar que confia na sua equipa, que tem como objetivo final o bem-estar biopsicossocial dos utentes a quem prestam cuidados de saúde.

É através destas implementações que se consegue garantir o desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores, isto é, garantir a sua satisfação, conseguindo deles um comprometimento com os objetivos organizacionais (*commitment*) e um envolvimento (*engagement*) no cumprimento dessas metas (Ribeiro et al.,2022).

### **3. Principais Desafios do/a Diretor/a Técnico/a numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)**

O papel do/a Diretor/a Técnico/a nas Unidades de Cuidados Continuados configura-se como uma responsabilidade de grande magnitude, frequentemente acompanhada de um peso emocional e físico considerável. A gestão de uma equipa multidisciplinar, bem como a manutenção da própria motivação face às adversidades quotidianas, revela-se uma tarefa exigente e desafiante. Este cargo continua a carecer do devido reconhecimento, sendo que, por vezes, os direitos dos

profissionais que compõem a direção técnica não são integralmente assegurados, manifestando-se, entre outras questões, na remuneração incompatível com a função, na realização de horas suplementares não compensadas e na ausência de benefícios adicionais ao salário.

Os principais desafios enfrentados pelo/a Diretor/a Técnico/a de uma Unidade de Cuidados Continuados incluem:

Gestão de Recursos:

- Financiamento Sustentável: desenvolver e explorar fontes de financiamento estáveis, abrangendo subsídios, doações e parcerias com entidades públicas e privadas;
- Otimização dos Recursos: garantir a utilização eficiente dos recursos disponíveis, nomeadamente recursos humanos e infraestruturas, visando maximizar o impacto das atividades desenvolvidas (Drucker, 2006).

Gestão de Pessoas:

- Atração e Retenção de Talentos, Motivação e Bem-Estar: implementar sistemas de recompensa que fomentem a motivação e o bem-estar dos colaboradores, prevenindo o *burnout*, e promovendo um ambiente de trabalho favorável à cultura organizacional e ao *engagement*, de modo a minimizar a elevada rotatividade característica dos setores social e da saúde;
- Evolução na Carreira: aplicar métodos de avaliação eficazes que permitam identificar colaboradores de alto desempenho, promovendo estratégias de desenvolvimento profissional e ajustamentos salariais adequados (Chiavenato, 2014).

Envolvimento dos Utentes e Famílias:

- Promoção da Humanização dos Cuidados: garantir o respeito pela autonomia e dignidade do utente, capacitando a equipa multidisciplinar por meio de ações formativas específicas;
- Gestão de Expectativas: assegurar a inclusão das famílias nas decisões terapêuticas e na definição do plano individual de intervenção durante o internamento na RNCCI, alinhando as suas expectativas com a realidade clínica e social (Unidade de Saúde de Coimbra [USC], s.d.).

Qualidade dos Serviços:

- Formação e Capacitação: promover a formação contínua dos profissionais, assegurando a atualização em melhores práticas e abordagens centradas no bem-estar do utente;
- Avaliação Contínua: implementar mecanismos de avaliação que garantam a qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos clientes, tais como questionários de satisfação (Névoa, 2018).

#### Cumprimento de Normas e Regulamentações:

- Conformidade Legal: apesar das constantes alterações, assegurar a atualização permanente face às legislações e normativas aplicáveis, garantindo o cumprimento de todas as exigências legais e regulamentares impostas pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), Segurança Social e Administração Regional de Saúde (ARS);
- Auditorias: preparar a Unidade para auditorias e avaliações externas, realizadas pela Entidade Coordenadora Local (ECL) e, ocasionalmente, pela Entidade Coordenadora Regional (ECR), assegurando que os processos se encontram devidamente documentados e organizados (Unidade de Saúde de Coimbra [USC], s.d.).

#### Articulação com Outras Entidades da Rede:

- Redes de Colaboração: estabelecer parcerias eficazes com organizações públicas e privadas, promovendo uma rede de apoio integrada;
- Inovação Social: implementar abordagens e projetos inovadores que respondam eficazmente a desafios emergentes (Névoa, 2018).

#### Adaptabilidade e Inovação:

- Respostas a Novas Necessidades: adaptar os serviços das Unidades às transformações sociais e demográficas, como o aumento da vulnerabilidade social, especialmente da população envelhecida que constitui a maioria dos utentes da RNCCI;
- Inovação Social: promover a adoção de estratégias inovadoras e o desenvolvimento de projetos que respondam a novos desafios (Almeida, 2017).

#### Gestão da Informação:

- Registos e Documentação: manter sistemas eficazes de gestão da informação, permitindo o acompanhamento da situação clínica e social dos

utentes, bem como garantir a realização de registos diários dos cuidados prestados, assegurando o bom funcionamento e a proteção dos colaboradores perante eventuais situações anómalas;

- Proteção de Dados: garantir a confidencialidade e proteção dos dados pessoais dos utentes, em conformidade com a legislação vigente (Rocha, 2018).

#### Promoção da Inclusão:

- Acessibilidade: assegurar que os serviços das Unidades sejam acessíveis a toda a população, independentemente de limitações físicas, sociais ou cognitivas;
- Programas de Inclusão: desenvolver iniciativas que promovam a inclusão social e a participação ativa dos utentes na comunidade (Roque, 2012).

A crescente complexidade das responsabilidades atribuídas aos Diretores/as Técnicos/as das Unidades de Cuidados Continuados Integrados, impõe um conjunto diversificado e exigente de competências, que vão para além do domínio técnico e das capacidades de gestão tradicionais. Esta função exige, igualmente, um investimento permanente na motivação e no *engagement* dos profissionais que compõem as equipas multidisciplinares, dado que estes elementos são fundamentais para o bom desempenho organizacional. Num contexto marcado pela escassez de recursos, por uma elevada carga burocrática e pela pressão emocional inerente ao ambiente clínico-social, a resiliência e a eficácia das equipas dependem, em grande medida, do compromisso afetivo e do envolvimento ativo dos colaboradores com a missão e os valores da organização (Markos & Sridevi, 2010; Oliveira, 2016).

A promoção de um ambiente de trabalho que favoreça a motivação passa pela adoção de uma liderança positiva, capaz de reconhecer e valorizar as competências individuais e coletivas, ao mesmo tempo que fomenta uma cultura organizacional participativa e inclusiva. Este tipo de ambiente tem demonstrado ser crucial para a mitigação de fenómenos adversos, tais como o *burnout*, que consiste num estado de exaustão física e emocional, e a elevada rotatividade de profissionais, ambos amplamente documentados nos setores social e da saúde (Bakker & Schaufeli, 2008; Cruz, 2015).

Adicionalmente, o *engagement* organizacional assume um papel central, não apenas como um indicador da satisfação e do bem-estar interno dos colaboradores, mas também como um potente catalisador da eficiência operacional, da inovação contínua e da sustentabilidade a longo prazo das organizações. O envolvimento profundo dos

profissionais com a missão institucional potência a sua motivação intrínseca, promovendo o desenvolvimento de soluções criativas e adaptativas face aos desafios emergentes neste setor (Nohria, Groysberg, & Lee, 2008; Ramalho, 2011).

Assim, torna-se imperativo que as Unidades de Cuidados Continuados integrem estratégias de gestão de recursos humanos que enfatizem o *engagement* e o reconhecimento, assegurando um ambiente propício ao crescimento profissional e ao bem-estar psicológico dos seus colaboradores, contribuindo, deste modo, para a excelência e continuidade dos cuidados prestados.

#### **4. Motivação e *Engagement* Organizacional**

A palavra motivação, que deriva do latim *movere*, pode ser entendida como uma tensão afetiva que pode provocar uma atividade, e por isso tem por objetivo alcançar determinado desejo/objetivo. Pode surgir de uma necessidade, ou seja, um estado que é interno a um sujeito e que o leva a desenvolver uma ação, e que lhe permite alcançar resultados atrativos e que podem satisfazer uma necessidade. Assim sendo, a motivação é uma força que se pode considerar inata e que nos catapulta para alcançar os objetivos pretendidos. Esta tem por base a necessidade de experienciar emoções positivas e evitar experiências negativas (a definição do que é positivo e negativo vai variar de pessoa para pessoa e vai depender do seu estado psicológico) (Oliveira, 2010; Ribeiro et al., 2018). Segundo Pinder (1998, p.11) é o “conjunto de forças energéticas que têm origem quer no indivíduo quer fora dele, dando origem ao comportamento de trabalho, determinando a sua forma, direção, intensidade e duração”.

No que concerne ao contexto de uma organização, a motivação pode ser vista como a vontade que os profissionais demonstram em colocar em prática elevados níveis de esforço para que se consiga alcançar os objetivos definidos. Este esforço efetuado pode ser impactado pela forma como as organizações satisfazem as necessidades dos seus colaboradores (Bilhim, 2008; Oliveira, 2016).

A motivação pode ser resultado de forças internas e externas, pelo que é fundamental distinguir a motivação intrínseca e extrínseca. Quando abordamos o conceito de motivação intrínseca, estamo-nos a referir ao comportamento dos sujeitos no próprio local de trabalho quando estimulados pelo entusiasmo que este proporciona, e que se reflete em realização, responsabilidades, reconhecimento, e crescimento pessoal e profissional. Vários estudos apontam que o feedback positivo por parte da chefia, aumenta a motivação intrínseca do trabalhador (Ryan & Deci, 2000; Raposo 2023).

A motivação extrínseca está ligada a fatores externos ao colaborador, nomeadamente:

a segurança, as condições de trabalho, a política da empresa, a remuneração, os relacionamentos interpessoais e as recompensas no entanto, esses fatores são apenas um meio de determinar a motivação de alguém, e não o principal motivo pelo qual um colaborador deseja permanecer na organização (Pais & Pattiruhu, 2020 citados por Raposo, 2023, p.6).

De acordo com Nohria et al. (2008), existem quatro indicadores que permitem medir o nível de motivação dos colaboradores: o *engagement*, que representa potência, esforço e iniciativa no local de trabalho; a satisfação, no contexto em que a organização sabe quais são as expectativas de cada funcionário e consegue satisfazê-las de forma mais ou menos implícita; o compromisso que cada um possui, nomeadamente ao nível da cidadania organizacional; e a intenção de *turnover*, que assume grande relevância quando há grande rotatividade de funcionários.

Um dos indicadores referidos que vai ser alvo de maior concentração na presente dissertação, é o *engagement*. Este representa o quanto um funcionário se encontra comprometido com a organização, os seus valores, e com a forma como pode catapultar a sua performance e alcançar os objetivos da empresa. As emoções têm um papel de destaque neste conceito, pois colaboradores que se encontram *engaged* têm maior facilidade em criar ligações emocionais e envolvem-se nas tarefas do quotidiano com maior entusiasmo, indo muito além daquilo que lhes é exigido no contrato de trabalho definido. Os funcionários que mantêm este estado de comprometimento são caracterizados pela inovação, pelo talento, pela dedicação, pelo grande desempenho, curiosidade e por terem os seus valores alinhados com a organização onde trabalham (Markos & Sridevi, 2010; Oliveira, 2016).

O *Engagement* é um conceito que se pode descrever como recente, e acaba por surgir como um estado oposto ao *Burnout*. Apesar de existirem muitos profissionais a sofrer desta patologia, continuamos a ter colaboradores que se encontram satisfeitos, empenhados e motivados com a sua profissão. Devido a esta situação, deixou-se de lado o estudo das disfunções e valorizou-se a psicologia positiva no trabalho, nomeadamente o *engagement* (Pocinho e Perestrelo, 2011; Cruz, 2015). O *engagement* define-se como um estado afetivo-cognitivo positivo e que persiste no tempo, está diretamente

relacionado com o trabalho e foca-se num objetivo e numa conduta específica, isto é, os funcionários possuem uma energia otimizada no que concerne à organização, sentem-se integrados, motivados, comprometidos e totalmente com competências para solucionar questões vindouras (Bakker e Schafeli, 2008; Cruz, 2015).

Face ao contexto organizacional global, à crescente competitividade e ao rápido avanço das tecnologias, as organizações têm uma necessidade crescente em incentivar a mudança e investir no seu capital humano, fundamental ao seu desempenho, com o intuito de responder da melhor forma possível, às necessidades do mercado atual, e de alcançar resultados que se mostrem competitivos e que permitam clara diferenciação junto dos seus concorrentes (Ramalho, 2011).

Quando uma organização desenvolve ações, de forma voluntária, que beneficiam os seus colaboradores, e quando valorizam e elogiam a prestação dos seus serviços, estes sentem-se motivados, *engaged* e reconhecidos no seu local de trabalho. Assim sendo, devem-se aplicar recompensas que vão ao encontro das expectativas sociais e emocionais dos sujeitos. Face ao supracitado, os colaboradores têm tendência a procurar organizações que proporcionem recompensas monetárias adequadas ao papel a desempenhar, principalmente se for um cargo de liderança; permitam progressão na carreira, adquirir e desenvolver novas competências; possuam um plano de formação atual e estruturado para as necessidades de todos os colaboradores; que permitam um tratamento civilizado, cultivando um sentimento de segurança, confiança, autonomia e reconhecimento, e ainda que consintam ao colaborador contribuir para o desenvolvimento da equipa. Finalmente que tenham por base uma cultura de feedback, comunicação transparente entre líder e liderado, assim como estilos de liderança positivos que garantam um conjunto de estados psicológicos positivos (Bailey et al., 2017; Silva, 2023).

Os fatores supracitados devem ser uma prioridade para as organizações, pois os colaboradores que se encontram motivados e *engaged*, permanecem mais satisfeitos com o trabalho e possuem níveis de comprometimento afetivo e cidadania organizacional mais elevados. De acrescentar que também tendem a melhorar a sua performance, uma vez que se tornam mais proativos, têm metas mais elevadas, mantêm responsabilidade social e cooperação entre a equipa, processam de forma mais eficaz a informação que lhes é transmitida, e acabam por ser sujeitos mais presentes e preocupados com a situação da organização (Schaufeli & Salanova, 2007; Silva, 2023).

## 5. Saúde Mental

Durante vários séculos a doença mental foi associada a misticismos, que permitiam justificar características e comportamentos de doentes mentais através do uso de personagens paranormais. Após um longo percurso com grandes alterações neste campo, o século XX permitiu uma nova abordagem à doença e ao doente mental. Surgiram os psicofármacos, que proporcionaram grandes progressos ao nível do tratamento das doenças psiquiátricas. Em Portugal, no ano de 1963, foi publicada a primeira Lei de Saúde Mental (Lei n.º 2118, de 3 de abril, da Presidência da República, 1963), que possibilitou:

estabelecer os princípios gerais das políticas de tratamento e internamento do doente mental e os princípios orientadores da descentralização dos serviços, através da criação de Centros de Saúde Mental de orientação comunitária. Pretendia-se, com a promoção da saúde mental, assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico da pessoa através de ações profiláticas, terapêuticas e recuperadoras (Sampaio, 2020, p.7).

Na atualidade, e considerando a OMS (2014), a saúde mental pode ser explicada como um estado de bem-estar, no qual cada sujeito consegue executar o seu potencial, lidar com eventos de vida que podem favorecer o stress, trabalhar produtivamente e de forma frutífera, e está apto para contribuir para a comunidade em que se encontra inserido (Sampaio, 2020).

A grande parte das doenças mentais e físicas, são influenciadas por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. As perturbações mentais representam quatro das dez principais causas de incapacidade no mundo, pelo que este crescimento pode ter um forte impacto no sofrimento do ser humano, na sua incapacidade e a nível da economia. Mais de 40% dos países não possuem políticas de saúde mental e mais de 30% não detêm programas nessa área:

Para todas as pessoas, a saúde mental, saúde física e a social são fios da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. À medida que cresce a compreensão desse relacionamento, torna-se cada vez mais evidente

que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países. (Relatório Mundial da Saúde, 2002, p.2)

A World Mental Health Survey Initiative (OMS), desenvolveu um estudo em 2008, que abrangeu 8 países, pelo que se verificou que Portugal exibia a taxa de prevalência mais elevada ao nível das perturbações mentais (22,9%), e em que grande parte (16,5%) são perturbações de ansiedade, maioritariamente associadas ao trabalho em que os sujeitos se encontram (Cabral et al., 2016).

## 6. A Síndrome de *Burnout*

O surgimento do conceito de *burnout* pode ser associado aos colossais desenvolvimentos sociais, económicos e culturais, que ocorreram no século passado, e que significaram a transformação da sociedade industrial para uma economia de serviços, que surgiu acompanhada de pressões psicológicas (Schaufeli et al., 2009; Lopes, 2022).

O conceito supracitado, ficou desde logo associado ao trabalho desenvolvido pelo psicólogo clínico Herbert Freudenberger<sup>1</sup>, nos anos 70, que identificou a sintomatologia de *burnout* quando se encontrava a realizar uma investigação numa clínica direcionada para o tratamento de pessoas toxicodependentes, e onde exercia atividade laboral.

Este Autor percebeu que, após um ano de trabalho, o grupo de voluntários com quem desenvolvia atividades laborais, se mostrava progressivamente a perder vigor e a entrar num estado de esgotamento, ansiedade e depressão. Para além dessa sintomatologia, também compreendeu que as pessoas se tornavam menos empáticas e sensíveis com os utentes da clínica, tratando-os de forma distante e com indiferença (Freudenberger, 1974 citado por Ribeiro et al., 2022). O psicólogo caracterizou então o *burnout* como “o estado prolongado da exaustão mental e física causada pela pressão sofrida na vida profissional” (Lopes, 2022, p. 20).

A contribuição de Christina Maslach<sup>2</sup> foi também fundamental para consolidar este conceito de *burnout* na literatura científica. De acordo com a própria, o *burnout* começou a ser visto como uma síndrome psicológica que é exposta como uma resposta a vários estímulos transtornantes, que dizem respeito ao local e ao contexto de trabalho

---

<sup>1</sup> Herbert Freudenberger (1926-1999), foi um psicólogo clínico germano-americano que ficou conhecido como um dos primeiros investigadores a estudar e a descrever o fenómeno do *burnout* no contexto laboral.

<sup>2</sup> Christina Maslach é uma psicóloga norte-americana reconhecida internacionalmente pelo seu contributo fundamental para o estudo da síndrome de *burnout*.

específicos (Ribeiro et al., 2022). Maslach e Schaufeli (1993; Lopes, 2022), definiram cinco elementos comuns deste fenómeno:

- Subsiste uma preponderância de sintomas disfóricos ao nível da exaustão mental ou emocional, fadiga e depressão;
- A ênfase é colocada maioritariamente nos sintomas mentais e comportamentais do que nos físicos;
- Os sintomas de *burnout* estão intrínsecos ao trabalho;
- Os sintomas manifestam-se em sujeitos que anteriormente não sofriam de qualquer psicopatologia;
- O decréscimo da eficácia e do desempenho no trabalho surge devido a atitudes e comportamentos negativos.

Apesar de ser um conceito amplamente estudado, ainda não existe um consenso para a definição de *burnout*, porém grande parte dos autores refere que este tem três dimensões essenciais:

1. Exaustão Emocional: esta dimensão refere-se ao sentimento de sobrecarga emocional e à sensação de esgotamento emocional. Os profissionais apresentam incapazes de oferecer mais de si próprios a nível psicológico, apresentando fadiga persistente e perda de energia (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).
2. Despersonalização: a despersonalização diz respeito ao desenvolvimento de atitudes cínicas, distanciamento emocional e insensibilidade em relação às pessoas com quem se trabalha. Esta reação surge como uma estratégia defensiva face à sobrecarga emocional, levando à desumanização do outro (Maslach & Jackson, 1981).
3. Redução da realização pessoal no contexto laboral: a terceira dimensão prende-se com sentimentos de ineficácia e de frustração em relação às próprias capacidades e desempenho profissional. Os indivíduos tendem a autoavaliar-se negativamente, sentindo-se menos realizados e competentes no exercício das suas funções (Maslach et al., 2001).

Estes três componentes não são independentes entre si, mas interligam-se de forma dinâmica, sendo influenciados tanto por fatores organizacionais como individuais. De acordo com Schaufeli e Enzmann (1998), o *burnout* deve ser compreendido como uma

resposta complexa que emerge da interação entre o contexto laboral e os recursos internos do trabalhador.

No seguimento do trabalho desenvolvido pelos autores explanados, no ano de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) legitimou a classificação da Síndrome de *Burnout* incluindo-a no manual Classificação Internacional das Doenças: 11ª Edição (CID-11). Assim sendo, atualmente compreende-se que o *burnout* como um estado de stress que é uma consequência do contexto laboral que os trabalhadores vivenciam, e que acaba por desenvolver um sentimento de esgotamento e ineficácia face à relação entre o indivíduo e o seu trabalho (OMS, 2019).

### **7. Causas /Fatores do *Burnout*: a pandemia COVID-19 como fator de importante impacto**

O *burnout* é conceptualizado como um fenómeno psicológico multifacetado que se manifesta através de sentimentos negativos e atitudes disfuncionais no contexto laboral, afetando diretamente o desempenho profissional (Schaufeli et al., 2020). A literatura atual indica que o aparecimento desta síndrome está relacionado com a interação entre fatores pessoais e organizacionais, que se revelam determinantes para o seu desenvolvimento (Salvagioni et al., 2017; Leiter & Maslach, 2016).

No que concerne aos fatores sociodemográficos, a idade tem sido apontada como um preditor relevante para o *burnout*, sendo mais prevalente em trabalhadores mais jovens, geralmente com menos experiência profissional, o que aumenta a vulnerabilidade a este fenómeno (Rotenstein et al., 2018; Kim et al., 2021). O género, por sua vez, apresenta resultados heterogéneos: enquanto alguns estudos identificam maior exaustão emocional em mulheres e maior despersonalização em homens, outros apontam para a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre sexos (Purvanova & Muros, 2010; Alarcon et al., 2011; Garrosa et al., 2011).

O estado civil também se relaciona com o *burnout*, com evidências a sugerirem que indivíduos casados ou em relacionamentos estáveis apresentam menor risco de desenvolver esta síndrome, possivelmente devido ao suporte social inerente a estas relações (Halbesleben, 2006; Panagioti et al., 2017). Adicionalmente, o nível de escolaridade parece influenciar o *burnout*, visto que profissionais com formação superior frequentemente ocupam cargos de alta responsabilidade, associados a maior pressão e exigências, o que contribui para níveis elevados de exaustão emocional e despersonalização (Swider & Zimmerman, 2010; Salvagioni et al., 2017).

No que respeita a características individuais, traços de personalidade como o *locus* de controlo externo, estilos de *coping* passivo, baixa autoestima e elevados níveis de neuroticismo têm sido correlacionados com uma maior predisposição para o *burnout*, embora a sua influência possa ser moderada pela interação com variáveis contextuais (Kim et al., 2021; Costa et al., 2014).

Quanto aos fatores organizacionais, seis dimensões têm sido consistentemente associadas ao aumento do risco de *burnout*:

1. Sobrecarga de trabalho: o trabalho em demasia, escurioso e desadequado às funções do trabalhador, podem provocar uma deterioração da qualidade do trabalho desenvolvido. Este excesso cometido pode levar ao esgotamento dos trabalhadores e provocar uma exaustão emocional e incapacidade de dar resposta às solicitações de trabalho (Maslach et al., 1998, 2001, 2008; Sousa, 2018);
2. Falta de controlo: A ausência de autonomia e poder de decisão no desempenho das funções profissionais está associada a sentimentos de ineficácia e insatisfação (Bakker & Demerouti, 2017);
3. Falta de recompensa: vários estudos efetuados, defendem que a recompensa que se mostra insuficiente, tanto em termos financeiros como em termos de reconhecimento, aumenta a vulnerabilidade e o surgimento de *burnout*. Nem sempre o trabalhador é renumerado segundo as suas competências ou categoria profissional, por vezes também não é valorizado pela sua chefia, colegas e partes interessadas externas, o que provoca desmotivação e conseqüentemente redução da realização pessoal (Maslach et al., 1998, 2001, 2008; Sousa, 2018);
4. Rutura com a comunidade: Relações interpessoais conflituosas ou ausência de apoio social no ambiente de trabalho podem contribuir para o isolamento e o desenvolvimento de um clima organizacional hostil (Schaufeli et al., 2009; Bakker et al., 2014);
5. A equidade, diz respeito a decisões de trabalho que são vistas como sendo equitativamente justas para todos os envolvidos no local de trabalho. A ausência de equidade, pode provocar sentimentos de injustiça e conflitos exacerbados (Maslach et al., 1998, 2001, 2008, Sousa, 2018);
6. Conflito de valores: A discrepância entre os valores pessoais do trabalhador e as exigências organizacionais pode proporcionar um sentimento de incompatibilidade, promovendo o desgaste psicológico (Kristensen et al., 2015; Leiter & Maslach, 2016).

Deste modo, a compreensão do *burnout* requer uma análise integrada dos fatores pessoais e organizacionais, que influenciam o surgimento e manutenção desta síndrome, com vista a intervenções preventivas eficazes no contexto laboral.

De acordo com a *Small Business Prices*, Portugal é o país da União Europeia que apresenta maior risco de *burnout*. Esta situação representa custos avultados para o Sistema Nacional de Saúde, dado que em 2017, as doenças mentais representaram um investimento de 220 mil milhões de euros para as empresas portuguesas. “Estima-se que as questões relacionadas com o *stress* laboral e o *burnout* custem, anualmente, cerca de 3,2 mil milhões de euros às empresas em Portugal” (Ribeiro et al.,2022, p. 35).

Um outro fator que teve um forte impacto na saúde das populações de todo o mundo foi a pandemia COVID-19. A infeção vírica veio associada a grandes alterações de ordem social, devido às medidas que os países tiveram de implementar para controlar a propagação do vírus a nível mundial, nomeadamente a implementação de medidas de saúde públicas, o incentivo ao distanciamento social e frequentemente ao isolamento total. Estas medidas provocaram consequências ao nível da economia global, nomeadamente desemprego, perda de rendimentos, e em muitas pessoas a sensação de impotência e medo devido ao futuro e à evolução da doença. Neste seguimento, também vários problemas de saúde mental foram desenvolvidos ou exacerbados, nomeadamente a ansiedade, a depressão, a perturbação obsessivo-compulsiva e de stress pós-traumático, e finalmente o *Burnout*. Para comprovar esta situação, o Departamento de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Não Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, em parceria com o Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e com a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, desenvolveram um estudo observacional sobre o impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental dos Portugueses (amostra constituída por pessoas residentes em Portugal, com idade de 18 ou mais anos, e profissionais de saúde a exercer atividade laboral em várias carreiras e categorias). Os dados recolhidos foram bastantes esclarecedores e mostraram que cerca de 32.1% dos profissionais de saúde se encontravam em *Burnout* (SNS24, 2023).

Segundo Campos (2020, p.15) foi também desenvolvido um estudo por investigadores da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, que concluiu que durante o combate à pandemia, os profissionais de saúde depararam-se com exigências sem precedentes, como a “mortalidade elevada, escassez de equipamentos de proteção individual, a pressão constante, o medo de contágio e dilemas éticos”. Este estudo

permitiu concluir que, durante o pico da pandemia, mais de metade dos indivíduos apresentaram elevados níveis de *burnout*, *stress* e ansiedade.

O fenómeno de *burnout* leva a perdas exponenciais para as organizações, tais como ausências do local de trabalho, diminuição da produtividade, aumento do turnover, entre outras, com consequentes custos, bem como problemas familiares e sociais. Este é um flagelo que deve ser estudado, divulgado e prevenido (Campos, 2020).

## **8. Depressão, Ansiedade, Stress e Sintomas de *Burnout***

A Síndrome de *Burnout* apresenta consequências na saúde e bem-estar dos colaboradores, porém também afeta as organizações ao nível de *turnover*, aumento da taxa de demissão, redução da produtividade, existência de conflitos permanentes e rotação frequente de recursos humanos (Ribeiro et al., 2022).

As pessoas que se mantêm a trabalhar com esta síndrome podem provocar um impacto negativo nos seus colegas de trabalho, aumentar o conflito pessoal e causar distúrbios nas tarefas a desenvolver. Vêm também a sua produtividade diminuir, assim como a sua eficácia profissional, o que pode provocar uma menor satisfação no contexto laboral e uma diminuição do *commitment* com os objetivos da organização. Aqui está presente a exaustão, que é a componente do *burnout* que está mais relacionada com o *stress*. Os sujeitos que se encontrem saudáveis, têm uma maior capacidade de lidar com o stress crónico e estão menos propensas a desenvolver sintomas de *burnout* (Maslach et al., 2001; Lopes, 2022).

Atualmente, as questões associadas à saúde mental assumem um papel central nos debates sobre saúde pública, dada a sua elevada prevalência e impacto negativo na qualidade de vida das populações. Entre as principais manifestações clínicas destacam-se a depressão, a ansiedade e o stress, consideradas determinantes fundamentais do bem-estar psicológico. Quando não são reconhecidas e tratadas, estas patologias podem conduzir a consequências severas a nível individual, social e económico (World Health Organization [WHO], 2022).

A ansiedade, enquanto fenómeno psicológico, define-se como uma resposta emocional perante a perceção de uma ameaça, real ou imaginada. Trata-se de uma reação fisiológica e comportamental normal em situações de *stress* ou perigo. Contudo, quando a intensidade e a duração dessa resposta são desproporcionadas face ao estímulo desencadeador, e persistem por um período igual ou superior a seis meses, com

interferência significativa no funcionamento quotidiano, estamos perante uma perturbação de ansiedade (American Psychiatric Association, 2013). De acordo com o Serviço Nacional de Saúde (SNS24, 2023), este estado emocional caracteriza-se por um sentimento de apreensão constante, mesmo na ausência de fatores de risco imediatos, refletindo um padrão de preocupação excessiva sobre eventos futuros que poderá comprometer o desempenho social, académico ou profissional do indivíduo.

Importa distinguir a ansiedade do *stress*, conceitos que, embora relacionados, apresentam naturezas distintas. O *stress* tem origem em estímulos externos, normalmente identificáveis, e tende a ser de curta duração, estando geralmente associado a pressões ambientais, como exigências laborais ou interpessoais. A ansiedade, por sua vez, persiste mesmo na ausência de um agente externo, sendo de carácter mais difuso e duradouro (Lazarus & Folkman, 1984).

O *stress* e o *burnout* são riscos psicossociais diferentes, pois quando os trabalhadores sofrem de *stress*, ainda conseguem executar as suas funções e terem efeitos positivos e resultados aceitáveis, apesar de poderem sofrer de exaustão física. Ao contrário de quando sofrem de *burnout*, o empenho é precário, e podem sofrer de esgotamento físico, mental e emocional, tendo apenas consequências negativas a nível individual, interpessoal e organizacional (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

A depressão, clinicamente designada como perturbação depressiva major, é uma das patologias mais prevalentes no âmbito da saúde mental e apresenta um impacto considerável na funcionalidade global do indivíduo. De acordo com os critérios da American Psychiatric Association, expressos no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5.<sup>a</sup> edição), o diagnóstico desta condição requer a presença de um conjunto específico de sintomas, persistentes ao longo de, pelo menos, duas semanas consecutivas, representando uma alteração face ao funcionamento habitual do sujeito (American Psychiatric Association, 2013). Podem prevalecer os seguintes sintomas:

- Ausência de interesse nas atividades de vida diária;
- Perda ou ganho significativo de peso;
- Alterações no padrão do sono;
- Falta de energia para enfrentar o quotidiano;
- Perda de concentração;
- Sentimentos de culpa assoberbados;
- Pensamentos frequentes de morte ou suicídio (Lopes, 2022)

Longos períodos de *burnout* trazem consequências graves, nomeadamente a ansiedade e a depressão, que são as problemáticas mais recorrentes ao nível da saúde mental (Deneva & Ianakiev, 2021; Lopes, 2022). De acordo com Lopes (2022), “o *burnout* é específico de situações laborais e está mais relacionado com o trabalho do que a depressão. No entanto, os indivíduos que são mais propensos à depressão são mais vulneráveis ao *burnout*”.

**Tabela 1- Sintomatologia De *Burnout***

<i>Sintomas</i>	<b>Níveis</b>		
	<b>Individual</b>	<b>Interpessoal</b>	<b>Organizacional</b>
<i>Afetivos</i>	- Ansiedade; - Exaustão emocional; - Humor depressivo e instável.	- Apatia; - Irritabilidade.	- Insatisfação com o trabalho.
<i>Cognitivos</i>	- Falta de atenção; - Alterações de memória; - Lentificação do pensamento; - Alienação; - Ideação Suicida; - Sentimento de Culpa; - Baixa autoestima; - Dificuldade em tomar decisões.	- Impaciência; - Atitude cínica; - Falta de Humanidade; - Hostilidade; - Paranoia; - Pessimismo.	- Atitude cínica; - Sentimento de ausência de reconhecimento.
<i>Físicos</i>	- Fadiga persistente; - Distúrbios do sono; - Dores musculares ou osteomusculares; - Cefaleias e enxaquecas; - Perturbações gástricas; - Imunodeficiência; - Transtornos cardiovasculares; - Distúrbios ao nível respiratório; - Disfunção sexual; - Alterações menstruais nas Mulheres; - Alterações no peso corporal.		
<i>Comportamentais</i>	- Aumento do consumo de substâncias ilícitas; - Hiperatividade; - Comportamentos impulsivos; - Procrastinação.	- Postura agressiva; - Conflitos no seio familiar; - Isolamento social; - Sentimento de tristeza	- Absentismo; - Diminuição da produtividade; - Resistência à mudança.

		constante.	
<i>Motivacionais</i>	- Sentimento de aborrecimento e desilusão; - Ausência de entusiasmo; - Resignação.	- Desânimo; - Ausência de interesse; - Sentimento de indiferença.	- Desmotivação trabalhar.

**Fonte:** Adaptado de Lopes (2022), Schaufeli e Enzmann (1998), Sousa (2018) adaptado de Benevides-Pereira (2010)

## Capítulo II - Metodologia de Investigação

### 1. Pergunta de Partida e Objetivos de investigação

Um dos mais importantes passos numa investigação desta natureza é definir a questão de partida. Quivy e Campenhoudt (2005) referem que “uma boa pergunta de partida deve ser realista, isto é, adequada aos recursos pessoais, materiais e técnicos, em cuja necessidade podemos imediatamente pensar e com que podemos razoavelmente contar” (p.37).

Neste sentido, para este estudo definiu-se a seguinte questão de partida:

*“De que forma os/as Diretores/as Técnicos/as das Unidades de Cuidados Continuados de Portugal (continental) experienciam e reconhecem sintomas da Síndrome de Burnout no exercício quotidiano das suas funções?”*

O apelo para realizar esta investigação centrou-se num conjunto de leituras realizadas sobre o objeto de estudo “A Síndrome de *Burnout*”, patologia mais associada a um conjunto de profissionais que tem na génese da sua atividade o processo de decisão, de coordenação e de relação com o outro.

Nos últimos anos os profissionais de saúde têm sido uma das categorias profissionais mais afetadas pela Síndrome de *Burnout*. Se num primeiro momento o excesso de trabalho, de obrigações e de o cumprir objetivos estipulados superiormente já se apresentavam como motivos mais que suficientes para que os próprios profissionais se sentissem afetados pela Síndrome de *Burnout*, a pandemia COVID-19 veio aumentar consideravelmente o número de profissionais que têm apresentado sintomas associados a esta patologia (Campos, 2020).

Alguns estudos comprovaram que com a pandemia os profissionais de saúde apresentaram níveis mais elevados de exaustão emocional e despersonalização, e níveis mais baixos de realização pessoal, o que comprova um aumento do *burnout* entre os profissionais de saúde e por possível consequência uma maior desmotivação no local de trabalho e baixos níveis de *engagement* (Nishimura et al., 2021).

## **2. Objetivos Gerais e Específicos**

Assim sendo, definiram-se como **objetivos gerais**:

1º Compreender se os Diretores/as Técnicos/as das Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Portugal Continental já sofreram com sintomas associados há Síndrome de *Burnout*;

2º Conhecer as principais estratégias e ferramentas usadas por estes profissionais para ultrapassar a patologia e realizar a sua reintegração socioprofissional;

A existência de objetivos gerais leva-nos à elaboração de **objetivos específicos**:

**1º - Avaliar o conhecimento dos/as Diretores/as Técnicos/as sobre a Síndrome de *Burnout*;**

Pretende-se perceber até que ponto os/as Diretores/as Técnicos/as compreendem o que é a Síndrome de *Burnout*, incluindo a sua definição, causas e implicações no contexto profissional.

**2º - Identificar os profissionais e os processos envolvidos no diagnóstico da Síndrome de *Burnout*;**

Visa-se compreender de que forma os/as Diretores/as Técnicos/as procuraram apoio para obter o diagnóstico de *Burnout*, bem como identificar os profissionais de saúde ou especialistas a quem recorreram para esse efeito.

**3º - Caracterizar os principais sintomas de *Burnout* apresentados pelos/as Diretores/as Técnicos/as;**

Procura-se conhecer quais os sintomas mais frequentemente relatados por estes profissionais, associados à Síndrome de *Burnout*, como o esgotamento emocional, a despersonalização e a diminuição da realização pessoal no trabalho.

**4º - Identificar os principais desafios enfrentados diariamente pelos/as Diretores/as Técnicos/as de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI);**

Procura-se compreender quais são as dificuldades e obstáculos mais significativos que

os/as Diretores/as Técnicos/as encontram no exercício das suas funções no contexto específico das UCCI.

**5º - Apurar as principais mudanças implementadas no quotidiano para mitigar a Síndrome de *Burnout*;**

Pretende-se identificar as alterações ou adaptações que estes profissionais introduziram na sua rotina de trabalho com o objetivo de prevenir ou superar o *Burnout*.

**6º - Compreender as estratégias desenvolvidas para promover a motivação e o *engagement* dos Recursos Humanos;**

Visa-se analisar quais foram as estratégias adotadas pelos/as Diretores/as Técnicos/as para manter os níveis de motivação e envolvimento das equipas de trabalho, promovendo assim um ambiente organizacional mais saudável.

**7º - Saber se a pandemia de COVID-19 desencadeou e/ou agravou a Síndrome de *Burnout*;**

Pretende-se saber de que forma a pandemia de COVID-19 contribuiu para o surgimento ou agravamento do *Burnout* entre os/as Diretores/as Técnicos/as das Unidades de Cuidados Continuados Integrados. Diversos estudos indicam que a pandemia intensificou o risco e a prevalência do *Burnout* entre profissionais de saúde, devido ao aumento das exigências laborais, à sobrecarga emocional e à intensificação das interferências entre trabalho e vida pessoal

**8º - Perceber se as Unidades de Cuidados Continuados em Portugal estão a implementar ou desenvolver estratégias para prevenir o *Burnout* nos/as Diretores/as Técnicos/as;**

Pretende-se compreender se, e de que forma, estas unidades têm adotado medidas ou estratégias específicas para evitar o desenvolvimento do *Burnout* entre os seus líderes técnicos, promovendo o bem-estar e a saúde mental destes profissionais.

### **3. Abordagem Metodológica da Investigação**

De acordo com Coutinho (2019):

A investigação é uma atividade de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de indagação e que contribui para explicar e compreender os fenómenos sociais. É através da investigação que se reflete e problematizam os problemas nascidos na prática, que se suscita o debate e se edificam as ideias inovadoras (p. 4).

A presente investigação centra-se na metodologia qualitativa. Em termos conceituais, o objeto de estudo baseia-se nas intenções e situações, isto é, visa investigar ideias, descobrir significados nas ações individuais e nas interações sociais de acordo com os intervenientes no processo. Esta tem por base um método indutivo, pois quem efetua a investigação pretende determinar a intenção, o propósito da ação, podendo estudá-la na sua própria posição significativa. Não é aceitável a padronização dos comportamentos, mas sim a riqueza da individualidade. O interesse é mais focado no conteúdo do que no procedimento, pelo que a metodologia é demarcada pelo problema em estudo, baseando-se então na particularização, na relação contextual e complexa, nos resultados questionáveis e na observação experiencial ou participante. Mais importante que o rigor, é a relevância dos significados (Pacheco, 1993; Coutinho, 2019).

Na presente dissertação, foi efetuada uma revisão bibliográfica intensiva, de modo a garantir um saber geral sobre a matéria em estudo, e assim gerar informação fidedigna e credível.

De acordo com Coutinho (2019, p. 59) “a revisão da literatura consiste na identificação, localização, e análise de documentos que contêm informação relacionada com o tema de uma investigação específica”. O objetivo da revisão bibliográfica é ampliar a compreensão sobre um determinado fenómeno, pelo que o problema deve ser percecionado como um obstáculo a ultrapassar. Uma eximia revisão da literatura promove a credibilidade de uma investigação.

#### **4. Caracterização dos Sujeitos Da Investigação**

Na presente investigação foi utilizado um método de amostragem não probabilística por conveniência para identificar os sujeitos da nossa investigação.

Designamos de amostra não probabilística, quando não é possível especificar a probabilidade de dado sujeito pertencer a uma certa população, e por conveniência,

quando são utilizados grupos intactos que já se encontram constituídos. Os participantes são escolhidos de acordo com a facilidade e disponibilidade que representam para o investigador. “Os resultados obtidos nestes estudos dificilmente podem ser generalizados para além do grupo em estudo” (Schutt, 1999 citado por Coutinho, 2019, p. 95).

Segundo Coutinho (2019), a amostra não probabilística por conveniência apresenta como vantagem o facto de o estudo ser efetuado em contexto real.

Para a realização desta investigação foi enviado um questionário desenvolvido no *Google Forms* a todos os/as Diretores/as Técnicos/as das Unidades de Cuidados Continuados Integrados em Portugal (Continental). O questionário apresenta-se como sendo totalmente anónimo e confidencial, contendo questões de escolha múltipla, respostas curtas e longas. Foram obtidas 35 respostas por parte do público-alvo.

## **5. Instrumento de Recolha de Dados**

Considerando os instrumentos de recolha de dados existentes, optou-se pelo questionário, pois revela-se um método de excelência para obter informação de natureza diversificada. Permite também alcançar várias pessoas em simultâneo e em distintas áreas geográficas, possibilita respostas precisas o que diminui o risco de distorção e conseqüentemente uma maior uniformidade na avaliação (Oliveira et al, 2016). De acordo com Coutinho (2019) este método “pode incidir sobre atitudes, sentimentos, valores, opiniões ou informação factual, dependendo do seu objetivo, mas todos os inquéritos envolvem sempre a administração de perguntas a indivíduos” (p.139).

O questionário é constituído por uma multiplicidade de perguntas, que podem ser respondidas sem a presença do investigador. As questões colocadas devem ser objetivas e de fácil compreensão, apresentar uma sequência baseada na lógica, e um vocabulário adequado às características dos sujeitos da investigação. Quando se procede à recolha de dados, estes devem ser válidos e de confiança, pois só assim é que as evidências reunidas pelo investigador não são incoerentes (Oliveira et al, 2016).

O questionário desenvolvido apresenta questões abertas, fechadas e de escolha múltipla, de forma a proporcionar informação pormenorizada e que permita responder aos objetivos gerais e específicos definidos. Prevê-se que tenha um tempo de resposta na ordem dos 10 a 20 minutos, sendo este totalmente confidencial e anónimo.

## 6. Técnica de Análise de Dados

Para tratar os dados, recorreu-se à análise de conteúdo. De acordo com Bardin (2016), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, já para Coutinho (2019) a análise de conteúdo “é um conjunto de técnicas que permitem analisar de forma sistemática um corpo de material textual, por forma a desvendar e quantificar a ocorrência de palavras/frases/temas considerados “chave” que possibilitem uma comparação posterior” (p. 217).

Na articulação conceptual entre e Coutinho (2019) e Bardin (2011) a ideia fundamental é que as palavras, símbolos e signos (as unidades de análise) se podem organizar em categorias concetuais, sendo que essas categorias podem exibir aspetos de uma teoria que o investigador pretende testar. Ainda que Bardin (2011), refira que a análise de conteúdo é do tipo exploratório pode ser efetuada em três fases sucessivas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Na pré-análise pretende-se definir os dados que vão ser alvo de processos de análise, ou seja torna-se essencial proceder à organização de material, documentos, formular questões que vão proporcionar orientação e produzir indiciadores que vão permitir fundamentar a interpretação final.

A fase da exploração apresenta-se como uma fase de longa duração, em que as decisões tomadas na etapa anteriormente explanada são colocadas em prática. O investigador organiza dos dados no seu estado bruto e transforma-os tendo em conta um quadro teórico que tem como referência.

Segundo Bardin (2011), no decorrer da codificação, os dados explanados, são modificados para um processo sistémico que tem por objetivo primordial “atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão”. A codificação apresenta três procedimentos considerados fulcrais: recorte; enumeração; e categorização.

A última fase refere-se ao tratamento dos resultados, nomeadamente a inferência e a interpretação. Os resultados no seu estado “bruto” vão ser analisados, pois devem-se apresentar significativos e válidos uma vez que, só assim podem ser alvo de interpretação, tendo por base a comparação das múltiplas respostas obtidas e a teoria que permite o desenvolvimento de novos saberes (Bardin, 2016; Coutinho, 2019).

Para indicar os relatos procedentes da análise de conteúdo, foi utilizada a seguinte codificação concedida aos Diretores Técnicos/as das Unidade de Cuidados Continuados Integrados em Portugal:

**Tabela 2- Codificação**

<b>Sujeitos da Investigação</b>	<b>Codificação</b>
Entrevistado 1 (Diretor/a Técnico/a)	E1
Entrevistado 2 (Diretor/a Técnico/a)	E1
Entrevistado 3 (Diretor/a Técnico/a)	E2
Entrevistado 4 (Diretor/a Técnico/a)	E3
Entrevistado 5 (Diretor/a Técnico/a)	E4
Entrevistado 6 (Diretor/a Técnico/a)	E5
Entrevistado 7 (Diretor/a Técnico/a)	E6
Entrevistado 8 (Diretor/a Técnico/a)	E7
Entrevistado 9 (Diretor/a Técnico/a)	E8
Entrevistado 10 (Diretor/a Técnico/a)	E9
Entrevistado 11 (Diretor/a Técnico/a)	E10
Entrevistado 11 (Diretor/a Técnico/a)	E11
Entrevistado 12 (Diretor/a Técnico/a)	E12
Entrevistado 13 (Diretor/a Técnico/a)	E13
Entrevistado 14 (Diretor/a Técnico/a)	E14
Entrevistado 15 (Diretor/a Técnico/a)	E15
Entrevistado 16 (Diretor/a Técnico/a)	E16
Entrevistado 17 (Diretor/a Técnico/a)	E17
Entrevistado 18 (Diretor/a Técnico/a)	E18
Entrevistado 19 (Diretor/a Técnico/a)	E19
Entrevistado 20 (Diretor/a Técnico/a)	E20
Entrevistado 21 (Diretor/a Técnico/a)	E21
Entrevistado 22 (Diretor/a Técnico/a)	E22
Entrevistado 23 (Diretor/a Técnico/a)	E23
Entrevistado 24 (Diretor/a Técnico/a)	E24
Entrevistado 25 (Diretor/a Técnico/a)	E25
Entrevistado 26 (Diretor/a Técnico/a)	E26
Entrevistado 27 (Diretor/a Técnico/a)	E27
Entrevistado 28 (Diretor/a Técnico/a)	E28
Entrevistado 29 (Diretor/a Técnico/a)	E29
Entrevistado 30 (Diretor/a Técnico/a)	E30
Entrevistado 31 (Diretor/a Técnico/a)	E31
Entrevistado 32 (Diretor/a Técnico/a)	E32
Entrevistado 33 (Diretor/a Técnico/a)	E33
Entrevistado 34 (Diretor/a Técnico/a)	E34
Entrevistado 35 (Diretor/a Técnico/a)	E35

### **Capítulo III- Apresentação e Análise de Resultados**

Considerando o capítulo anterior e tendo por base as questões efetuadas ao longo do questionário, procede-se à interpretação/discussão dos resultados, tendo sempre em consideração as respostas de quem vivenciou e possa ainda vivenciar a problemática em análise, bem como o quadro teórico apresentado.

#### **a) Elementos de Caracterização dos Profissionais:**

No que respeita ao género dos/as trinta e cinco (35) Diretores/as Técnicos/as que responderam ao questionário, verifica-se que trinta e um (31) se identificam como mulheres e apenas quatro (4) como homens, encontrando-se todos no exercício de funções de liderança. Relativamente à distribuição etária, constata-se que o cargo de Direção Técnica é assumido por profissionais de diferentes gerações, sendo que o/a Diretor/a Técnico/a mais jovem tem vinte e cinco (25) anos e o/a mais velho tem setenta (70) anos. A idade média dos/as inquiridos/as situasse nos quarenta e dois (42) anos.

Quanto ao estado civil, a maioria dos/as participantes encontra-se casada (17), seguindo-se os/as solteiros/as (13) e, por fim, os/as divorciados/as (5).

No que diz respeito às habilitações académicas, verifica-se que trinta e quatro (34) dos/as inquiridos/as possuem licenciatura, sendo que onze (11) destes/as detêm igualmente o grau de mestre. Apenas um dos/as participantes possui como habilitação máxima o 12.º ano de escolaridade, tendo frequentado um curso profissional na área da Animação Sociocultural. As áreas de formação académica dos/as Diretores/as Técnicos/as revelam-se bastante diversificadas, com predominância das ciências sociais e das ciências da saúde, nomeadamente: Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Medicina, Fisioterapia e Sociologia. Para uma caracterização mais completa da população inquirida, é relevante analisar o tempo de exercício das funções de Direção Técnica. Apenas dois (2) dos/as participantes exercem estas funções há quatro meses, sendo que os/as restantes acumulam vários anos de experiência. O tempo de exercício mais longo reportado é de trinta e seis (36) anos no cargo.

## **b) A percepção dos Diretores/as Técnicos/as sobre o *Burnout***

O conceito de *burnout* é lato e encontra-se presente em diversas atividades profissionais, distintas hierarquias e várias funções profissionais, no entanto os profissionais de saúde são um grupo que se encontra particularmente suscetível ao desenvolvimento desta patologia. Atualmente esta temática é deveras concernente no contexto empresarial, e tem vindo a ganhar um papel preponderante na investigação e na medicina. Na contemporaneidade existe uma maior noção da conceção de *Burnout*, dos seus efeitos nefastos e das emoções negativas que pode provocar, apesar de ainda não existir uma definição ímpar e incontestável (Campos, 2020).

Consoante os dados apurados com a implementação dos questionários, 34 dos indagados sabe em que consiste a Síndrome de *Burnout* e apenas um dos inquiridos desconhece o conceito:

*“Considero Burnout, quando um individuo não consegue gerir ou adotar estratégias para ultrapassar os problemas do dia-a-dia levando ao stress constante associado a outros sintomas como cansaço crónico e fraco rendimento em termos laborais” (E30);*

*Julgo que a pessoa que tem ou poderá estar perto de um diagnóstico de Burnout sente fadiga física e mental extrema; insónia; dificuldade de concentração e foco; esquecimento frequente; desânimo e tristeza frequentes; cansaço permanente que não reverte com um fim de semana de descanso; dificuldade em memorizar acontecimentos novos...” (E19).*

Estes dados evidenciam que os profissionais em contexto laboral demonstram um nível crescente de informação relativamente a esta patologia. Contudo, verifica-se que ainda é necessária uma maior divulgação e atribuição de relevância ao tema, de modo a alcançar um número mais alargado da população:

*“Trata-se de um distúrbio emocional com sintomas de grande exaustão, "stress" e esgotamento em resultado de situações de trabalho muito desgastante. que requerem muita responsabilidade e competitividade” (E8).*

Para a Associação Portuguesa de Psicologia da Saúde Ocupacional, as organizações portuguesas começam finalmente a dar relevância a esta patologia e a falar sobre ela, pois segundo Ribeiro (et al. 2022) “Estas começaram a verificar quem por cada euro investido na prevenção e na promoção da saúde mental, haverá potencial para reverter entre quatro a treze euros em saúde, produtividade e eficiência” (p.40).

**c) Síndrome de *Burnout*: sintomatologia e diagnóstico**

Para compreender se os Diretores/as Técnicos/as das Unidades de Cuidados Continuados Integrados apresentavam sintomatologia associada à Síndrome de *Burnout*, foram criadas 5 questões, divididas em sintomas afetivos, cognitivos, físicos, comportamentais e motivacionais, para estes selecionarem a sintomatologia mais recorrente e impactante no seu quotidiano, tendo-se obtido os seguintes resultados:

**Tabela 3- Sintomas Afetivos**

	<i>Sintomas</i>	Nº de Diretores/as Técnicos/as que referiram apresentar sintomas afetivos
<i>Afetivos</i>	Ansiedade	30
	Exaustão Emocional	28
	Humor Depressivo e instável	17
	Apatia	8
	Irritabilidade	24
	Insatisfação com o trabalho	16

Fonte: Elaboração Própria

**Tabela 4- Sintomas Cognitivos**

	<i>Sintomas</i>	Nº de Diretores/as Técnicos/as que referiram apresentar sintomas cognitivos
<i>Cognitivos</i>	Falta de Atenção;	18
	Alterações de memória;	25
	Lentificação do Pensamento;	21
	Alienação;	3
	Ideação Suicida;	3
	Sentimentos de Culpa;	11
	Baixa Autoestima;	16
	Dificuldade em tomar decisões;	16
	Impaciência;	22
	Atitude Cínica;	4
	Falta de Humanidade;	4
	Hostilidade;	4
	Paranoia;	0
	Pessimismo;	12
	Sentimento de ausência de reconhecimento;	22

Fonte: Elaboração Própria

**Tabela 5- Sintomas Físicos**

	<i>Sintomas</i>	<b>Nº de Diretores/as Técnicos/as que referiram apresentar sintomas Físicos</b>
<i>Físicos</i>	Fadiga Persistente;	24
	Distúrbios do sono;	23
	Dores musculares ou osteomusculares;	15
	Cefaleias e enxaquecas;	20
	Perturbações Gástricas;	10
<i>Físicos</i>	Imunodeficiência;	3
	Transtornos Cardiovasculares;	2
	Distúrbios a nível respiratório;	2
	Disfunção Sexual	1
	Alterações menstruais nas mulheres;	2
	Alterações de peso corporal;	7

Fonte: Elaboração Própria

**Tabela 6- Sintomas Comportamentais**

	<i>Sintomas</i>	<b>Nº de Diretores/as Técnicos/as que referiram apresentar sintomas Comportamentais</b>
<i>Comportamentais</i>	Aumento do consumo de substâncias ilícitas;	1
	Hiperatividade;	2
	Comportamentos Impulsivos;	6
<i>Comportamentais</i>	Procrastinação;	10
	Postura Agressiva;	5
	Conflitos no seio familiar;	12
	Isolamento social;	11
	Sentimento de tristeza constante;	15
	Absentismo;	1
	Diminuição da Produtividade;	16
	Resistência à mudança;	5

Fonte: Elaboração Própria

**Tabela 7- Sintomas Motivacionais**

	<i>Sintomas</i>	<b>Nº de Diretores/as Técnicos/as que referiram apresentar sintomas Motivacionais</b>
<i>Motivacionais</i>	Sentimento de aborrecimento e desilusão;	22
	Ausência de entusiasmo;	22
	Resignação;	11
	Desânimo;	24
	Ausência de Interesse;	9
	Sentimento de indiferença;	8
	Desmotivação a trabalhar	17

Fonte: Elaboração Própria

Ao longo de décadas, as questões relacionadas com a saúde mental foram frequentemente marginalizadas e consideradas tabu, tanto na esfera pública como nos contextos organizacionais. No entanto, tem-se vindo a observar, nos últimos anos, uma crescente sensibilização e abertura relativamente a estas temáticas, impulsionada, em parte, pela experiência global da pandemia de COVID-19, que poderá ter atuado como um catalisador para a problematização de fenómenos como o *burnout* (Melo & Cruz, 2021; Silva et al., 2023). Apesar desta evolução, o *burnout* continua a ser uma condição de difícil definição, reconhecimento e diagnóstico, sendo muitas vezes confundido com outras perturbações do foro psicológico (Leka & Jain, 2019).

Relativamente a outras condições mentais, como a depressão e a ansiedade, o estigma permanece profundamente enraizado. Muitos indivíduos que experienciam tais perturbações continuam a demonstrar resistência em partilhar as suas vivências ou em procurar apoio psicológico especializado, por receio de julgamento ou marginalização (Corrigan, 2004; Oliveira & Sequeira, 2020).

No presente estudo, os dados revelaram uma incidência significativa de sintomas afetivos, nomeadamente de ansiedade, no quotidiano de trinta Diretores/as Técnicos/as. Esta constatação acompanha as tendências apontadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que estima que os transtornos de ansiedade e depressão associados ao trabalho são responsáveis por perdas económicas globais superiores a cerca de um milhão de biliões de euros na economia global, sobretudo em consequência da redução da produtividade (World Health Organization [WHO], 2019).

A patologia supracitada provoca exaustão emocional, cinismo despersonalização e incapacidade de realização, porém pode provocar algo irreversível, a morte. Segundo Ribeiro (et al., 2022, p. 33) “o profissional em *Burnout* pode encontrar-se num estado de exaustão tão grave que, no limite, a mata”. Esta situação é corroborada nos questionários aplicados, pois na tabela da sintomatologia cognitiva, 3 profissionais referiram ter ideações suicidas.

O *burnout*, embora seja uma condição de natureza psicológica, manifesta-se também através de sintomas físicos, estando intimamente ligado ao ambiente de trabalho. A sua abordagem continua a revelar-se complexa e pouco consensual nos contextos organizacionais (Maslach & Leiter, 2016). Na tabela 5, associada à sintomatologia física, verifica-se que 24 sujeitos apresentam fadiga constante, 23 mantêm distúrbios do sono e 20 sujeitos queixam-se com cefaleias e enxaquecas. Estes sintomas resultam, em grande parte, da exposição prolongada a ambientes laborais disfuncionais, caracterizados por exigências excessivas, falta de apoio organizacional e desequilíbrio entre esforço e recompensa (Maslach & Leiter, 2016; Salvagioni et al., 2017).

Importa salientar que, de acordo com Dias (2012), quando se fala em profissionais de saúde há que ter em conta os fatores motivacionais que resultam em satisfação. Na tabela 7, no que respeita aos sintomas motivacionais, verificamos que predomina o desânimo (sentido por 24 sujeitos), o sentimento de aborrecimento e desilusão (sentido por 22 sujeitos) e a ausência de entusiasmo (sentido por 22 sujeitos). É importante que os profissionais de saúde, na sua prática diária, reúnam duas condições elementares: ter boa saúde mental e ter satisfação no trabalho, pois só assim permanecem *engaged* com os objetivos de uma organização. A qualidade de vida e a satisfação do profissional da saúde associam-se a indicadores de status profissional, interação, remuneração, condições do trabalho e normas organizacionais (Dias, 2012).

Quando questionado aos Diretores/as Técnicos/as se podem estar a sofrer ou se já sofreram de *Burnout*, apenas setes mencionaram que não, os restantes 28 profissionais, responderam que efetivamente enfrentam ou já enfrentaram sintomas associados a esta patologia:

*“Sim. Por identificar em mim alguns sintomas compatíveis com Burnout. Este estado deve-se a um acumular de situações que considero injustas, pela falta de comunicação e respeito pelas hierarquias, e pela gestão emocional que faço ao longo deste ano” (E10);*

*“Sim. Venho a passar essa fase alguns meses e tive a necessidade de a semana passada tirar uns dias de férias pois já não estava a aguentar mais e comecei a apresentar irritabilidade constante e senti que o meu*

*trabalho não estava de todo a ser produtivo e benéfico para mim, sentindo ansiedade e tristeza por saber que tinha que vir trabalhar” (E8).*

Dos 35 inquiridos, apenas 4 pessoas procuraram apoio profissional, e apenas 3 foram diagnosticados, por psicólogos, psiquiatras ou médicos de família. Um dos entrevistados refere que:

*“Já estive numa fase em que senti muitos destes sintomas..., mas nunca procurei ajuda pelo que não obtive diagnóstico” (E13).*

Apresentar sintomas de *Burnout* enquanto se exerce uma função de liderança numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) pode constituir um encargo particularmente exigente e difícil de suportar. Torna-se, por isso, imprescindível a aplicação e o desenvolvimento de ferramentas que permitam ultrapassar esta patologia, bem como a implementação de estratégias eficazes na gestão de utentes e de recursos humanos, de modo a evitar o agravamento da sintomatologia já presente. Quando os/as Diretores/as Técnicos/as foram questionados sobre como foi efetivamente lidar com as pessoas à sua volta enquanto estavam a sofrer com sintomas de *Burnout*, as respostas foram muito diversificadas:

*“Para mim foi um período muito difícil, dado o meu estado de maior vulnerabilidade e fragilidade emocional” (E2);*

*“Num primeiro momento, fiquei sem saber bem como deveria agir, mas rapidamente percebi que era necessário autocontrolo para garantir que o meu papel era cumprido da melhor forma” (E6);*

*“Nessa altura senti grande dificuldade em ter escuta ativa e em receber as constantes críticas a que diariamente estamos sujeitos. Andava com os nervos á flor da Pele e muito impulsivo” (E8);*

*“Por vezes só de pensar nisso sinto-me nervoso, foi uma fase muito difícil porque a nossa desmotivação acaba por passar para os restantes colegas de trabalho e colocamos em causa a nossa atividade profissional e por uma questão de ética e integridade profissional acabei por controlar-me dentro das minhas capacidades para que os colegas não se apercebessem da minha situação” (E9);*

*“Acabei por usar uma máscara diária, fazia que estava tudo bem e nunca exteriorizei o que estava a viver com ninguém da equipa profissional. Mas comecei por ser acusada de estar desmotivada e havia um certo julgamento e incompreensão que me faziam estar na minha bolha e optei por não dizer nada a ninguém do trabalho” (E13)*

*“Eu conheço bem os colegas de trabalho e sabia que seria bastante difícil entenderem o o que estava a passar e então optei por manter o profissionalismo e quando senti que atinge o limite foi ao médico que me disse que eu teria que ficar em casa de baixa médica” (E31).*

A Síndrome de *Burnout* pode trazer graves e irreversíveis consequências à vida dos sujeitos, nomeadamente ser uma condicionante para quem tem um papel de liderança e pretende continuar a desempenhar as suas funções de forma plena. De acordo com o questionário aplicado, 4 Diretores/as Técnicos/as, destacaram que esta patologia contribuiu para condicionar o estabelecimento de relações sociais, emocionais e afetivas, tanto a nível pessoal como laboral.

A saúde mental é, assim, o produto de múltiplas e complexas interações, que abrangem fatores biológicos, psicológicos e sociais. Apesar da abertura para debater esta matéria, ainda há um longo caminho a percorrer “desde logo no seu reconhecimento, na sua prevenção ou, em caso de instalada a síndrome, na sua identificação, bem como na oferta de apoio, compreensão e intervenção o mais precocemente possível (Ribeiro et al. 2022, p. 101).

#### **d) Dificuldades no exercício do papel de liderança: Motivação e *Engagement* dos Diretores Técnicos das Unidades de Cuidados Continuados em Portugal**

O contexto organizacional tem-se caracterizado por uma crescente instabilidade e complexidade, acompanhada por transformações contínuas e intensas nos mercados em que as instituições estão inseridas. Neste cenário, tornou-se necessário redefinir e desenvolver novos processos e estruturas organizacionais, o que tem tido um impacto direto nas funções de liderança. Este clima organizacional, frequentemente percecionado como menos saudável e confortável, tem contribuído para o aumento significativo dos níveis de stress e *Burnout* entre os profissionais, nomeadamente entre os/as Diretores/as Técnicos/as das Unidades de Cuidados Continuados Integrados (Lopes, 2022).

De acordo com 35 Diretores/as Técnicos/as que responderam ao questionário, o seu quotidiano é marcado por dificuldades e desafios a vários níveis, predominando a difícil articulação entre colegas das Unidades de Cuidados Continuados.

Nesse sentido um dos entrevistados refere que a articulação entre colegas nem sempre é uma tarefa fácil, diz mesmo que o:

*“Acompanhamento é difícil e a articulação entre colegas das Unidades de Cuidados Continuados Integrados por vezes é um aspecto que nos coloca numa posição que é difícil de sentir e viver no dia a dia” (E1);*

*“Para mim, a grande dificuldade está na gestão eficiente de recursos humanos, tendo em consideração os recursos financeiros existentes para garantir a atribuição de recompensas (monetárias e não monetárias) e assim a diminuição do turnover (gestão de Recursos humanos, e a competição de Recursos humanos com outros prestadores, criando um sentimento de incerteza permanente, condicionados projetos futuros” (E3);*

*“Quando penso nos grandes desafios de “Ser Diretor Técnico” vem-me logo à cabeça ter de garantir respostas sociais que são escassas, mas q tenho de garantir porque é o meu papel e é a mim que me compete fazê-lo e mesmo que seja difícil tenho de dar a resposta adequada na hora certa, o que infelizmente, dado ao nosso estado do país nem sempre é possível ou pelo menos é demorado” (E4);*

*“O meu dia profissional é muito complexo, tenho de gerir as expectativas dos utentes, dos familiares e dos colaboradores considerando o orçamento que está definido o que torna tudo muito doloroso. Por outro lado, a dificuldade para estabelecer relação com a direção da instituição causa falta de comunicação para diligenciar soluções questões de elevada complexidade de forma eficiente e eficaz. Encontrar o equilíbrio entre os interesses dos trabalhadores, dos utentes, e da Direção é por norma um desafio que me deixa bastante desconfortável, tendo em conta que no meio de toda esta prática há um lado financeiro a gerir com todos os intervenientes “(E9);*

*“Eu acho que o grande desafio está na falta de apoio e de compreensão por parte dos superiores – Direção” (E16);*

*“A verdade é que temos sempre um orçamento muito limitado e dependência de financiamento público ou participações, o que não ajuda, não temos maneira de criar autonomia” (E26);*

*“É uma tarefa árdua, porque mesmo com muitas reservas e dificuldade temos de motivar os colaboradores e a existência de estarmos economicamente vulneráveis e expostos, estamos sempre a lidar com todos os que nos rodeiam com pinças, não muito quem queira trabalhar nestas condições. E ninguém está para ser constantemente a lidar com as faltas de respeito, com as faltas de responsabilidade e ser mal pago” (E10);*

*“A complexidade em exercer esta atividade num contexto onde escasseiam recursos humanos, nomeadamente profissionais qualificados para a realização das tarefas específicas de enfermagem é cada vez mais difícil, uma vez que o setor público apresenta contratos de trabalho mais competitivos e aliantes (Estabilidade de equipa multidisciplinar, devido à concorrência do setor público (enfermagem e AAM)” (E31);*

*“Cada dia que aqui estamos, temos de ter a noção que temos de unir a equipa, melhorar e gerir as relações entre si. Os Recursos Humanos são a parte mais importante que temos (para lá dos utentes que estão em*

*primeiro lugar). Por isso, é fundamental que tenham uma adequada formação e gostem do que fazem” (E32);*

*“Eu entendo que um dos principais problemas reside na própria legislação da RNCCI que exige baixos rácios em termos de RH, o que provoca excesso de trabalho e conseqüentemente a exaustão laboral, ou seja, a Síndrome de Burnout “(E13);*

*“Para mim, o grande desafio está na falta de recursos humanos, que existe por falta de dinheiro, mas também porque a legislação está desajustada, se assim fosse o governo tinha de atribuir um valor monetário mais significativo por cada paciente o que por sua vez gerava melhores condições salariais” (E20);*

*“Para mim, a falta de soluções, que fazem sentido e com as quais podíamos solucionar muitos problemas está na escassez de profissionais qualificados, especialmente enfermeiros e assistentes operacionais (E26).*

Para maximizar o potencial dos recursos humanos e, conseqüentemente, o seu desempenho, é essencial que os colaboradores se sintam motivados e envolvidos no seu trabalho. A motivação tem assumido um papel cada vez mais central nas organizações, uma vez que profissionais motivados tendem a atingir níveis superiores de produtividade e eficácia, contribuindo para o cumprimento dos objetivos e metas institucionais. Assim, fomentar a motivação dos colaboradores revela-se fundamental para a sustentabilidade e sobrevivência das organizações (Ribeiro et al., 2016).

De acordo com os sujeitos inquiridos, existem diversificados motivos para se sentirem motivados a desempenhar o papel de Diretores/as Técnicos/as. Todos estes estão ligados ao cuidar e a valores relacionados com a compaixão, com a empatia, entrega e dedicação ao Outro. Há assim um olhar que se compreende na interação com uma realidade social dura, mas que lhes dá força para continuarem a sua caminhada com orgulho e com prazer na sua atividade profissional:

*“Gosto do que faço pela mudança que provoço na vida do outro” (E2);*

*“O alinhamento que tenho com a missão e a Visão da RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, estar focado na qualidade de vida aos nossos utentes e sentimento de serviço em prol dos mais vulneráveis” (E3);*

*“Amar aquilo que fazemos e para quem fazemos” (E4);*

*“Para mim tudo se traduz em promover o bem-estar e qualidade de vida dos utentes” (E31);*

*“A minha intenção é garantir a qualidade e continuidade dos cuidados prestados aos utentes, assegurando um serviço eficiente e humanizado” (E26).*

Outros fatores frequentemente mencionados referem-se à organização do horário de trabalho, às oportunidades de progressão na carreira e à possibilidade de colaboração em equipa, como forma de superar os desafios inerentes ao quotidiano profissional e alcançar as metas previamente estabelecidas. Acresce ainda a importância da aquisição contínua de novos conhecimentos, que possibilitam a implementação de práticas inovadoras de gestão, com impacto positivo na produtividade e na qualidade dos serviços prestados.

*“Ser um desafio e possibilitar a realização de funções variadas e a aprendizagem associada” (E5);*

*“Apoiar a empresa na gestão, planeamento e organização de todos os serviços da UCCI -Unidade de Cuidados Continuados Integrado” (E7);*

*“Reconhecimento das minhas capacidades e competências” (E17);*

*“Aquisição e partilha de conhecimentos/ experiências na área, implementação de medida que visam a melhoria contínua dos serviços, progressão” (E22).*

Importa salientar que, de acordo com Dias (2012), quando se fala em profissionais de saúde há que ter em conta os fatores motivacionais que resultam em satisfação. As recompensas resultam no aumento de repetição do comportamento e, como tal, o trabalhador quando recompensado continua a produzir melhor.

Como foi possível verificar a maioria dos sujeitos que respondeu ao questionário, é motivado e mantém-se *engaged* por questões não remuneratórias:

*“Para mim a relação com os utentes é uma mais-valia na sua e na minha vida” (E15);*

*“Eu sinto que tenho de garantir a qualidade e continuidade dos cuidados prestados aos utentes, assegurando um serviço eficiente e humanizado” (E26);*

*“O grande motivo é principalmente gostar do que faço, espírito de liderança de equipa e de pertença” (E23);*

Quando os Diretores/as Técnicos/as foram questionados/as sobre a sua remuneração mensal e se a mesma é adequada para as responsabilidades profissionais que

desempenham, quase todo/as destacaram que infelizmente não e que o modelo de financiamento da RNCCI-Rede Nacional de Cuidados Continuados integrado:

*“não permite nem uma remuneração condigna e muito menos reconhecimento e valorização profissional” (E7).*

Os e as Diretores/as Técnicos/as mostram-se pouco valorizados e com pouca visibilidade perante a sociedade em geral. Este sentimento está interligado com a grande responsabilidade que têm perante as famílias dos utentes e perante a Direção das Instituições, e pelo seu empenho não ser uma fonte de apreciação e de autoestima. No entanto considerando as várias perspetivas, são gratos por terem um emprego estável, um rendimento seguro e capital social que favorece uma boa saúde mental (Cooper, 1993).

#### **e) A pandemia COVID-19 e o seu impacto nos Diretores/as Técnicos/as das Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Portugal (Continental)**

Nos últimos anos, a saúde mental deixou de ser um tema tabu, registando-se uma progressiva desmistificação e uma crescente abertura para a sua discussão no espaço público e académico. A pandemia de COVID-19 constituiu um marco relevante nesta mudança, proporcionando um contexto mais propício à abordagem da temática; no entanto, continua a ser uma realidade frequentemente envolta em dificuldades ao nível da explicação, do reconhecimento e do diagnóstico (Ribeiro et al., 2022, p. 101).

A nível global, o controlo da pandemia exigiu alterações profundas e disruptivas nas rotinas quotidianas da população em geral, afetando de forma particularmente intensa os profissionais do setor da saúde. Estes foram submetidos a níveis elevados e persistentes de stress, os quais, em termos organizacionais, se traduziram no surgimento ou agravamento de quadros de *burnout*.

No presente estudo, cinco dos participantes afirmaram que a pandemia, iniciada em 2020, não contribuiu para o aumento do número de Diretores/as Técnicos/as a experienciar *burnout*. Em contrapartida, os restantes trinta inquiridos indicaram que a situação pandémica teve, efetivamente, um impacto negativo, agravando a incidência desta patologia.

Entre os profissionais de saúde, vários fatores contribuíram para o aumento da exaustão física e emocional, do stress e da ansiedade. Destacam-se, entre eles, a sobrecarga

laboral, a escassez de tempo para a execução das tarefas, a ausência de apoio organizacional, as exigências no que respeita à proteção no contacto interpessoal, a constante atualização e modificação de protocolos clínicos e operacionais, bem como o tempo despendido na colocação e remoção dos Equipamentos de Proteção Individual (Schmidt et al., 2020; Pacheco, 2021).

A pandemia impôs aos profissionais da saúde exigências extraordinárias e pressões acrescidas (Pacheco, 2021). Relativamente ao impacto da mesma no quotidiano destes profissionais, cinco dos inquiridos afirmaram não ter sentido alterações significativas, enquanto trinta referiram que a pandemia teve, de facto, repercussões diretas na sua realidade laboral.

A crise sanitária provocada pela COVID-19 veio evidenciar fragilidades estruturais nas Unidades de Cuidados Continuados (UCC), bem como carências ao nível dos recursos humanos. Em múltiplas ocasiões, foi exigido aos profissionais um elevado grau de sacrifício pessoal, em nome do funcionamento eficaz dos serviços e da salvaguarda do bem-estar biopsicossocial dos utentes. Neste contexto, torna-se imperativo dotar os profissionais de saúde de ferramentas e estratégias adequadas que lhes permitam enfrentar adversidades deste tipo e, assim, prevenir o desenvolvimento do *burnout* — uma condição que, nas suas manifestações mais extremas, pode culminar em consequências irreversíveis, como a morte.

#### **f) Estratégias utilizadas pelos Diretores/as Técnicos/as para ultrapassar a sintomatologia/patologia de *Burnout***

Quando os inquiridos foram questionados relativamente às estratégias/ferramentas que já aplicaram no seu quotidiano para ultrapassar esta patologia e realizar a sua reintegração socioprofissional, três deles responderam que nunca tiveram essa necessidade:

*“Não me encontro (encontrei) em estado de Burnout” (E21);*

*“Não aplicável” (E19).*

Enquanto os restantes trinta e dois entrevistados referiram ter a necessidade de aplicar diversificadas estratégias:

*“Tendo sempre a alicerçar-me num ambiente de trabalho saudável, respeitando os profissionais, ajudando-os a conciliar a sua vida profissional e pessoal, melhorando a sua satisfação, e no planeamento.*

*Os pontos críticos são sempre a gestão de RH, nomeadamente a gestão do turnover e a escassez de recursos para os garantir, em competição com os demais prestadores da área da saúde” (E13);*

*“Focar-me nas coisas positivas que fiz até então, e respirar fundo e levantar a cabeça. Por vezes não é fácil...” (E16).*

Os sujeitos que se encontram inseridos no mercado de trabalho, especificamente numa área desafiadora como a da saúde, estão dependentes da sua capacidade de comunicar, da sua adaptabilidade rápida e eficaz à mudança, da sua empatia e confiança para alcançarem o sucesso (Costa & Jesus, 2010; Gonçalves, 2016).

Quando estas estratégias primárias falham, os sujeitos ficam muito mais suscetíveis de desenvolver a Síndrome de *Burnout* (Pêgo e Pêgo, 2016; Gonçalves, 2016). Assim sendo, “parece absolutamente imprescindível utilizar estratégias individuais, sociais, organizacionais de avaliação, prevenção e intervenção” nesta síndrome que é um flagelo do século XXI” (Ribeiro et al. 2022, p. 103).

Segundo Perniciotti et al (2020) citado por Câmara (2023, p.11):

Este reconhecimento por parte das empresas traz associado a tomada de medidas de prevenção, nomeadamente intervenções individuais e organizacionais. Sendo que as intervenções individuais se concentram no desenvolvimento de competências adaptativas de enfrentamento de modo que o colaborador consiga lidar com o stress de forma mais eficaz.

Assim sendo a nível individual é fulcral que as organizações invistam na promoção do Bem-Estar Psicológico e na Gestão de Stress. Nesta vertente é essencial existir a noção da importância do autocuidado e do autoconhecimento, que levam ao reconhecimento das necessidades individuais.

Só neste contexto é possível estabelecer limites pessoais:

*“Eu tento procurar perceber se estou a dar o meu melhor e também sei que nunca irei conseguir agradar a todas as pessoas relacionadas comigo (em termos profissionais), assim tenho de me valorizar pelo meu trabalho” (E5);*

*“Já sei que tenho de estabelecer padrões de sono saudáveis, implementar uma prática de exercício físico regular, assim como técnicas de relaxamento, e se necessárias terapias cognitivo-comportamentais e de mindfulness” (E13);*

*“Apoio de Psicoterapeuta; Exercício físico regular; Acupuntura” (E18).*

Aqui deve-se também incluir uma alimentação saudável e sobretudo saber equilibrar a vida profissional e pessoal, através da inserção de atividades de lazer que proporcionem satisfação fora do ambiente laboral e na implementação de horários flexíveis (Perniciotti et al, 2020; Câmara, 2023):

*“Quando sinto que não estou bem, solicito de teletrabalho ou dias de férias para restabelecimento sobretudo psicológico” (E6);*

*“Nos momentos fora do trabalho tento abstrair-me com tudo o que não esteja envolvido com o meu trabalho, fazer hobbies do meu interesse e focar em mim (dentro do que me seja permitido fora do trabalho, porque sei que a qualquer momento posso ser contactada para resolver questões, nomeadamente na gestão de RH” (E16);*

*“Quando sinto sinais corporais e cognitivos que não ando bem, a Prática de exercício físico, convívio social são as minhas principais estratégias pessoais de combate ao mau estar, ao que se chama mesmo de burnout” (E23).*

Em termos organizacionais, as empresas podem adotar diversas medidas para prevenir a Síndrome de *Burnout*. Analisando os questionários, nomeadamente a pergunta que pretende saber se as Unidades de Cuidados Continuados Integrados onde os trinta e cinco Diretores/as Técnicos/as exercem atividade laboral já estão a aplicar ou a desenvolver estratégias para evitar este problema de saúde, podemos constatar que em vinte sete dessas organizações existe preocupação em realizarem sessões sensibilização e capacitação que abordam essa temática. As restantes oito instituições, ainda não tomaram medidas concretas para ultrapassar esta situação:

*“A nossa Equipa de Psicologia tem desenvolvido algumas dinâmicas com os colaboradores quinzenalmente de forma a combater o cansaço, e a promover o trabalho em equipa” (E10);*

*“Sim, apoio emocional com aulas de meditação” (E11);*

*“Sim. Ações de formação/sensibilização; Atividades de Team Building (E12);*

*“Sim. Promoção do Bem-Estar Mental e Emocional; Ambiente de Trabalho Saudável; Hábitos de Vida Saudáveis; Autoconhecimento” (E13);*

*“Falando com a equipa mais próxima e similares” (E31).*

Face ao exposto, é imperativo que as instituições se empenhem em proporcionar condições físicas e psicológicas adequadas, promovendo ambientes participativos onde a comunicação entre colaboradores seja eficaz e fluida. Deve ainda ser implementado um sistema de recompensas e reconhecimento ajustado às especificidades de cada função.

Além disso, é fundamental estimular e fortalecer as relações interpessoais, assim como monitorizar ativamente os sinais precoces da Síndrome de *Burnout*, intervindo de forma célere quando necessário (Ribeiro et al., 2022). Salienta-se também a relevância da possibilidade do trabalho remoto, que contribui para um maior equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, bem como para o aumento da autonomia no desempenho laboral, evidenciando a confiança da organização na capacidade dos colaboradores para tomar decisões fundamentadas e impactantes no âmbito das suas funções (Perniciotti et al., 2020; Câmara, 2023).

No contexto grupal, a existência de um relacionamento interpessoal saudável é imprescindível, dado que só através de boas relações é possível procurar e obter apoio. Assim, deve ser fomentado um sólido sistema de apoio social, tanto no âmbito profissional como fora dele, uma vez que este funciona como um fator protetor contra o *Burnout*, contribuindo para a redução dos níveis de *stress* em termos sociais, físicos e psicológicos. A diminuição da sensação de isolamento e a facilitação do partilhar de experiências e estratégias para enfrentar adversidades constituem ferramentas eficazes no combate a esta síndrome, podendo recorrer-se, para tal, a mecanismos como a mentoria e o *coaching* (Gabriel & Aguinis, 2022; Câmara, 2023).

Outro elemento preventivo relevante consiste no fornecimento de feedback positivo sempre que as metas estabelecidas são alcançadas. O reconhecimento do desempenho dos colaboradores é essencial para evitar sentimentos de insegurança e desvalorização, promovendo o desenvolvimento de uma cultura organizacional positiva, caracterizada por um ambiente de trabalho saudável, sustentado na confiança, no respeito e na colaboração entre líderes e liderados (Gabriel & Aguinis, 2022; Pines & Keinan, 2005; Câmara, 2023).

Para a prevenção da Síndrome de *Burnout*, as organizações devem investir no desenvolvimento dos seus recursos humanos, oferecendo programas de formação que promovam competências para a gestão do stress e a resolução de conflitos. É crucial fomentar a discussão sobre esta problemática, manter-se atento aos sinais de alerta e disponibilizar apoio e compreensão. Tendo em conta as particularidades e necessidades

individuais de cada colaborador, as entidades devem adaptar as suas estratégias com o objetivo de alcançar um bem-estar global e a satisfação das equipas, promovendo assim o cumprimento dos objetivos organizacionais (Ribeiro et al., 2022).

Por último, no que concerne ao tratamento da Síndrome de *Burnout*, este pode incluir o recurso a psicofármacos, embora tal deva ser acompanhado por apoio especializado psiquiátrico. As organizações poderão igualmente beneficiar do investimento em serviços de psicoterapia, recrutando equipas de psicólogos e terapeutas que ofereçam suporte emocional aos colaboradores que dele necessitem (Paula et al., 2019; Perniciotti et al., 2020; Câmara, 2023).

## Conclusões e Recomendações

A Síndrome de *Burnout* configura-se como um fenómeno contemporâneo de crescente relevância nas organizações de saúde e na sociedade em geral. Caracteriza-se por uma experiência singular, intrinsecamente ligada ao contexto laboral, cuja manifestação é influenciada por fatores situacionais e individuais.

No âmbito desta investigação, evidenciou-se que a maioria dos Diretores/as Técnicos/as das Unidades de Cuidados Continuados (UCC) em Portugal Continental possui um conhecimento claro acerca da Síndrome de *Burnout*, sendo que muitos experienciam quotidianamente sintomas associados. Entre estes, destacam-se manifestações afetivas, cognitivas, físicas, comportamentais e motivacionais, com particular incidência de ansiedade, fadiga, desilusão e, em casos mais graves, ideação suicida, referida por três participantes do estudo.

A vivência diária destes sintomas tem gerado emoções e pensamentos negativos nos Diretores/as Técnicos/as, que desempenham um papel crucial no funcionamento destas unidades. Muitos sentem-se invisíveis, julgados e vulneráveis, refletindo a persistente estigmatização associada à expressão de vulnerabilidades no contexto profissional. Importa salientar que a maioria dos entrevistados nunca procurou apoio psicológico, o que potencia o agravamento da sua saúde mental e coloca em risco a eficácia da gestão das UCC, unidades estas responsáveis por prestar cuidados a pessoas em situação de fragilidade biopsicossocial.

A liderança de equipas multidisciplinares implica uma responsabilidade acrescida, o que leva muitos Diretores/as Técnicos/as a inibir a demonstração dos seus sentimentos de frustração, evitando desmotivar os seus colaboradores — o principal recurso das organizações. No contexto atual, promover incentivos e estratégias motivacionais para cargos de liderança é um desafio significativo. A maioria dos participantes revelou insatisfação relativamente à sua remuneração, mantendo-se, contudo, no cargo devido ao impacto positivo que reconhecem exercer na qualidade de vida dos colaboradores, utentes e seus familiares. Este papel proporciona ainda um conhecimento aprofundado da rede de suporte local e fomenta a partilha de saberes e práticas que contribuem para a melhoria contínua dos serviços prestados.

Apesar do supracitado, a gestão diária deste contexto é árdua, com vários Diretores/as Técnicos/as a ponderar abdicar do seu cargo. Entre os principais desafios identificam-se a gestão de recursos humanos, a resolução de conflitos, a insatisfação face às expectativas remuneratórias, a dificuldade em estabelecer relações eficazes com a liderança superior das Unidades de Cuidados Continuados, a motivação das equipas, a diminuição do turnover — agravado por propostas de emprego mais atrativas no setor público—, bem como o excesso de trabalho e a escassez de recursos humanos.

A pandemia de Covid-19 exacerbou os efeitos da Síndrome de *Burnout*, impondo uma reestruturação dos procedimentos habituais e exigindo a implementação de estratégias pessoais de *coping*. Entre estas destacam-se a adoção de estilos de vida mais saudáveis, com ênfase na alimentação equilibrada, prática regular de exercício físico, cumprimento rigoroso do horário laboral e a aceitação de que não é possível satisfazer todas as partes envolvidas.

Algumas Unidades em Portugal já demonstram uma crescente sensibilização para esta problemática, implementando medidas preventivas que incluem ações de formação e sensibilização, atividades de *team building*, acesso a equipas de psicologia para suporte à saúde mental e a introdução de técnicas de *mindfulness*.

A prevenção da Síndrome de *Burnout* exige uma responsabilidade partilhada entre colaboradores e organizações. É fundamental que os profissionais reconheçam os seus limites, cuidem da saúde física e mental e procurem apoio quando necessário. Paralelamente, as organizações devem fomentar ambientes laborais que promovam o bem-estar, o reconhecimento e a gestão saudável do stress. A prevenção eficaz do *Burnout* reside na constante adaptação e equilíbrio entre os desafios profissionais e as necessidades pessoais (Ribeiro et al., 2022).

## Referências Bibliográficas

Almeida, J. (2017). *Inovação: O papel da gestão na criação de valor* (Edição Caderno).

Alarcon, G. M., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2011). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress*, 25(3), 224–246. <https://doi.org/10.1080/02678373.2011.609662>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bailey, C., Madden, A., Alfes, K., & Fletcher, L. (2017). The meaning, antecedents and outcomes of employee engagement: A narrative synthesis. *International Journal of Management Reviews*, 19(1), 31–53.

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (3ª reimpressão). Edições 70. <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurencebardin.pdf>

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands–resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>

Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: The JD–R approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 389–411. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>

Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2008). Positive organizational behavior: Engaged employees in flourishing organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 29(2), 147–154. <https://doi.org/10.1002/job.515>

Benevides-Pereira, Ana Maria Teresa. (2012). Considerações sobre a síndrome de burnout e seu impacto no ensino. *Boletim de Psicologia*, 62(137), 155-168. Recuperado em 4 de maio de 2025, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S000659432012000200005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000659432012000200005&lng=pt&tlng=pt).

Bergamini, C. W. (1994). Liderança: A administração do sentido. *Revista de Administração de Empresas*, 34(3), 102–114. <https://doi.org/10.1590/S0034-75901994000300009>

Cabral, L., Duarte, J. C., Silva, D., Gonçalves, A. M., & Silva, E. (2016). A situação de crise em Portugal e a saúde mental dos profissionais de saúde. *Revista*

*Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (Spe. 3), 57–62.*  
<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0118>

Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Caderno Saúde Pública, 19*.

Câmara, J. (2023). *Burnout, quiet quitting e job hopping* (Tese de mestrado). Universidade do Porto.

Campos, B. (2020). *Burnout no mundo do trabalho: A relação da síndrome com as variáveis sociodemográficas em contexto de confinamento e pandemia* (Tese de mestrado). Universidade de Lisboa.

Capucha, L. (2005). Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de proteção. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 15*.

Carvalho, M. H. (Coord.), Almeida, H., Branco, F., Bravo, M., Fraçadas, M., Fazenda, I., Ferreira, F., Frederico, L., Guadalupe, S., Lopes, M., Masfret, D., Payne, M., Ribeiro, A., Santo, I., & Silva, T. (2012). *Serviço social na saúde*. PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

Carvalho, M. H. (2012). *Serviço social na saúde*. PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

Colquitt, J. A., Conlon, D. E., Wesson, M. J., Porter, C. O., & Ng, K. Y. (2013). Justice at the millennium: A meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. *Journal of Applied Psychology, 86*(3), 425–445. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.425>

Costa, P. L., Passos, A. M., & Bakker, A. B. (2014). Direct and moderating effects of personality on the job demands–resources model. *SA Journal of Industrial Psychology, 40*(1), 1–11. <https://doi.org/10.4102/sajip.v40i1.1102>

Cooper, C.L. (1993). Identifying workplace stress: costs benefits and way forward. In Brussels, Editors. Proceedings of the European Conference on Stress at work: foundation for the improvement of living and working conditions, 9-10

Coutinho, C. P. (2019). *Metodologia de ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed.). Edições Almedina.

Corrigan, P. W. (2004). *How stigma interferes with mental health care*. *American Psychologist, 59*(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>

Costa, L. (2018). *Avaliação do impacto do programa de primeira ajuda em saúde mental na literacia em saúde mental dos estudantes de enfermagem* (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Chiavenato, I. (2014). *Gestão de pessoas: O novo papel dos recursos humanos*. Editora Atlas.

Cruz, A. (2015). *Perceção de suporte organizacional, engagement e segurança do doente* (Tese de mestrado). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Cunha, M. P., & Rego, A. (1987). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. RH Editora.

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2014). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512.

Decreto-Lei nº 101/2006 do Ministério da Saúde. (2006). *Diário da República: I Série A, nº 109/2006*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

Deneva, S., & Ianakiev, S. (2021). *Burnout and mental health: Implications for organizational well-being*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 26(5), 387–399.

Dias, S.R.S. (2012). *A influência dos traços de personalidade no Burnout nos Enfermeiros*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Universidade do Porto, Porto.

Drucker, P. F. (2006). *O gestor eficaz*. Actual Editora.

Entidade Reguladora da Saúde. (2022). Relatório de monitorização da RNCCI. <https://ers.pt/>

Fernandes, A., & Gomes, P. (2020). Estilos de liderança: evolução e impacto nas organizações. *Revista Portuguesa de Gestão*, 15(2), 45–60.

Gabriel, K., & Aguinis, H. (2022). How to prevent and combat employee burnout and create healthier workplaces during crises and beyond. *Business Horizons*, 65(2), 183–192. <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2021.02.037>

Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jiménez, B., & Monteiro, M. J. (2011). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2), 149–159.

Gonçalves, F. (2016). *Burnout e qualidade de vida em cuidados paliativos* (Tese de mestrado). Universidade de Coimbra.

Gomes, F., & Carvalho, S. (2020). Liderança democrática: impacto no desempenho e satisfação das equipas. *Revista Portuguesa de Administração*, 12(3), 75–89.

Guadalupe, S., Daniel, F., Macedo, P., & Almeida, V. (2022). Política de cuidados continuados para pessoas idosas dependentes em Portugal. In M. C. S. Minayo, R. M. Silva, & C. C. P. Brasil (Orgs.), *Cuidar da pessoa idosa dependente: desafios para as famílias, o estado e a sociedade* (pp. 69–91). Editora da Universidade Estadual do Ceará.

Guerreiro, A. C. P. M. (2016). *Conhecimentos sobre a RNCCI: um estudo exploratório sobre a percepção dos alunos do curso de enfermagem* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Bragança.

Halbesleben, J. R. (2006). Sources of social support and burnout: A meta-analytic test of the conservation of resources model. *Journal of Applied Psychology*, 91(5), 1134–1145. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.91.5.1134>

Halbesleben, J. R., & Buckley, M. R. (2004). Burnout in organizational life. *Journal of Management*, 30(6), 859–879. <https://doi.org/10.1016/j.jm.2004.06.004>

Hayes, B. C., O'Brien, J. L., & McCarthy, V. (2015). Perceived organizational justice and work engagement: The mediating role of trust in management. *Journal of Managerial Psychology*, 30(3), 284–299.

Herrmann, D., & Felfe, J. (2014). Effects of leadership style, creativity technique and personal initiative on employee creativity. *British Journal of Management*, 25(2), 209–227. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.2012.00849.x>

Instituto da Segurança Social. (2018). Guia prático – Rede nacional de cuidados continuados integrados. <https://cnis.pt>

Kim, H. J., Shin, K. H., & Swanger, N. (2021). Burnout and engagement: A comparative analysis using JD-R model in South Korea and the United States. *Journal of International Business Studies*, 52(2), 242–265. <https://doi.org/10.1057/s41267-020-00397-2>

Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2015). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207. <https://doi.org/10.1080/02678370500397720>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Leiter, M. P., & Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research*, 3(4), 89–100. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.09.001>

Leka, S., & Jain, A. (2019). *Organizational approaches to tackling psychosocial risks and promoting mental well-being: The right way forward*. In C. L. Cooper & J. Campbell Quick (Eds.), *The Handbook of Stress and Health* (pp. 79–96). Wiley Blackwell.

Lopes, D. M. F. D. S. (2022). *Impacto da liderança autêntica no stress, burnout e performance dos colaboradores* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Leiria.

Lundgren-Nilsson, Å., Jonsdottir, I. H., Pallant, J. F., & Ahlborg, G. (2012). Internal construct validity of the Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ). *BMC Public Health*, 12, 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1>

Macedo, Paula Maria Henriques; Guadalupe, Sónia (2020). *Serviço Social Hospitalar e Cuidados Continuados: articulação entre a saúde e o apoio social informal*. Dissertação de Mestrado. ISMT.

Markos, S., & Sridevi, M. S. (2010). Employee engagement: The key to improving performance. *International Journal of Business and Management*, 5(12), 89–96

Maslach, C., 2001. What have we learned about burnout and health? *Psychology and Health*, 16, 607-11.

Maslach, C. (1993). Burnout: a multidimensional perspective. In T. Francis (Ed.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 19–32). Washington DC.

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. e Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 99-113.

Maslach, C. Schaufeli, W.B. Leiter, M., 2001. Job Burnout. *Annu. Rev. Psychol*, 52, 397 422.

Maslach, C., e Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1 16). Washington, DC: Taylor e Francis.

Meireles, J., Carvalho, V., & Vieira, R. (2015). Burnout e stress em enfermeiros hospitalares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(6), 1026–1033. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680613>

Melo, A., & Cruz, A. (2021). *Saúde mental e trabalho em tempos de pandemia: Reflexões e desafios*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 39(1), 12–19.

Ministério da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. <https://www.dgs.pt>

Ministério da Saúde & Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2006). *Unidades de Longa Duração e Manutenção: Normas e orientações para a sua organização e funcionamento*. Lisboa: Autor.

Moreira, P. (2018). *Impacto do burnout na performance dos profissionais de saúde* (Tese de mestrado). Universidade do Porto.

Müller, A., & Haddad, M. (2020). Intervenções para prevenir o burnout em enfermeiros: uma revisão sistemática. *Enfermería Global*, 19, 345–361.

Névoa, M. (2018). *A ação da Direção técnica das estruturas residenciais para pessoas idosas: Um estudo de caso no concelho de Viana do Castelo* (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Portugal.

Nishimura, Y., Tanaka, H., & Sato, K. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on burnout among healthcare professionals: A cross-sectional study. *Journal of Occupational Health*, 63(1), e12234.

Nohria, N., Groysberg, B., & Lee, L.-E. (2008). Employee motivation: A powerful new model. *Harvard Business Review*, 86(7/8), 78–84.

Northouse, P. G. (2018). *Leadership: Theory and practice* (8th ed.). SAGE Publications.

OECD. (2020). *Health at a glance 2020: OECD indicators*. OECD Publishing.

Oliveira, A. (2019). *Estratégias para a melhoria da saúde mental dos profissionais de enfermagem* (Dissertação de mestrado). Universidade do Minho.

Oliveira, M., Santos, R., & Pereira, L. (2016). *Metodologia de investigação em ciências sociais: Conceitos e técnicas*. Edições Sílabo.

Oliveira, L., & Sequeira, C. (2020). *Estigma associado à doença mental: Perspetivas dos profissionais de saúde*. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(25), 1–10.

Organização Mundial da Saúde. (2019). *Classificação internacional de doenças* (11ª ed.). OMS. <https://www.who.int>

Pacheco, P. A. (2021). *Impacto(s) da pandemia Covid-19 no burnout e indicadores de saúde mental* (Dissertação de mestrado). Universidade da Beira Interior.

Paula, S. A. , Ferreira, W. F. S., Oliveira, E. C. , & Dutra, D. A. (2019). Síndrome de *burnout*: Uma análise acerca de sua compreensão para a enfermagem. *Revista Saúde E Desenvolvimento*, 12(13), 122–146.  
<https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1002>

Pêgo, F. P. L., & Pêgo, D. R. (2016). Síndrome de burnout. *Revista Brasileira Medicina Do Trabalho*, 14(2), 171–176

Pereira, R., & Silva, T. (2017). Burnout em enfermeiros: um estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 35(2), 145–154.

Perniciotti, P., Júnior, C. V. S., Guarita, R. V., Morales, R. J., & Romano, B. W. (2020). Síndrome de burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. *Revista da SBPH*, 23(1), 35-52.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151608582020000100005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582020000100005&lng=pt&tlng=pt)

Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., & Esmail, A. (2017). *Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: A systematic review and meta-analysis*. *JAMA Internal Medicine*, 177(5), 634–642. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.1838>

Paro, C. A., Silva, M. L., & Andrade, R. S. (2015). *Estilos de liderança e seus impactos nas organizações*. *Revista de Administração Contemporânea*, 19(3), 412–428

Pinder, C. C. (1998). *Work motivation in organizational behavior*. Prentice Hall.

Pines, A. M., & Keinan, G. (2005). Stress and burnout: The significant difference. *Personality and Individual Differences*, 39(3), 625–635. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.02.009>

Pinto, S. (2019). *Saúde mental no trabalho: prevenção do burnout em serviços de saúde* (Tese de mestrado). Universidade de Lisboa.

Pinho, P., & Sousa, R. (2022). Relação entre justiça organizacional e engagement: um estudo com profissionais de saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 35, 1–12.

Pocinho, M., & Perestrelo, L. (2011). *Engagement e burnout: Um estudo sobre o bem-estar psicológico no contexto laboral*. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 45(2), 23–38.

Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879–903. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>

Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). *Gender differences in burnout: A meta-analysis*. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168–185. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.006>

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais* (4ª ed.). Gradiva.

Ramalho, L. (2011). *Atitudes e Práticas de Gestão de Talentos: Estudo Exploratório no Contexto Organizacional Português*. Tese de Mestrado. Departamento de Psicologia, Escola de Ciências Sociais. 115 pp

Raposo, M. M. R. (2023). *O impacto da motivação e satisfação profissional no desempenho organizacional* (Dissertação de mestrado). Universidade da Beira Interior.

Ribeiro, C., Carvalho, W., & Ramos, P. (2022). *Ligar o sinal de alerta: A influência da liderança no burnout*. Lisboa, Portugal: Editora RH.

Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., & Sen, S. (2018). *Prevalence of burnout among physicians: A systematic review*. *JAMA*, 320(11), 1131–1150. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). *Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions*. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54–67. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>

Sampaio, F., & Sequeira, C. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lidel.

Santos, M. (2018). *Burnout em profissionais de saúde: causas e consequências* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto.

Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293–315. <https://doi.org/10.1002/job.248>

Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Taylor & Francis.

Schaufeli, W. B. e Greenglass, E. R. (2001). Introduction to Special Issue on Burnout and Health. *Psychology and Health*, 16, 501-510. Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. e Maslach, C. (2008). Burnout: Thirty-five years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.

Schaufeli, W. B., & Salanova, M. (2007). Efficacy or inefficacy, that's the question: Burnout and work engagement, and their relationships with efficacy beliefs. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 20(2), 177–196.

Schulz, R., Greenley, J.R., e Brown, R. (1995). Organization, management and client effects on staff burnout. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(4),333-353.

Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLOS ONE*, 12(10), e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>

Silva, L., & Gomes, R. (2017). *Saúde mental no contexto organizacional*. Edições Almedina.

Silva, R., & Machado, P. (2021). *Estilos de liderança e impactos no desempenho organizacional*. Edições Sílabo.

Silva, R. F., & Lopes, F. (2020). Relação entre burnout e satisfação no trabalho: uma revisão sistemática. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 20(3), 676–685.

Silva, T., Mendes, R., & Carvalho, A. (2023). *Burnout em profissionais de saúde após a pandemia: Um estudo exploratório*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 24(2), 98–110.

Sousa, A. (2019). *Estudo do burnout em profissionais da saúde mental* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa.

Sousa, B. T. de F. e. (2018). *Síndrome de Burnout: um estudo comparativo entre profissionais de saúde e outros profissionais* (Dissertação de mestrado, Universidade dos Açores).

Swider, B. W., & Zimmerman, R. D. (2010). *Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes*. *Journal of Vocational Behavior*, 76(3), 487–506. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.01.003>

Tavares, P. (2016). *Gestão de recursos humanos em contextos de cuidados continuados* (Dissertação de mestrado). Universidade do Minho.

Taylor, S. E. (2015). *Health psychology* (9ª ed.). McGraw-Hill.

Torre, B. F. (2022). *Liderança transformacional e o bem-estar dos trabalhadores em um período de crise: O papel mediador dos comportamentos de suporte* (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Portugal.

Unidade de Saúde de Coimbra, (s.d.). Regulamento Interno: Unidade de Convalescença.

World Health Organization. (2019). Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

World Health Organization. (2019). *Mental health in the workplace*. [https://www.who.int/mental\\_health/in\\_the\\_workplace/en/](https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/en/)

Veríssimo Damasceno, R. (2021). *Liderança e gestão de pessoas nas organizações contemporâneas*. Dissertação de mestrado. Universidade de Coimbra.