

MESTRADO

PSICOLOGIA

SAÚDE MENTAL DOS BANCÁRIOS EM PORTUGAL: UM ESTUDO SOBRE BURNOUT E DEPRESSÃO NO TRABALHO

Frédéric Salvador Oliveira Coelho

M

2022



SAÚDE MENTAL DOS BANCÁRIOS EM PORTUGAL: UM ESTUDO SOBRE BURNOUT E DEPRESSÃO NO TRABALHO

Frédéric Salvador Oliveira Coelho

Junho 2022

Dissertação apresentada no Mestrado em Temas de Psicologia, área de Reabilitação Psicossocial e Saúde Mental, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora Cristina Queirós (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

Declaro que a presente dissertação é de minha autoria e não foi utilizado previamente noutro curso ou unidade curricular, desta ou de outra instituição. As referências a outros autores (afirmações, ideias, pensamentos) respeitam escrupulosamente as regras da atribuição, e encontram-se devidamente indicadas no texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as normas de referência. Tenho consciência de que a prática de plágio e auto-plágio constitui um ilícito académico.

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

INFORMAÇÃO ADICIONAL

Esta dissertação foi realizada com comparticipação de verbas do Mestrado em Temas de Psicologia e do Laboratório de Reabilitação Psicossocial da FPCEUP, utilizadas para inscrição em eventos de carácter científico (ex: congressos) e para materiais (ex: impressão de posters) com dados preliminares desta investigação, tendo sido produzido o seguinte:

Poster:

- Oliveira, S., Pereira, R., Oliveira, F., Cavalcante, C., Fonseca, S., Faria, S., & Queirós (submetido junho 2022). *Automonitorização do stress e burnout através da plataforma SOMSII Innovation & Research-Flexsaude*. 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, 7 a 10 de setembro, Universidade da Madeira, Funchal.

AGRADECIMENTOS

Queria começar por agradecer à Cátia Azevedo, meu amor, minha inspiração por esta dissertação, por ser bancária, e minha inspiração no dia a dia. É um prazer e orgulho poder caminhar ao lado dela e admirar a sua força, determinação e coragem.

À minha orientadora, Professora Doutora Cristina Queirós, pelo seu entusiasmo mal lhe apresentei o meu esboço que instantaneamente transformou num projecto. Pela sua disponibilidade total, o seu conhecimento, o seu amor contagioso pelo burnout.

À minha família pela paciência e ao meu sobrinho Alexis por me ajudar a preencher as tabelas e por ser a minha cobaia nos meus experimentos psicológicos.

Aos meus professores e a todos os funcionários que nos ajudam diariamente.

Aos meus colegas de turma pela simpatia, troca de conhecimentos e pelo facto de terem aumentado a minha vontade de visitar o Brasil.

Ao Celso Sá enquanto coordenador da Comissão de Trabalhadores, sem a sua ajuda a recolha da amostra teria sido mais difícil.

E, por fim, a todos os bancários que perderam alguns minutos a preencher o nosso questionário.

A todos, o meu sincero obrigado!

*“The emptiest of feelings
Disappointed people
Clinging onto bottles
And when it comes it’s so so disappointing
... Floor collapsing, floating
Bouncing back and
One day I am gonna grow wings...”*
(Thom Yorke, 1997)

RESUMO

Sendo um bancário responsável pelo atendimento ao público relativamente às questões financeiras, e fazendo o dinheiro e as preocupações consequente parte do nosso dia a dia, estes trabalhadores estão sujeitos a pressões diariamente. Durante a pandemia da COVID-19, os bancos foram considerados serviços essenciais e tiveram de se manter abertos, o que aumentou o medo de adoecer e de contagiar os seus familiares.

Este trabalho pretende conhecer os níveis de burnout e depressão pelo trabalho dos bancários em Portugal, verificar se variam em função de características sociodemográficas e conhecer a interrelação entre esses dois conceitos.

Os dados foram recolhidos online através do método de bola de neve e através de email enviado aos trabalhadores de um banco pelo seu coordenador da Comissão de Trabalhadores. Foram aplicadas versões portuguesas do Burnout Assessment Tool (BAT), Occupational Depression Inventory (ODI), e Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Participaram de forma anónima e voluntária 210 bancários a nível nacional, predominando Lisboa com 37% e Porto com 24%.

Os resultados revelaram níveis moderados de Burnout e baixos de Depressão pelo Trabalho, embora 42% da amostra apresentasse Burnout elevado. Encontrou-se sobretudo mais Exaustão e Queixas Psicológicas, e as mulheres revelaram mais Queixas Psicossomáticas e Sintomas Secundários. Todavia, no que concerne o Local da Agência verificou-se diferenças significativas na maioria das dimensões, porém seria importante em futuros estudos as amostras serem mais equiparadas. Em termos da Categoria Profissional encontraram-se diferenças significativas na Exaustão, Queixas Psicossomáticas, Sintomas Secundários e Depressão pelo Trabalho.

Não se encontraram diferenças significativas em função do estado civil e da escolaridade, nem correlações significativas com a idade e os anos de serviço, sugerindo uma transversalidade do Burnout. A análise da regressão evidenciou que as dimensões do Burnout explicam 69,3% da Depressão pelo Trabalho e a Depressão pelo Trabalho explica 62,1% do Burnout, existindo uma correlação positiva forte entre ambos. Relativamente à ansiedade e depressão, os valores foram moderados, mas alguns casos já inspiram preocupação e podem estar em sofrimento psicológico.

É de alertar que os resultados podem estar contaminados pelo “mito do trabalhador saudável”, e quem já estiver em Burnout ter menor disponibilidade mental para preencher inquéritos ou até já poder estar de baixa médica. Sugere-se um estudo mais alargado e que inclua mais questões relativas ao estado de saúde psicológica e física de forma a conhecer mais detalhadamente a saúde ocupacional dos bancários.

Palavras-chave: Burnout, Depressão pelo Trabalho, Ansiedade, Depressão, Bancários.

ABSTRACT

Being a bank employee a responsible for serving the public regarding financial issues and knowing that money and its consequent worries are part of our daily lives, these workers suffer pressures daily. During the COVID-19 pandemic, banks were considered essential services and had to remain open, which increased the fear of falling ill and infecting their families.

This study aims to identify the levels of burnout and occupational depression by of bank workers in Portugal, verify if they vary according to sociodemographic characteristics and to know the interrelationship between these two concepts.

The data was collected online using the snowball method and via email sent to bank workers by their Workers' Commission coordinator. Portuguese versions of the Burnout Assessment Tool (BAT), Occupational Depression Inventory (ODI), and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were applied. A sample of 210 bank workers participated anonymously and voluntarily at national level, predominantly Lisbon with 37% and Porto with 24%.

The results revealed moderate levels of Burnout and low occupational Depression, although 42% of the sample had high Burnout. More Exhaustion and Psychological Complaints were found, and women presented more Psychosomatic Complaints and Secondary Symptoms. However, regarding the Agency localization, there were significant differences in most dimensions, but it would be important in future studies for samples to be more equated. Considering professional position, significant differences were found in Exhaustion, Psychosomatic Complaints, Secondary Symptoms and Depression by Work.

No significant differences were found due to marital status and schooling, nor significant correlations with age and years of service, suggesting a common and transversal burnout. Regression analysis showed that the burnout dimensions explain 69.3% of occupational Depression, while occupational Depression explains 62.1% of Burnout, with a strong positive correlation between them. Regarding anxiety and depression, the values were moderate, but some cases already inspire concern and may be in psychological distress.

We must warn that the results may be contaminated by the "myth of the healthy worker", since those who are already in burnout have less mental availability to fill out surveys or may even be on sick leave. A broader study is suggested that includes more questions related to psychological and physical health status in order to know in more detail the occupational health of bank workers.

Keywords: Burnout, Occupational Depression, Anxiety, Depression, Bank Employees

RÉSUMÉ

En tant qu'employé de banque chargé de servir le public en ce qui concerne les questions financières, sachant que l'argent et les soucis font partie de notre vie quotidienne, ces travailleurs sont soumis à des pressions quotidiennes. Pendant la pandémie de COVID-19, les banques étaient considérées comme des services essentiels et devaient rester ouvertes, ce qui augmentait la peur de tomber malade et d'infecter leurs familles.

Cette étude veut identifier les niveaux d'épuisement professionnel et de dépression par le travail des travailleurs de banque au Portugal, vérifier s'ils varient en fonction des caractéristiques sociodémographiques et connaître l'interrelation entre ces deux concepts.

Les données ont été collectées en ligne à l'aide de la méthode boule de neige et par courrier électronique envoyé aux employés de banque par leur coordinateur de la Commission des Travailleurs. Les versions portugaises de l'outil d'évaluation de l'épuisement professionnel (BAT), de l'inventaire de la dépression professionnelle (ODI) et de l'échelle d'anxiété et de dépression hospitalière (HADS) ont été appliquées. Un échantillon de 210 employés de banque a participé anonymement et volontairement au niveau national, principalement Lisbonne avec 37% et Porto avec 24%.

Les résultats ont révélé des niveaux modérés d'épuisement professionnel et une faible dépression par le travail, bien que 42% de l'échantillon présente déjà un épuisement professionnel élevé. Plus d'épuisement et de plaintes psychologiques ont été trouvés, et les femmes ont révélé plus de plaintes psychosomatiques et de symptômes secondaires. Toutefois, en ce qui concerne la localisation de l'Agence, il y avait des différences significatives dans la plupart des dimensions, mais il serait important, dans les études futures, que les échantillons soient mieux comparables. En ce qui concerne la catégorie professionnelle, des différences significatives ont été observées dans l'épuisement, les plaintes psychosomatiques, les symptômes secondaires et la dépression au travail.

Aucune différence significative n'a été trouvée en fonction de l'état matrimonial et de la scolarité, ni de corrélations significatives avec l'âge et les années de service, suggérant une transversalité de l'épuisement professionnel. L'analyse de régression a montré que les dimensions de l'épuisement professionnel expliquent 69,3% de la dépression par le travail et la dépression par le travail explique 62,1% de l'épuisement professionnel, avec une forte corrélation positive entre eux. En ce qui concerne l'anxiété et la dépression, les valeurs étaient modérées, mais certains cas suscitent déjà de l'inquiétude et peuvent être en détresse psychologique.

Mots clés: Épuisement professionnel, Dépression par le travail, Anxiété, Dépression, Employé de Banque.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 A conjuntura dos bancários em Portugal	2
1.2 Síndrome de burnout	3
1.3 Depressão e Depressão pelo trabalho	6
1.4 Relação burnout e depressão	10
2. MÉTODO	12
2.1 Participantes	12
2.2 Materiais	12
2.3 Procedimentos	13
3. RESULTADO	14
4.DISSCUSSÃO	21
5. CONCLUSÕES	25
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

1. INTRODUÇÃO

O sector bancário é uma área na qual o stress no trabalho é permanente. De facto, desde as primeiras décadas do século XXI, o mercado financeiro tem sido fustigado com notícias relativamente à falência de instituições financeiras, como por exemplo a situação do Lehman Brothers (1850-2008) que nos Estados Unidos da América precipitou uma crise bancária mundial. Actualmente, bancos fecharam um pouco em todo o mundo e, por exemplo, na Islândia os três maiores bancos faliram devido à desproporção entre a dimensão da economia doméstica e o valor gerado pelo sistema bancário. No Reino Unido o Northern Rock foi nacionalizado, enquanto na França e na Suíça, companhias de seguros e agências de financiamento imobiliário declararam perdas colossais (ex: Société Générale; Swiss Re e UBS). Em Portugal, para além da nacionalização do Banco Português de Negócio (BPN) e a intervenção no Banco Privado Português (BPP), os outros bancos que operavam em Portugal, em 2008, apresentaram lucros e pareciam estar à margem da crise. No entanto, em 2012, os maiores bancos portugueses (Caixa Geral de Depósitos (CGD), Banco Comercial Português (BCP), Banco Português de Investimento (BPI)) tiveram de se recapitalizar recorrendo à ajuda do Estado, enquanto o Banco Espírito Santo (BES) aumentou capital junto dos privados, tendo, contudo, em 2014 entrado em falência.

Esta crise financeira já se tinha transformada em crise económica, tendo o Fundo Monetário Internacional (FMI) resgatado vários países, e, em Portugal a maioria dos bancos portugueses ficou na posse de empresas estrangeiras e tiveram de sofrer reestruturações. Muitas agências fecharam e os custos com o pessoal teve de diminuir, levando ao despedimento de centenas de bancários e rescisões por mútuo acordo (reformas antecipadas), prática que ainda se encontra em vigor. Note-se que entre 2009 e 2019 os Bancos em Portugal reduziram quase 13 mil trabalhadores e fecharam mais de 2.000 balcões, conforme noticiado em 2020¹ e em 2022². Além disso, as novas tecnologias também tiveram uma influência na banca, devido à crescente utilização do Homebanking, à concorrência dos rivais digitais (ex: N26, Revolut, Bunq) e aos multibancos cada vez mais sofisticados, o que fez mudar o paradigma dos bancos. Segundo Grisci & Bessi (2004), a reestruturação produtiva do trabalho bancário, já na década anterior, marcou a passagem de uma cultura de estabilidade e segurança para uma cultura de instabilidade e insegurança que afecta os modos de trabalhar e de ser bancário.

Assim, todas essas mudanças potencializam o stress ocupacional, caracterizado pelos factores de riscos, respostas ao stress e consequências da história de vida (Quick & Henderson, 2016) o qual pode originar o burnout e a depressão, entre outras perturbações. Note-se que o burnout se caracteriza

¹ <https://observador.pt/2020/10/22/bancos-reduziram-quase-13-mil-trabalhadores-e-2-mil-agencias-em-10-anos/>

² <https://www.jornaldenegocios.pt/empresas/detalhe/banca-vai-continuar-com-reducao-de-trabalhadores-e-balcoes-diz-apb>

por um estado de esgotamento físico e mental causado pelo exercício de uma actividade profissional e que vigora desde o dia 1 de janeiro de 2022, na classificação internacional de doenças da Organização Mundial de Saúde (CID-11), embora não classificado como uma condição médica, mas como um fenómeno ocupacional³.

Recorde-se que já em 2017, a saúde mental no local de trabalho foi o tema do Dia Internacional da Saúde Mental, o qual se celebra no dia 10 de outubro de cada ano, e sensibiliza e reúne esforços em prol da saúde mental. Também a depressão tem sido alvo de um interesse crescente no mundo e no mesmo ano, o tema do Dia Internacional da Saúde, celebrado a 7 de abril, foi a depressão, tendo a Organização Mundial de Saúde criado uma campanha (Let's talk) para se lutar contra o estigma, prevenir e ajudar quem tem depressão. A depressão é uma das perturbações mais prevalentes e custosas que afecta as classes trabalhadoras (Putnam & Mckibbin, 2003), pois, para além dos custos económicos e organizacionais, os custos humanos são enormes, visto que incapacita as pessoas, impede a existência da alegria e, de acordo com o Dong e colaboradores (2019) e Dejours (2017), aumenta a prevalência de tentativas de suicídio. Além disso, surge associada ao burnout, assistindo-se a uma discussão recente (Bianchi et al., 2015; Bianchi, Schonfeld, et al., 2020; Bianchi & Schonfeld, 2020; W. B. Schaufeli et al., 2020) sobre a sua sobreposição. Recentemente a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2022) alertou para o declínio da saúde mental a nível mundial, em resultado da pandemia COVID-19, mas também de macrostressores como conflitos armados, pobreza, etc.

Assim, este trabalho tem como objectivos conhecer os níveis de burnout e depressão pelo trabalho em bancários portugueses, verificar se variam em função de características sociodemográficas/laborais e conhecer a interrelação entre estes dois conceitos. Para tal foi estruturado nesta introdução teórica começando por abordar o que é o sistema bancário em Portugal, referindo-se em seguida o conceito de burnout, de depressão, de depressão pelo trabalho e da intercorrelação entre os conceitos. Em seguida apresenta-se o estudo empírico efetuado com 210 bancários.

1.1. A conjuntura dos bancários em Portugal

Segundo o Banco de Portugal, hodiernamente existem 45 instituições bancárias nacionais e internacionais em Portugal. Em 2020, a banca terminou o ano com 61.740 trabalhadores, contra 63.806 em 2019, e um total de 4.868 balcões, contra 5.523 em 2019, ou seja, menos 2066 bancários (menos 4%) e menos 655 balcões (menos 10%). Em 2010 foi o ano em se verificou o maior número de balcões, pois existia um total de 8106 agências bancárias. Em relação aos bancários, o maior

³ <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/05/28/stress-profissional/>

número aconteceu em 2011 com 80169 e, desde essa altura, tanto os balcões como os bancários têm vindo a diminuir drasticamente como se consegue observar pelos números supracitados. Os sindicatos do sector bancários foram mesmo ouvidos na comissão parlamentar de Trabalho e Segurança Social, em julho de 2021, e, expuseram o clima de “terror” e “assédio moral” vivido na banca, demonstrando preocupação por causa de uma possível concertação das instituições nos processos de despedimento e redução de pessoal⁴. Todas essas mudanças são fruto das alterações sociais, económicas, tecnológicas e demográficas que terão um impacto cada vez maior na forma como os bancários trabalham, originando desafios constantes. Ora, há já alguns anos que o paradigma mudou, sendo o bancário, atualmente, visto como um comercial que procura aumentar todo o tipo de transações, sendo pressionado a realizar vendas, como seguros, produtos prestígios, etc. As metas impostas acabam por ser um risco acrescido no bem-estar dos bancários, para além do trabalho acelerado, dos riscos ergonómicos (sobretudo por causa dos movimentos repetitivos, mais prevalentes nos colaboradores cuja função é estar na “caixa”) e dos riscos de assalto. E, embora os bancos tenham-se mantido abertos durante a pandemia de COVID-19 (o que pode ter originado mais stress para os colaboradores, devido aos receios relativamente ao contágio), existem dados que demonstram que os clientes digitais e as transações online têm aumentado consideravelmente⁵. Por todos esses motivos, a percepção de empregabilidade poderá estar afectada, podendo ser um factor de risco para o burnout e depressão (Aybas & Elmas-atay, 2018; Qiao et al., 2016) devido a este stress crónico.

1.2. Síndrome de burnout

O termo burnout foi introduzido em 1953 por Schwartz e Will, relatando o caso clínico da “Miss Jones”, uma enfermeira psiquiátrica desanimada com o seu trabalho. Em 1960, foi editado o livro “A Burn-Out Case”, de Graham Green sobre um arquitecto que deixou de apreciar a vida e desapaixonou-se pela sua profissão. Contudo, foi somente em 1974, através de Freudenberg, que a palavra apareceu numa revista científica. O autor, psiquiatra americano, utilizou a definição do verbo burn-out como um falhanço, um desgaste ou ficar exausto por tentar cumprir exigências excessivas de energia, força ou recursos (Freudenberg, 1974). Começou a questionar-se acerca do fenómeno, pelo facto de ter sentido nele e noutros voluntários de uma clínica de toxicodependentes um afastamento em relação à clínica e ao seu líder, depois de trabalhar arduamente durante um ano, constituindo estes os sintomas iniciais do burnout. A partir dessa altura houve um grande interesse acerca do tópico e muitos outros autores procuraram definir o burnout, como a psicóloga americana

⁴ <https://www.jn.pt/economia/sindicatos-denunciam-clima-de-terror-e-suspeitas-de-concertacao-entre-bancos-13987503.html>

⁵ <https://www.jornaldenegocios.pt/negocios-iniciativas/banca-do-futuro/detalhe/2020-esta-a-ser-o-ano-da-banca-digital>

Maslach (Maslach et al., 2001) que definiu o burnout como uma resposta prolongada a problemas emocionais e interpessoais crónicos enquanto stressores no trabalho. Definiu-o, ainda, por três dimensões: exaustão (qualidade central e critério imprescindível), cinismo (despersonalização, distanciamento cognitivo) e ineficácia (reduzida realização pessoal e profissional). Maslach refere que a falta de eficácia parece surgir mais claramente de uma falta de recursos relevantes, enquanto o esgotamento e o cinismo surgem da presença de sobrecarga de trabalho e conflito social. Podemos, então, dizer que é uma resposta desadequada ao stress ocupacional, ao estímulo stressor relacionado com a tarefa e vivido no contexto profissional, associado a estados emocionais negativos ou desagradáveis. A pessoa encontra-se completamente exausta, esgotada, sem forças devido ao stress crónico percebido no contexto laboral, e, apresenta-se sem recursos para fazer faces às exigências. Embora falemos de recursos intrínsecos, a maioria dos modelos teóricos realçam que a origem do burnout é externa ao sujeito (Maslach & Leiter, 1997), advém das condições do trabalho e das características da actividade profissional. De facto, a cultura organizacional e o seu clima, o volume, o ritmo e a exigência do trabalho, o trabalho por turno e o trabalho noturno, a liberdade de decisão relativamente à tarefa, a progressão na carreira, e o trabalho precário são fontes de stress que levam à incompatibilidade entre o indivíduo e o meio laboral. O trabalhador entende que as exigências laborais excedem a sua capacidade ou recursos disponíveis. Como afirma Leiter, num dos capítulos do livro “Trabajo digno y saludable en la era Covid (Gascon, 2022), existe um grande potencial em considerar o burnout como um colapso na relação entre as pessoas e o seu trabalho, do que simplesmente um fracasso pessoal, e, considerado como um problema relacional, impele para o envolvimento de todos.

O burnout enquadra-se na saúde mental no trabalho e a saúde mental entende-se como o bem-estar físico, psicológico e social. É um processo que ocorre ao longo do tempo, podendo surgir a meio da carreira (Maslach et al., 2001) devido ao envolvimento emocional desgastante e sobretudo quando as expectativas do trabalhador não são concretizadas, levando a um esgotamento dos recursos. Em caso de burnout é difícil reverter a situação porque de acordo com Worsley (1987), o trabalho é uma fonte de subsistência, de prazer e de identidade pessoal e profissional, sendo complicado desligar-se. Assim, é importante a prevenção (gestão de stress, apoio social, saúde ocupacional, conhecer os sintomas) pois o burnout acarreta consequências físicas, psicológicas e sociais, e, o indivíduo atravessa períodos de tensão, irritabilidade, frustração, ansiedade e depressão, havendo o risco do suicídio.

Os sintomas de burnout são de diversa ordem e de formas sintomáticas variadas conforme os indivíduos. Usualmente, inicia-se por dificuldades físicas, surgindo a fadiga, a exaustão, as dores de cabeça recorrentes, as alterações no apetite, pressão alta, dores musculares, problemas

gastrointestinais e alterações do batimento cardíaco, muito devido à sobrestimulação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. Relativamente às dificuldades cognitivas, aparece a incapacidade de se concentrar, de iniciar actividades, falta de memória e lentidão cognitiva. Em relação à parte emocional, os indivíduos com burnout costumam experienciar mudanças repentinas do humor, sentimentos de fracasso, incapacidade, desesperança e negatividade. Aumentam os níveis de depressão e ansiedade e o uso de medicação psicotrópica, o que provoca mudanças no seu comportamento, as pessoas tendem a isolar-se e a deixar de gostar de fazer o que gostavam anteriormente. As consequências são graves e duradouras, afectando o desempenho profissional e a qualidade dos serviços prestados (Freudenberger, 1974; Maslach, 1976; Maslach et al., 2001; Salvagioni et al., 2017). A taxa de absentismo aumenta e o presentismo torna-se uma constante, podendo originar mais acidentes do trabalho e maior conflito nos relacionamentos (Ahola et al., 2008, 2009; Pei et al., 2020). A ideação suicida é um factor associado ao burnout (Carro & Nunes, 2021), podendo estar relacionado com o estigma, a centralidade do trabalho, a falta de prevenção e intervenção do burnout. O desempenho profissional fica comprometido, pode acontecer uma subida do absentismo ou uma quebra de produtividade, muitas vezes apenas aparecem ao trabalho (presentismo), não sendo positivo para a imagem da organização nem para a qualidade do serviço (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Weber e Jaekel-Reinhard (2000), no artigo “Burnout syndrome: a disease of modern societies?” apresentam várias definições e focam-se sobretudo em três grandes modelos de ponto de vista médico-social: o nível micro onde existe uma discrepância entre a realidade e as expectativas, o nível meso sendo a ênfase na interacção sociedade/indivíduo e o nível macro que realça a tensão/sociedade sendo resultado do stress que não foi gerido da melhor maneira. Em seguida, mencionam os sintomas multidimensionais (psicossociais, psicossomáticos, psiquiátricos) e relevam a importância de um diagnóstico diferencial e interdisciplinar. Por fim, abordam medidas de prevenção, explicando que ela terá de acontecer tanto no ambiente laboral como em capacitar os indivíduos para que possam lidar de melhor forma com o stress. Identificam várias terapias como a farmacológica, psicoterapia para trabalhar a auto-estima, aprendizagem de técnicas de relaxamento e de gestão do stress e a reorganização laboral (gestão do tempo, clima organizacional, treino). E especificam várias medidas de carácter individual, como saber relegar responsabilidades, aprender a dizer "não", fomentar relacionamentos sociais, reduzir expectativas irrealistas, ter hobbies. Muitos autores afirmam que a espiritualidade e a religião também funcionam como medida preventiva, mas temos muitas outras, tais como, ganhar consciência de si e do seu corpo, aprender a identificar os seus sentimentos e emoções, falar sobre o que sente, estimular o espírito de equipa e evitar o isolamento. Apesar do artigo ser de 2000, continua a fazer todo o sentido em 2022.

Lamentavelmente, a prevalência do burnout está a aumentar, contudo é variada e depende do grupo profissional e país. Em 1988, Schaufeli & Enzmann estimavam que se situava entre 3 e 16%. Em 2013, Carod-Artal & Vázquez-Cabrera apontavam para 3 a 29%, sendo normal que numa época pós-covid os números sejam ainda maiores (Areosa & Queirós, 2020), sobretudo porque as profissões ditas de ajuda são as mais sensíveis relativamente ao burnout e foram das mais fustigadas durante a pandemia. No caso dos bancários, vários estudos apontam para elevados níveis de burnout (Dias & Angélico, 2018; Khalid et al., 2020; Khattak et al., 2011; Mannocci et al., 2018; Moreira Cardoso, 2015; Qiao et al., 2016), sendo o facto de terem continuado o atendimento ao público durante a pandemia (serviços considerados essenciais) mais um factor precipitador.

Em suma, numa altura tão difícil é imperial o autocuidado, saber parar, delegar tarefas, ter uma vida saudável (dieta equilibrada) e activa (prática desportiva), espairecer, distrair-se e ter um bom suporte social. Esses aspectos são essenciais para conseguir recuperar das exigências desumanas, possibilitando um equilíbrio entre a vida pessoal e profissional.

1.3. Depressão e Depressão pelo trabalho

A depressão é uma perturbação psiquiátrica do humor que afecta 322 milhões de pessoas no mundo, sendo a perturbação mais prevalente (World Health Organization, 2017), sendo que, segundo o mais recente estudo da WHO (2022), mesmo antes do COVID-19, perto de mil milhões de pessoas padeciam de uma doença mental. A depressão tem implicações no comportamento, nas emoções e na cognição das pessoas, afectando o seu dia a dia. É caracterizada por pensamentos negativos, tristeza, anedonia, desamparo, irritabilidade, baixa autoestima, sentimento de vazio, de incapacidade e desesperança. Hipócrates (século IV A.C.) foi o primeiro a abordar e tentar entender as ocorrências melancólicas, criando a teoria dos quatro humores: bile preta (com origem no baço), bile amarela (fígado), sangue (origem no coração) e fleuma (sistema respiratório). Interligou esses humores às quatro estações do ano e aos quatro elementos, estando equilibrados, a pessoa estaria num estado normal. Segundo Aristóteles, a melancolia provinha da bÍlis preta e era um estado comum aos sábios, porventura desejável. No século XIII, o teólogo Tomás de Aquino, muito influenciado por Aristóteles, acreditava que a vida humana tinha um propósito, sendo para ele a felicidade. Essa felicidade tinha um carácter interno (autoconhecimento da alma), disassociado dos bens materiais, e, o objectivo era procurar a posse da felicidade, sabendo de antemão que essa felicidade não era eterna, por isso, implicaria sempre um esforço contínuo. De acordo com Tomás de Aquino, fazer algo prazeroso, chorar, receber compaixão dos amigos, contemplar a verdade, tomar um banho e dormir seriam os cinco remédios contra a tristeza.

Em 1854, Jules Falret apresentou a “folie circulaire” tendo afirmado a posteriori que as perturbações psiquiátricas poderiam ser isoladas conforme as manifestações sintomatológicas e sua evolução. Anos mais tarde, Emil Kraepelin descreveu a psicose maníaco-depressiva e diferenciou-a da demência precoce (esquizofrenia) devido à ausência de uma evolução para a demência. Actualmente, são diferenciados vários transtornos do humor estando incluído o transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado (APA, 2013). Esses transtornos depressivos são compostos por uma série de critérios diagnósticos, subtipos e especificadores que procuram definir a depressão de forma objectiva, através do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). Assim, os critérios definidos no DSM5 para o transtorno depressivo maior são:

A. *Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer (sem incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica).*

1. *Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)*

2. *Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).*

3. *Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)*

4. *Insônia ou hipersonia quase todos os dias.*

5. *Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).*

6. *Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.*

7. *Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecreinação ou culpa por estar doente).*

8. *Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).*

9. *Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.*

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica. Note-se que os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior e que respostas a uma perda significativa (ex.: luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.

D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.

E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco. Nota: Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica.

A depressão é uma perturbação biopsicossocial, ou seja, a doença advém de um componente genético, psicológico e interpessoal. No passado procurou-se diferenciar a depressão exógena (reactiva a um evento) e a depressão endógena (de natureza orgânica e hereditária), a primeira deveria ser tratada principalmente com psicoterapia e a segunda com fármacos, contudo era complicado fazer uma distinção confiável e o aumento de casos suscitou algumas questões para a perspectiva biológica da depressão (Rehm, 2010). Assim, é imperativo uma boa anamnese para realizar um diagnóstico diferencial, percebendo que tipo de perturbação, a ocorrência dos sintomas e se existe comorbidades. Em termos de prevalência, as mulheres têm o dobro de transtornos depressivos comparativamente

aos homens, e, a depressão maior também ocorre mais frequentemente em pessoas sem relacionamentos interpessoais íntimos e pode iniciar-se em qualquer fase da vida, tanto na infância como na velhice (Sadock et al., 2017).

Segundo Riso e colaboradores (2002), existem vários preditores de depressão crónica, sendo eles os factores desenvolvimentais com atenção aos traumas e maus-tratos, bem como as perturbações da personalidade, sobretudo o neuroticismo que se caracteriza pela instabilidade emocional e vulnerabilidade ao stress. A distímia está também fortemente associada às outras perturbações, ou seja, as comorbilidades são um factor de risco. Os stressores psicossociais crónicos podem precipitar as perturbações de humor, e, em termos cognitivos, são sujeitos que tendem a ter um locus de controlo externo e uma atitude mais autocrítica. Os dois últimos factores são a genética e os factores biológicos, que têm sido bastante estudados e têm demonstrado que existe um aumento da probabilidade de ter distímia quando um familiar sofre do mesmo problema. Em relação aos factores biológicos, os estudos têm-se centrado no eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, nos neurotransmissores e na hormona de crescimento para determinar diferenças.

Embora haja tratamento farmacológico e psicoterapêutico, é necessário um entendimento maior da doença, para encontrar formas mais adequadas de tratamento (Cuijpers et al., 2020). Algumas meta-análises concluíram que apenas 54% dos adultos mostraram melhorias depois de medicação antidepressiva e 62% após psicoterapia (Cuijpers et al., 2014; Levkovitz et al., 2011) o que demonstra a importância da promoção e prevenção da saúde mental.

Actualmente, o trabalho é um dos principais factores de degradação da saúde, incluindo a saúde mental (Areosa & Queirós, 2020). A depressão pelo trabalho é uma das principais causas de incapacidade, provoca dificuldades de concentração, de memória e indecisão, prejudica a produtividade dos colaboradores, aumenta os riscos de acidentes e gera um impacto negativo significativo na economia mundial. É importante referir que existem vários factores de riscos ocupacionais, tais como, o desequilíbrio entre o esforço e a recompensa, a insegurança no trabalho, o regime de trabalho (engloba os longos horários e os contratos precários), a justiça organizacional, os conflitos no trabalho e o stress no trabalho (Harvey et al., 2017). Existe, ainda, uma correlação entre o desemprego e a incidência da depressão (Coelho et al., 2020), o que evidencia a centralidade do trabalho no nosso bem-estar geral. Diante disso e por considerar que o burnout é um conceito com fragilidades nosológicas (como será analisado posteriormente), Bianchi e Schonfeld (2020) elaboraram um inventário para avaliar a gravidade dos sintomas atribuídos ao trabalho. O Occupational Depression Inventory (ODI), que consiste num questionário com ligação aos 9 critérios de diagnóstico para depressão de acordo com o DSM-5, e, por conseguinte, pretende avaliar o humor deprimido, a anedonia, a fadiga, alterações do sono, apetite e psicomotoras, sentimento de inutilidade,

comprometimento cognitivo e ideação suicida. Tem como vantagens ser um inventário apenas com 9 itens, ou seja, de rápida aplicação e de fácil cotação, embora a representividade das amostras não seja tão clara devido ao facto do estudo poder ter atraído um número significativo de indivíduos com depressão pelo trabalho.

1.4. Relação burnout e depressão

Nos últimos anos, assiste-se a um debate sobre a relação entre estes dois conceitos, no sentido de analisar a sua sobreposição. Por um lado Schaufeli e colaboradores (Schaufeli et al., 2020) defendem como sendo conceitos independentes mas co-ocorrentes; por outro Bianchi e colaboradores (Bianchi & Schonfeld, 2020) defendem que não existe burnout e que este é uma forma de depressão pelo trabalho, pois são explícitas as similitudes do burnout com a depressão, os dois apresentam sintomas e consequências semelhantes (ex.: dificuldades cognitivas, sensação de vazio e inutilidade, falta de prazer /anedonia, distúrbios de sono e alimentares, irritabilidade e falta de energia). Segundo um estudo de Bianchi e colaboradores (Bianchi et al., 2013), o burnout partilha 8 dos 9 critérios do DSM-5 para o diagnóstico da depressão, demonstrando que o burnout assume um núcleo depressivo. Apenas o sentimento de culpa não está tão presente no burnout, todavia não sendo um critério decisivo para o diagnóstico da depressão. Estudos também verificaram uma interpretação mais negativa dos sujeitos com burnout e depressão (Bianchi & da Silva Nogueira, 2019) e também um viés de memória em relação às informações emocionais (Bianchi et al., 2020).

Contudo, outros autores declaram que são constructos diferentes, mas associados (Iacovides et al., 2003; Koutsimani et al., 2019; Schaufeli & Enzmann, 1998; Schaufeli et al., 2020), sendo a principal diferença o facto do burnout estar ligado ao trabalho e a depressão poder acontecer em qualquer contexto, embora nesse ponto não exista uma diferença nosológica. Ahola e Hakanen (2007) afirmam que o burnout prevê novos casos de depressão e a depressão novos casos de burnout, devido ao facto de quem está depressivo ter menos recursos para as exigências organizacionais e tende a ter uma visão mais negativa do trabalho. Persiste a controvérsia se o burnout será uma forma de depressão ou um fenómeno distinto! Segundo Bianchi e colegas (2015), o facto de não haver um consenso relativamente aos critérios para o diagnóstico do burnout nem considerarem a heterogeneidade da depressão nos estudos constitui um grande obstáculo para a problemática, podendo ser indispensável uma avaliação clínica sistemática. Demonstraram também que os factores relativos ao burnout tinham uma correlação maior com os factores de depressão do que entre eles. Por exemplo, a dimensão de exaustão emocional estava mais correlacionada com a depressão do que com a realização profissional e com a despersonalização (Bianchi et al., 2020), por isso, sugerem que a distinção entre o burnout e a depressão é artificial. Em contraposição, os dados de Quintas e

colaboradores (2017) reforçam uma associação entre burnout e depressão, porém longe de uma correlação perfeita, o que preconiza que burnout e depressão sejam constructos diferentes. Por fim, Schaufeli e colaboradores (2020) no âmbito do desenvolvimento do Burnout Asessment Tool (BAT) defendem a inclusão de instrumentos adicionais que avaliem sintomas depressivos.

Tendo terminado o enquadramento teórico desta dissertação, apresenta-se seguidamente o estudo empírico efetuado com bancários.

2. MÉTODO

Este trabalho tem como objectivos conhecer os níveis de burnout e de depressão pelo trabalho em bancários portugueses, verificar se variam em função de características sociodemográficas e laborais, e, conhecer a interrelação entres estes dois conceitos. Sendo um estudo quantitativo, descritivo e correlacional, foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1: a amostra apresenta níveis elevados de burnout e depressão no trabalho.

H2: existe uma variação dos níveis de burnout e depressão no trabalho em função das características sociodemográficas e laborais.

H3: existe uma correlação entre burnout e depressão no trabalho.

2.1. Participantes

Foi selecionada uma amostra por conveniência, obtida em formato bola de neve e através de um email enviado aos trabalhadores de um banco através do seu coordenador da Comissão de Trabalhadores, tendo sido utilizado os seguintes critérios de inclusão: estar profissionalmente ativo no momento da recolha de dados, exercer a profissão em Portugal e aceitar participar voluntariamente no estudo.

A amostra foi composta por 210 bancários com idades entre os 24 e 63 anos ($M = 47,12$ $DP = 9,07$) e anos de empresa entre os 2 e os 42 anos ($M = 22,72$ $DP = 9,11$). Em termos de funções, 21% têm posições de chefia (ex: diretores, gerentes, sub-gerentes), 65% estão no atendimento ao cliente e 13% estão no backoffice (ex: secretariado, jurista, recursos humanos). Verificou-se que 54% são do género masculino, 59% trabalham numa grande cidade ou capital de distrito (26% numa média ou pequena cidade e 15% numa vila ou localidade rural), 74% são casados ou em união de facto, e 61% têm licenciatura ou mestrado.

2.2. Materiais

O questionário foi composto por 4 grandes grupos. No primeiro foram apresentadas questões sociodemográficas e laborais, nomeadamente idade, sexo, estado civil, anos de experiência profissional, escolaridade, função, local de trabalho. Em seguida foram apresentadas as versões portuguesas do *Burnout Assessment Tool* – versão reduzida (BAT-R), *Occupational Depression Inventory* (ODI), e *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS).

O Burnout Assessment Tool (BAT, de Schaufeli et al., 2020, Versão portuguesa⁶) contém 22 itens, organizados em seis subescalas distintas: Exaustão; Desinvestimento Psicológico; Problemas

⁶ <https://burnoutassessmenttool.be/wp-content/uploads/2020/08/BAT-Portugese.pdf>

Cognitivos; Problemas Emocionais, que constituem o Burnout; e Queixas psicológicas e Queixas Psicossomáticas que constituem os sintomas secundários. O instrumento apresenta uma escala de resposta de 5 pontos, em que 1 corresponde a “Nunca” e 5 corresponde a “Sempre”.

O Occupational Depression Inventory (ODI, de Bianchi & Schonfeld, 2020; Queirós et al., 2021) é composto por 10 itens, 9 dos quais são formulados na base dos critérios de diagnóstico clínico da depressão-major (critérios presentes no DSM-V) com uma escala de resposta de 4 pontos (0 para “Nunca ou quase nunca” e 3 para “Quase todos os dias”). O 10º item, também de escolha múltipla, apresenta as possibilidades de resposta “sim”, “não” e “não sei”, é formado pela pergunta “Se sentiu pelo menos um dos problemas referidos, isso já o (a) levou a considerar deixar o seu atual trabalho ou função?” e tem como objetivo ajudar os avaliadores a perceber as repercussões dos sintomas reportados pelo respondente.

Por fim, o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Silva et al., 2006) compreende 14 itens estando dividido em duas subescalas, respetivamente ansiedade e depressão. Cada item é cotado numa escala de 4 pontos que variam entre o “Quase nunca” ou “Nunca”, “Poucas vezes”, “De vez em quando”, “Quase sempre”, e outras formulações de intensidade consoante a pergunta, sendo, ainda, calculada a soma dos itens, podendo cada dimensão variar entre 0 e 21 pontos.

O valor de Alfa de Cronbach (Tabela 1) de todos os questionários foi adequado, segundo (Field, 2009), sendo superior a 0,9.

2.3. Procedimento

O questionário foi administrado online através da plataforma SOMSII Innovation & Research -Flexsaúde, disponibilizando um breve relatório dos resultados no formato de semáforo de níveis para cada dimensão psicológica avaliada. A recolha da amostra decorreu entre os dias 7 de março e 10 de abril de 2022. A amostra foi recolhida por meio de uma versão informatizada de um questionário preenchido através da plataforma Flexsaúde, divulgado por bola de nova e mediante um email enviado aos trabalhadores de um banco pelo seu coordenador da Comissão de Trabalhadores.

Os dados recolhidos foram processados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 27), recorrendo às análises descritivas, *Teste t de Student* para amostras independentes, Coeficiente Correlação *R de Pearson* e Regressão utilizando o método *Enter* e método *Stepwise*.

3. RESULTADOS

A análise descritiva (Tabela 1) evidenciou que a média das dimensões se encontra maioritariamente num nível moderado, embora as dimensões da Exaustão e das Queixas Psicológicas apresentem os níveis mais elevados. Por oposição, as Queixas Psicossomáticas, a Depressão pelo Trabalho, a Ansiedade e Depressão apresentam níveis mais baixos. Verificou-se, ainda, que em todas as dimensões existe pelo menos um sujeito que reporta o valor mínimo e outro que reporta o máximo, sendo a dimensão da Depressão a exceção em relação ao valor máximo. Isto significa que existe pelo menos um sujeito que respondeu “Nunca” nas diversas subescalas do BAT e um sujeito que respondeu “Sempre” em todas as subescalas, não se sabendo, contudo, se foi a mesma pessoa. Em relação ao inventário ODI, verificou-se que pelo menos um dos inquiridos respondeu “Nunca ou quase nunca” em todas as questões e pelo menos outro assinalou as respostas “Quase todos os dias”. Relativamente à escala HADS, nos itens da escala referente à Ansiedade é preocupante pelo menos um sujeito ter obtido a classificação máxima, em contrapartida, alguém obteve a pontuação mínima e o mesmo aconteceu nos itens relacionado com a Depressão, apesar de nessa dimensão não existir ninguém com a pontuação máxima.

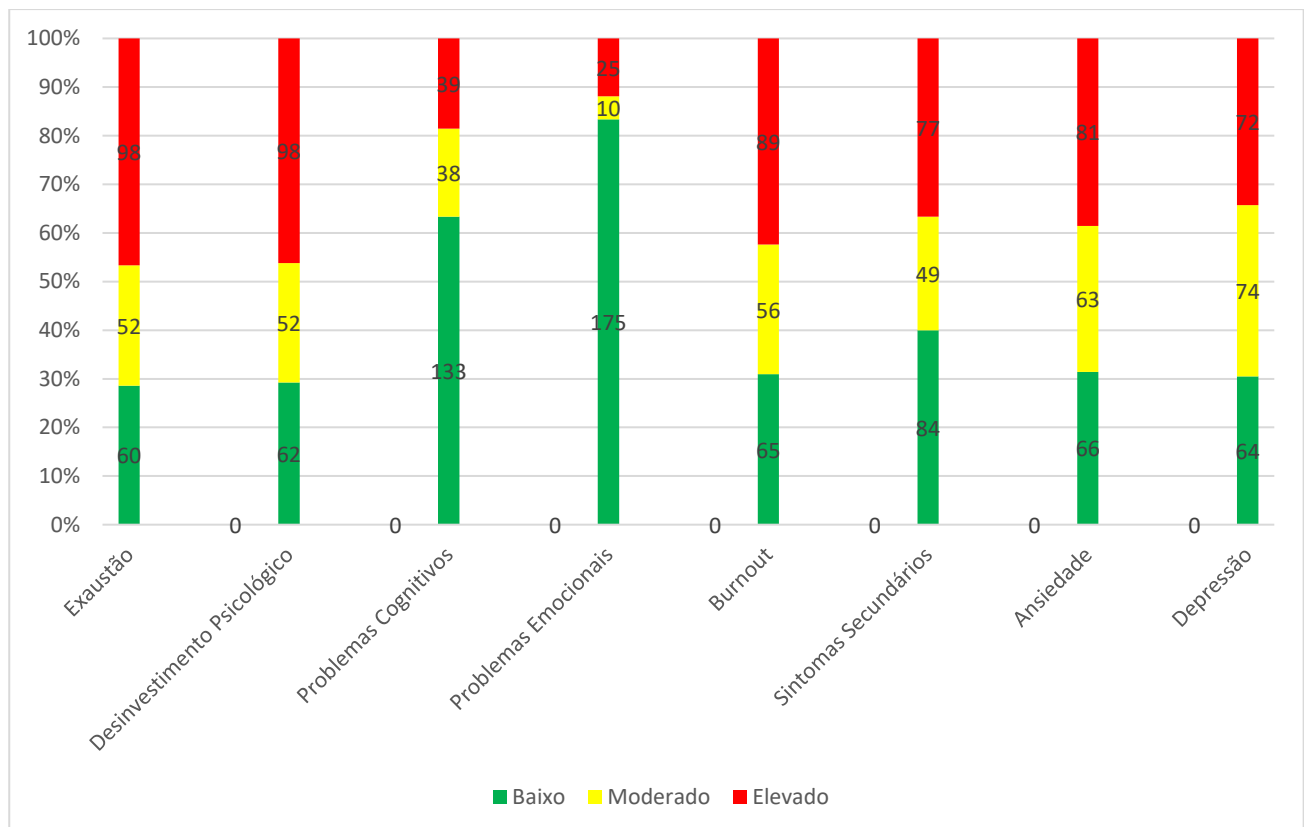
Tabela 1. Consistência interna e análise descritiva do Burnout, Depressão pelo Trabalho, Ansiedade e Depressão

Dimensões (escala)	Alpha de Cronbach	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Exaustão (1 a 5)	0,944	1,00	5,00	3,59	,840
Desinvestimento Psicológico		1,00	5,00	3,04	,947
Problemas Cognitivos		1,00	5,00	2,74	,778
Problemas Emocionais		1,00	5,00	2,50	,823
Queixas Psicológicas		1,00	5,00	3,30	,899
Queixas Psicossomáticas		1,00	5,00	2,64	,763
Burnout		1,08	5,00	2,97	,714
Sintomas Secundários	0,925	1,00	5,00	2,97	,766
Depressão pelo Trabalho (1 a 3)		,00	3,00	1,20	,756
Ansiedade (0 a 21)		0	21	9	4,3
Depressão	0,912	0	20	9	4,3

De acordo com pontos de corte existentes, foi analisada a percentagem por nível nas diversas dimensões (Gráfico 1), pois a média concentra as respostas e não permite ter esta visão mais alargada. Podemos verificar que o nível elevado (vermelho) predomina em muitas dimensões, tais como, na Exaustão, no Desinvestimento Psicológico, no Burnout, enquanto o nível moderado (verde) prevalece nos Problemas Emocionais e Problemas Cognitivos demonstrando que boa parte da amostra não revela dificuldades nessas dimensões. No que diz respeito, especificamente, à dimensão de Burnout, 31% dos sujeitos encontram-se com baixos níveis de burnout, 26,7% com níveis moderado e 42,4%

com níveis elevado, bem como, de ansiedade (38,6% com nível clinicamente significativa) e de depressão (34,3% com nível clinicamente significativa). É importante referir que as dimensões da Ansiedade e Depressão não usam as classificações “Baixo, Moderado, Elevado”, mas sim as classificações “Ausente, Moderado, Clinicamente significativa”, contudo foram incluídas no mesmo gráfico e foi usada a mesma progressão de cores. Para se poder conhecer com mais detalhe, o gráfico apresenta a distribuição por níveis, mas em cada barra é indicado o número de pessoas nesse nível. Note-se que o ODI ainda não apresenta pontos de corte publicados.

Gráfico 1. Distribuição da percentagem de participantes por níveis em cada dimensão



Em seguida foram efetuadas análises comparativas em função de características sociodemográficas e laborais. Assim, no que se refere ao sexo (Tabela 2) existe uma diferença estatisticamente significativa nas Queixas Psicossomáticas e e nos Sintomas Secundários, sendo o grupo das mulheres o mais afectado nessas dimensões.

Tabela 2. Análise comparativa de médias em função do sexo

Dimensões	Masculino N=113	Feminino N=97	t-Student	P
Exaustão (1 a 5)	3,49	3,70	-1,854	,065
Desinvestimento Psicológico	3,06	3,01	,344	,731
Problemas Cognitivos	2,74	2,75	-,140	,889
Problemas Emocionais	2,47	2,53	-,497	,620
Queixas Psicológicas	3,25	3,35	-,825	,411
Queixas Psicossomáticas	2,47	2,85	-3,792	,000***
Burnout	2,94	3,00	-,608	,544
Sintomas Secundários	2,86	3,10	-2,339	,020*
Depressão pelo Trabalho (1a3)	1,18	1,22	-,406	,685
Ansiedade (0a21)	9	10	-1,423	,156
Depressão	9	9	,339	,735

*p≤ .050 **p≤ .010 ***p≤ .001

No que toca o estado civil (Tabela 3) e a escolaridade (Tabela 4), não se encontram diferenças.

Tabela 3. Análise comparativa de médias em função do estado civil

Dimensões (escala)	Casado ou em união de facto N= 155	Não casado N= 55	t-Student	P
Exaustão (1 a 5)	3,57	3,62	-,395	,693
Desinvestimento Psicológico	3,00	3,13	-,868	,387
Problemas Cognitivos	2,75	2,72	,324	,746
Problemas Emocionais	2,51	2,45	,426	,671
Queixas Psicológicas	3,30	3,27	,216	,830
Queixas Psicossomáticas	2,65	2,63	,177	,860
Burnout	2,96	2,98	-,192	,848
Sintomas Secundários	2,98	2,95	,215	,830
Depressão pelo Trabalho (1 a 3)	1,20	1,21	-,143	,886
Ansiedade (0 a 21)	9	9	,723	,470
Depressão	9	9	-,033	,973

*p≤ .050 **p≤ .010 ***p≤ .001

Tabela 4. Análise comparativa de médias em função da escolaridade

Dimensões (escala)	Até aos 12ºano N= 53	Frequência do ensino superior N= 29	Licenciatura ou mestrado integrado N=95	Mestrado, Pós- graduação ou superior N= 33	F	p
Exaustão (1 a 5)	3,81	3,64	3,59	3,17	,874	,419
Desinvestimento Psicológico	3,23	3,28	2,95	2,76	,281	,756
Problemas Cognitivos	2,90	2,89	2,74	2,39	1,053	,351
Problemas Emocionais	2,60	2,70	2,42	2,34	,102	,903
Queixas Psicológicas	3,58	3,37	3,25	2,92	,394	,675
Queixas Psicossomáticas	2,75	2,92	2,65	2,22	,817	,443
Burnout	3,14	3,13	2,93	2,67	,513	,599
Sintomas Secundários	3,16	3,14	2,95	2,57	,625	,536
Depressão pelo Trabalho (1 a 3)	1,38	1,39	1,16	,89	,120	,887
Ansiedade (0 a 21)	10	9	9	8	,548	,579
Depressão	10	10	8	8	,506	,604

*p≤ .050 **p≤ .010 ***p≤ .001

No que se refere às variáveis laborais, verificou-se que para o local de trabalho (Tabela 5) foram identificadas diferenças significativas em todas as dimensões menos no Desinvestimento Psicológico, Problemas emocionais e Ansiedade. Observou-se que o grupo de “média ou pequena cidade” é o que apresenta valores superiores, exceto para as Queixas Psicológicas, superiores na vila ou localidade rural.

Tabela 5. Análise comparativa de médias em função do local de trabalho

Dimensões (escala)	Grande cidade ou capital de distrito N= 124	Média ou pequena cidade N= 54	Vila ou localidade rural N= 32	F	p
Exaustão (1 a 5)	3,54	3,72	3,54	4,176	,007**
Desinvestimento Psicológico	3,03	3,11	2,96	2,628	,051
Problemas Cognitivos	2,70	2,88	2,69	3,365	,020*
Problemas Emocionais	2,48	2,50	2,55	1,531	,207
Queixas Psicológicas	3,25	3,35	3,38	4,036	,008**
Queixas Psicossomáticas	2,59	2,75	2,68	5,304	,002**
Burnout	2,94	3,05	2,93	3,667	,013*
Sintomas Secundários	2,92	3,05	3,03	4,956	,002**
Depressão pelo Trabalho (1 a 3)	1,18	1,24	1,19	3,668	,013*
Ansiedade (0 a 21)	9	10	9	2,040	,109
Depressão	9	9	8,75	3,844	,010**

*p≤ .050 **p≤ .010 ***p≤ .001

Relativamente à categoria profissional (Tabela 6) existem várias diferenças estatisticamente significativas na Exaustão, Queixas Psicossomáticas, Sintomas Secundários e Depressão pelo Trabalho, sendo que o grupo de participantes que está no Atendimento ao cliente reporta sempre os valores mais elevados.

Tabela 6. Análise comparativa de médias em função da categoria profissional

Dimensões (escala)	Chefia N= 45	Atendimento ao cliente N= 137	Backoffice N= 28	F	P
Exaustão (1 a 5)	3,36	3,74	3,23	6,768	,001***
Desinvestimento Psicológico	2,88	3,13	2,86	1,736	,179
Problemas Cognitivos	2,68	2,78	2,69	,327	,722
Problemas Emocionais	2,38	2,52	2,55	,591	,555
Queixas Psicológicas	3,17	3,38	3,10	1,624	,200
Queixas Psicossomáticas	2,43	2,78	2,36	6,117	,003**
Burnout	2,82	3,04	2,83	2,155	,119
Sintomas Secundários	2,80	3,08	2,73	3,896	,022*
Depressão pelo Trabalho (1 a 3)	1,08	1,30	,93	3,563	,030*
Ansiedade (0 a 21)	8,18	9,63	8,32	2,549	,081
Depressão	7,96	9,09	8,18	1,428	,242

*p≤ .050 **p≤ .010 ***p≤ .001

Por fim, no questionário disponibilizado online era perguntado se o bancário pertencia a um dos 5 maiores bancos em Portugal ou outro. No entanto a comparação final não faz sentido porque a amostra estava bastante desproporcional nesse ponto. Foi perguntado, igualmente, sobre o Distrito

onde trabalham, e embora não se tenha comparado, o estudo foi a nível nacional, predominando Lisboa com 37% e Porto com 24%.

Efetuiu-se, em seguida, uma análise correlacional (Tabela 7) que demonstrou que a idade e os anos de empresa não têm correlação significativa com as dimensões estudadas, variando os dados entre a correlação negativa fraca e a correlação positiva fraca. No que concerne à dimensão da Depressão pelo Trabalho, verifica-se uma correlação positiva com todas as dimensões do Burnout, com a Depressão e a Ansiedade, variando em termos de intensidade entre o moderado e o forte, e sendo o valor mais alto, a correlação positiva e forte entre o Burnout e a Depressão pelo Trabalho. Relativamente às dimensões da Ansiedade e Depressão com as restantes dimensões ocorrem correlações positivas moderadas e fortes, tendo como valores mais altos a correlação da Ansiedade com as Queixas Psicológicas e sintomas secundários. As correlações internas das dimensões de cada instrumento são as esperadas e estão de acordo com a literatura. Curiosamente, o burnout apresenta correlação forte, mas menor com os sintomas secundários do que com a depressão pelo trabalho.

Existindo correlações significativas entre as variáveis em estudo, no sentido de analisar o valor preditivo, utilizando à análise de regressão Enter (Tabela 8), comprova-se que as dimensões do Burnout explicam significativamente 69,3% da Depressão pelo Trabalho e a Depressão pelo Trabalho explica 62,1% do Burnout. Contudo, o burnout também é explicado em 5,8% pelas variáveis sociodemográficas e em 4,3% pela depressão/ansiedade. A depressão pelo trabalho é ainda explicada em 6,1% pelas variáveis sociodemográficas e em 1,7% pela depressão/ansiedade. As variáveis profissionais não apresentam contributo explicativo.

Efetuiu-se em seguida uma análise de regressão método Setpwise (Tabela 9), no sentido de identificar quais as variáveis ou dimensões específicas com valor preditivo para o burnout e depressão pelo trabalho. Verificou-se que das variáveis sociodemográficas apenas a escolaridade explica o burnout em 4,5% e a depressão pelo trabalho em 4,4%, com valor protector, pois quanto maior a escolaridade menor o burnout e a depressão pelo trabalho (correlação negativa de beta). A ansiedade tem um valor preditor mais forte, respetivamente de 57,5% para o burnout e de 61,4% para a depressão pelo trabalho, enquanto a depressão explica respetivamente 4,6% e 3,4%, ambas com correlação positiva. Por fim, as dimensões do burnout/sintomas secundários que explicam a depressão pelo trabalho são a exaustão com 61,3%, as queixas psicológicas com 8,3%, o desinvestimento psicológico com 3,8% e os problemas cognitivos com 1,2%, todos com correlação positiva.

Tabela 7. Correlações da idade e anos de empresa com o burnout, depressão pelo trabalho, depressão e ansiedade

Dimensões	Idade	Anos Empresa	Depressão pelo Trabalho	Ansiedade	Depressão	Exaustão	Desinvestimento Psicológico	Problemas Cognitivos	Problemas Emocionais	Queixas Psicológicas	Queixas Psicossomáticas	Burnout
Depressão pelo Trabalho	-,029	-,021										
Ansiedade	-,039	-,014	,784**									
Depressão	,100	,134	,700**	,734**								
Exaustão	-,082	-,031	,783**	,751**	,663**							
Desinvestimento Psicológico	,061	,040	,686**	,563**	,591**	,664**						
Problemas Cognitivos	-,023	-,014	,675**	,623**	,564**	,579**	,657**					
Problemas Emocionais	,116	,130	,624**	,630**	,546**	,516**	,606**	,656**				
Queixas Psicológicas	-,024	,010	,774**	,814**	,648**	,740**	,543**	,618**	,586**			
Queixas Psicossomáticas	-,103	-,081	,643**	,680**	,536**	,672**	,516**	,546**	,475**	,697**		
Burnout	,023	,038	,821**	,759**	,702**	,820**	,880**	,849**	,819**	,735**	,654**	
Sintomas Secundários	-,065	-,035	,774**	,816**	,648**	,769**	,575**	,635**	,580**	,934**	,907**	,757**

* p≤ .050 ** p≤ .010

Tabela 8. Variáveis preditoras da Depressão pelo Trabalho e Burnout (regressão método Enter)

Dimensão	Preditores	R Square	R Square Change	F	P
Burnout	Variáveis sociodemográficas	,058	,058	3,168	,015*
	Variáveis profissionais	,059	,000	,053	,949
	Depressão pelo Trabalho	,679	,621	391,248	,000***
	Depressão / Ansiedade	,723	,043	15,683	,000***
Depressão pelo Trabalho	Variáveis sociodemográficas	,061	,061	3,311	,012*
	Variáveis profissionais	,062	,002	,187	,830
	Burnout	,756	,693	93,103	,000***
	Depressão / Ansiedade	,772	,017	7,135	,000***

* p≤ .050 ** p≤ .010 *** p≤ .001

Tabela 9. Regressão múltipla (método Stepwise) para preditores do burnout e da depressão pelo trabalho

Dimensões	Preditores	Variavel/dimensão	<i>R Square</i>	<i>R Square change</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Burnout	Variáveis sociodemográficas	Escolaridade	,045	,045	-,211	-3,114	,002**	9,695	,002**
	Ansiedade / Depressão	Ansiedade	,575	,575	,528	8,380	,001***	281,898	,001***
		Depressão	,621	,046	,314	4,989	,001***	24,893	,001***
Depressão pelo trabalho	Variáveis sociodemográficas	Escolaridade	,044	,045	-,210	-3,091	,002**	9,553	,002**
	Ansiedade / Depressão	Ansiedade	,614	,614	,585	9,640	,001***	331,518	,001***
		Depressão	,648	,034	,271	4,468	,001***	19,965	,001***
	Burnout	Exaustão	,613	,613	,312	5,278	,000***	329,038	,000***
		Queixas Psicológicas	,696	,083	,341	6,097	,000***	56,687	,000***
		Desinvestimento psicológico	,734	,038	,189	3,577	,000***	29,229	,000***
		Problemas cognitivos	,746	,012	,160	3,113	,002***	9,690	,002***

* $p \leq .050$ ** $p \leq .010$ *** $p \leq .001$

4. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como intuito analisar a saúde mental dos bancários em Portugal, tendo como principal objectivo medir o nível de burnout e depressão pelo trabalho, procurando, do mesmo modo, perceber se existe uma interligação entre os dois conceitos. Os resultados indicaram, globalmente, níveis moderados de burnout e baixos de depressão de trabalho. Contudo, analisando os dados de forma mais detalhada, constata-se que muitos bancários apresentam níveis preocupantes de burnout (42,4% com nível elevado), de exaustão (46,7% com nível elevado), de ansiedade (38,6% com nível clinicamente significativa) e de depressão (34,3% com nível clinicamente significativa). Esses números são uma ameaça grave ao bem-estar físico, mental e social, e, infelizmente, são condizentes com vários estudos sobre burnout realizados com diversos grupos de profissionais. Como exemplo temos um estudo⁷ de 2021 encomendado pela UGT e os seus três sindicatos dos Bancários (Mais Sindicato, SBC e SBN) para avaliar os índices de burnout e riscos psicossociais. Os autores verificaram que os níveis de burnout e exaustão eram bastante superiores à média nacional (Burnout 3,29 vs. 2,69; Exaustão 3,4 vs. 2,8). Note-se que pelo mito do trabalhador saudável (Chowdhury et al., 2017) muitos dos trabalhadores que sobrevivem com níveis elevados de burnout podem não ter a disponibilidade mental necessária para se sujeitarem a responder a inquéritos, e, em futuros estudos, seria pertinente averiguar quantos bancários estão anualmente em baixa psicológica.

Neste trabalho, as diferenças em função de factores sociodemográficos nas dimensões estudadas (Burnout e Depressão pelo Trabalho) não revelaram significância, pois apenas as Queixas Psicossomáticas e Sintomas Secundários tiveram uma diferença estatisticamente significativa, com valores superiores no grupo das mulheres. Relativamente ao estado civil e a escolaridade não se verificaram diferenças significativas. No que se refere aos factores laborais encontraram-se diferenças significativas no que diz respeito ao local de trabalho, com a média ou pequena cidade a ter os valores superiores, mas dado as amostras serem díspares (59% trabalham numa grande cidade ou capital de distrito, 26% numa média ou pequena cidade e 15% numa vila ou localidade rural), são necessários novos estudos para confirmar esses dados. Finalmente, no que se refere à categoria profissional, detectou-se diferenças estatisticamente significativas na Exaustão, nas Queixas Psicossomáticas, nos Sintomas Secundários e na Depressão pelo Trabalho, com os participantes do Atendimento ao cliente com valores superiores. Ora, um gestor de clientes deverá usar diariamente a sua máscara social e de se colocar no lugar do cliente (empatia). Espera-se que personalize o atendimento e que proporcione a melhor experiência ao cliente, mas diminuindo o tempo de espera e atingindo os objectivos.

⁷https://www.mais.pt/atividadesindical/informacao/on_line/Paginas/Mais%20Bancario%20online%209/estudoburnout.aspx

Conseguimos perceber as tarefas hercúleas a que estão sujeitos, sobretudo se pensarmos que têm de lidar com diferentes personalidades e problemas continuamente. Assinala-se que os cargos de chefia também fazem atendimento, porém de forma menos intensa e com clientes específicos.

A análise correlacional revelou dados interessantes, nomeadamente ausência do efeito da idade e anos de serviço, o que indica que o esgotamento físico e mental pode manifestar-se independentemente desses fatores. Em relação à Depressão pelo Trabalho, Ansiedade e Depressão têm correlação entre o moderado e forte com as outras dimensões, sendo que a Depressão pelo Trabalho tem uma correlação positiva forte com o Burnout (,821), tema que Bianchi e colegas (2015, 2020) Verkuilen e colegas, (2021) têm vindo a discutir como sendo uma sobreposição. Na opinião desses investigadores, a origem do constructo do burnout explica muitos dos problemas presente ao longo de 40 anos de investigação, por exemplo, a incapacidade de estabelecer um diagnóstico diferencial e consensual, sendo que a popularidade do burnout pode contribuir para que cada vez mais profissionais deprimidos apresentem queixas de burnout. Nesse sentido, os autores recomendam que os médicos avaliem os sintomas depressivos clássicos em indivíduo que apresentam queixas de burnout.

No que respeita à análise de regressão, indicou que a Depressão pelo Trabalho explica 62,1% do Burnout e o Burnout explica 69,3% da Depressão. Assim, as regressões e a correlação forte entre Depressão pelo Trabalho e o Burnout, sendo uma das hipóteses inicialmente formuladas, pode significar uma sobreposição entre os dois conceitos, ou seja, estarmos perante um tipo específico de depressão como preconizam muitos autores ou apenas indicativo que o burnout acaba por evoluir para um quadro depressivo, quem sabe a desenvolverem-se simultaneamente. Contudo, segundo Koutsimani e colegas (2019), burnout e depressão e burnout e ansiedade parecem ser constructos diferentes que compartilham algumas características comuns e provavelmente se desenvolvem em conjunto. Então, muito mais estudos serão necessários para separar ou juntar os dois conceitos.

As várias dificuldades sentidas pelos bancários, citadas anteriormente, mais as constantes notícias⁸ sobre os planos de reestruturação profundos e despedimentos coletivos funcionam como fatores de stress excessivo (distress) e quotidiano que pode repercutir-se de forma prejudicial na saúde mental. Visto que o stress positivo é o equilíbrio entre os nossos recursos e as exigências e sendo estas cada vez mais intensas, é normal surgir um transtorno de adaptação, onde simplesmente o nosso organismo deixa de ser capaz de se equilibrar, surgindo o tal esgotamento profissional (burnout).

É, então, imprescindível uma mudança radical na cultura organizacional, ou seja, na missão, na visão e nos valores das empresas. Pensar no lucro sem pensar nos colaboradores, é ter uma visão

⁸ <https://www.publico.pt/2022/05/30/economia/noticia/banca-arranca-ano-dobro-lucros-menos-3000-trabalhadores-2007919>

minimalista e imediata. Em 1930, Henry Ford descobriu que semanas mais curtas de trabalho tornava os trabalhadores mais produtivos, e, além do mais, teriam mais tempo para passear e comprar carros. No entanto, na era digital muitos profissionais acabam por trabalhar ou monitorizar trabalho durante mais que 80 horas semanais⁹, o que acaba por ser paradoxal e contraproducente. Note-se que atualmente se discute a semana de 4 dias de trabalho¹⁰, tendo sido aprovado uma alteração ao Orçamento do Estado (2022) para realizar um projecto piloto sobre o tema. Alguns países já efectuaram estudos, sendo a Islândia um caso de sucesso. Os investigadores verificaram que o bem-estar dos trabalhadores aumentava consideravelmente, o que beneficiava todos os intervenientes (patrões e colaboradores). No Estados Unidos da América, a empresa Qualtrics elaborou uma investigação¹¹ para questionar os americanos acerca da semana de 4 dias. Os resultados indicaram que 92% dos que responderam ao inquérito pretendem uma semana de trabalho mais curta, 79% acreditam que a semana mais curta iria melhorar a sua saúde mental e 82% afirmam que os iria tornar mais produtivos. Outro dos aspectos em questão foi os “Paid Mental Health Days”, ou seja, dias pagos que o colaborador pode tirar para se focar na sua saúde mental, e 89% referiram que esses dias iriam ajudá-los a recarregar energia e serem mais produtivos, sendo que 87% afirmam que reduziria o burnout e melhoraria a saúde mental, tão abalada durante a pandemia.

A Organização Mundial da Saúde revelou¹² que a prevalência global da depressão e ansiedade subiu 25%, apenas no primeiro ano da pandemia. Como factores precipitadores podemos incluir a solidão, o medo de contrair o Covid, as mortes associadas à doença, a parte financeira, entre outros. Diversos estudos (Bueno-Notivol et al., 2021; Chen et al., 2021; Santomauro et al., 2021; The Lancet Psychiatry, 2021) apontam no mesmo sentido, declarando que ocorreu um aumento significativo da incidência de várias perturbações, tais como, a ansiedade, depressão, transtorno de sono, perturbação de stress pós-traumático, transtorno de uso de substâncias e risco de suicídio.

O contacto social tão importante para o bem-estar, para os processos cognitivos e emocionais foram prejudicados devido ao isolamento social, que obrigou todos a mudar os hábitos radicalmente. Algumas estratégias foram utilizadas como o uso da Internet para estabelecer contacto com os familiares, amigos, colegas, e, assim, amenizar a separação, bem como, a compra de animais de estimação floresceu para combater o sentimento de solidão. Todavia, o impacto sobre a saúde mental provavelmente irá perdurar no tempo, sendo que um estudo¹³ descobriu que as pessoas que contraíram

⁹ <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2013/06/are-we-truly-overworked/309321/>

¹⁰ <https://sicnoticias.pt/pais/semana-de-trabalho-de-quatro-dias-pode-vir-a-tornar-se-realidade-em-portugal/>

¹¹ <https://www.qualtrics.com/news/most-u-s-employees-want-a-four-day-work-week-even-if-it-means-working-longer-hours/>

¹² <https://news.un.org/pt/story/2022/03/1781502>

¹³ <https://medicine.wustl.edu/news/covid-19-survivors-face-increased-mental-health-risks-up-to-a-year-later/>

Covid-19 eram 60% mais propensas a sofrer de problemas de saúde mental do que aqueles que não foram infectadas.

5. CONCLUSÕES

Este estudo teve como objectivos conhecer os níveis de Burnout e Depressão pelo Trabalho em bancários, verificar se variam em função das variáveis sociodemográficas e laborais, e, perceber se existe interrelação entre esses dois conceitos.

No que se refere às hipóteses elaboradas, a **Hipótese 1** (a amostra apresenta níveis elevados de burnout e depressão no trabalho) está em parte confirmada, pois a amostra revela níveis moderados de burnout, o que acaba por ser uma preocupação em termos de saúde mental. Contudo, em termos de Depressão pelo Trabalho os níveis apresentados são baixos.

Em relação à **Hipótese 2** (existe uma variação dos níveis de burnout e depressão no trabalho em função das características sociodemográficas e laborais), também foi parcialmente confirmada, existindo diferenças significativas no sexo, no local de trabalho e na categoria profissional.

Relativamente à **Hipótese 3** (existe uma correlação entre burnout e depressão no trabalho) está confirmada, sendo uma correlação positiva forte, mas não se sabendo, contudo, se estamos perante conceitos similares, ou se o burnout acaba por evoluir para um quadro depressivo.

No que respeita às limitações do estudo, sendo um estudo realizado através de uma plataforma online e de registo obrigatório, mas anónimo, pode desmotivar os inquiridos a acederem e responderem ao questionário. Uma das formas de recolha da amostra foi por método de bola de neve e constatou-se que por essa via não estava a surgir efeito relativamente ao preenchimento do inquérito, tendo sido, então, enviado um email com o questionário para todos os colaboradores de um banco via coordenador da Comissão de Trabalhadores. Grande parte da amostra foi conseguida dessa forma, o que possibilitou obter uma amostra a nível nacional, mas uma amostra maioritariamente de um só banco. Deduz-se uma relutância por parte dos bancários em responder ao inquérito, visto o número de emails enviado e o número de inquéritos respondidos, demonstrar uma grande discrepância, o que pode sugerir um excesso de trabalho e saturação por parte dos bancários, já bastante fustigados com reuniões, inquéritos internos, formações, e, consequentemente, pouca disponibilidade e disposição. Importante lembrar que o estudo foi realizado numa fase em que os bancários poderiam estar bastante fadigados da constante adaptação a que foram submetidos aquando da pandemia.

Em estudos futuros seria importante obter uma amostra mais diversificada em termos de bancos para verificar se o burnout difere quanto à instituição e estudos longitudinais para observar as tendências do Burnout.

Por fim, os dados recolhidos servem para apresentar o estado de saúde mental dos bancários e das dimensões mais afectadas. Tentaremos disponibilizar por email o resultado do estudo aos bancários, tal como algumas estratégias para prevenir e minorar os efeitos do Burnout, porque como

refere Areosa (2018), o trabalho é o palco privilegiado de novas e velhas formas de sofrimento! Por conseguinte é inegável que precisamos combater o flagelo das doenças mentais no contexto laboral.

Esperemos que a pandemia tenha servido, pelo menos, para consciencializar as pessoas acerca da saúde mental, visto que, consoante o mais recente relatório da OMS (WHO, 2022), uma pessoa em cada oito sofre de um problema de saúde mental, porém somente 2% dos orçamentos nacionais da saúde e menos de 1% da ajuda total internacional à saúde são consagrados à saúde mental¹⁴.

¹⁴ <https://www.jn.pt/mundo/sofrimento-relacionado-com-saude-mental-e-enorme-no-mundo-14946864.html>

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahola, K., & Hakanen, J. (2007). Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders*, 104(1–3), 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.03.004>
- Ahola, K., Kivimäki, M., Honkonen, T., Virtanen, M., Koskinen, S., Vahtera, J., & Lönnqvist, J. (2008). Occupational burnout and medically certified sickness absence: A population-based study of Finnish employees. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(2), 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.06.022>
- Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., Huuhtanen, P., Koskinen, A., & Väänänen, A. (2009). Occupational burnout and chronic work disability: An eight-year cohort study on pensioning among Finnish forest industry workers. *Journal of Affective Disorders*, 115(1–2), 150–159. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.09.021>
- APA (American Psychiatric Association). (2013). Cautionary Statement for Forensic Use of DSM-5. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Areosa, J. (2018). O trabalho como palco do sofrimento Work as the stage of suffering. *International Journal on Working Conditions*, 15, 81–95.
- Areosa, J., & Queirós, C. (2020). Burnout: uma patologia social reconfigurada na era COVID-19? *International Journal on Working Conditions*, 20, 71–90. DOI:10.25762/abh3-qh73
- Aybas, M., & Elmas-atay, S. (2018). *Job Insecurity and Burnout: The Moderating Role of Employability*. European Journal of Business and Management.
- Bianchi, R. (2018). Burnout is more strongly linked to neuroticism than to work-contextualized factors. *Psychiatry Research*, 270, 901–905. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.015>
- Bianchi, R., Boffy, C., Hingray, C., Truchot, D., & Laurent, E. (2013). Comparative symptomatology of burnout and depression. *Journal of Health Psychology*, 18(6), 782–787. <https://doi.org/10.1177/1359105313481079>
- Bianchi, R., & Nogueira, D. (2019). Burnout is associated with a depressive interpretation style. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 35(5), 642–649. <https://doi.org/10.1002/smi.2897>
- Bianchi, R., Laurent, E., Schonfeld, I. S., Bietti, L. M., & Mayor, E. (2020). Memory bias toward emotional information in burnout and depression. *Journal of Health Psychology*, 25(10–11), 1567–1575. <https://doi.org/10.1177/1359105318765621>

- Bianchi, R., & Schonfeld, I. S. (2020). The Occupational Depression Inventory: A new tool for clinicians and epidemiologists. *Journal of Psychosomatic Research*, 138, 110249. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110249>
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*, 36, 28–41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004>
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Verkuilen, J. (2020). A five-sample confirmatory factor analytic study of burnout-depression overlap. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4), 801–821. <https://doi.org/10.1002/jclp.22927>
- Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R., & Santabábara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(1). <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007>
- Carod-Artal, F. J., & Vázquez-Cabrera, C. (2013). *Chapter 2. Burnout Syndrome in an International Setting*. Burnout for Experts: Prevention in the Context of Living and Working. Switzerland: Springer. DOI: 10.1007/978-1-4614-4391-9_2
- Carro, A. C., & Nunes, R. D. (2021). Suicidal ideation as a factor associated with burnout syndrome in medical students. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 70(2), 91–98. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000302>
- Chen, P. J., Pusica, Y., Sohaei, D., Prassas, I., & Diamandis, E. P. (2021). An overview of mental health during the COVID-19 pandemic. *Diagnosis*, 8(4), 403–412. <https://doi.org/10.1515/dx-2021-0046>
- Chowdhury, R., Shah, D., & Payal, A. (2017). Healthy Worker Effect Phenomenon: Revisited with Emphasis on Statistical Methods – A Review. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 21, 2. https://doi.org/10.4103/ijoem.IJOEM_53_16
- Coelho, I., Sousa-Uva, M., Pina, N., Marques, S., Matias-Dias, C., Rodrigues, A. Economic Crisis in Portugal: Trajectory of the Incidence of Depression and Correlation With Unemployment. *Acta Médica Portuguesa*. 2021;34(4):278-282. doi: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.13574>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & Van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118–126. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>
- Cuijpers, P., Stringaris, A., & Wolpert, M. (2020). Treatment outcomes for depression: challenges and opportunities. *The Lancet Psychiatry*, 7(11), 925–927. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30036-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30036-5)

- Dejours, C. (2017). Novas formas de servidão e suicídio. In C. Dejours (Org.), *psicodinâmica do trabalho: Casos clínicos* Porto Alegre: Dublinense, pp.117-142.
- Dias, F. S., & Angélico, A. P. (2018). *Síndrome de Burnout em Trabalhadores do Setor Bancário: Uma Revisão de Literatura*. Trends in Psychology / Temas em Psicologia – Vol. 26, nº 1, 15-30 DOI: 10.9788/TP2018.1-02Pt
- Dong, M., Zeng, L.-N., Lu, L., Li, X.-H., Ungvari, G. S., Ng, C. H., Chow, I. H. I., Zhang, L., Zhou, Y., & Xiang, Y.-T. (2019). Prevalence of suicide attempt in individuals with major depressive disorder: a meta-analysis of observational surveys. *Psychological Medicine*, 49(10), 1691–1704. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002301>
- Elkis, H. (2000). A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(suppl 1), 23–26. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462000000500009>
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS-5*: Penso Editora.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. doi: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- Gascon, S. (2022). *FPS-Trabajo-digno-y-saludable-en-la-era-de-COVID* (Issue March).
- Graham Greene. (1960). *A Burnt-Out Case*. London: Penguin Books.
- Grisci, C. L. I., & Bessi, V. G. (2004). Modos de trabalhar e de ser na reestruturação bancária. *Sociologias*, 12, 160–200. <https://doi.org/10.1590/S1517-45222004000200007>
- Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant, R. A., Christensen, H., & Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(4), 301–310. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104015>
- Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75(3), 209–221. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00101-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00101-5)
- Kerr, F. (2010). *Thomas Aquinas: A very short Introduction*. OXFORD University Press.
- Khalid, A., Pan, F., Li, P., Wang, W., & Ghaffari, A. S. (2020). The Impact of Occupational Stress on Job Burnout Among Bank Employees in Pakistan, With Psychological Capital as a Mediator. *Frontiers in Public Health*, 7(March). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00410>
- Khattak, J. K., Khan, M. A., Haq, A. U., Arif, M., & Minhas, A. A. (2011). *Occupational stress and burnout in Pakistan's banking sector*. 5(3), 810–817. <https://doi.org/10.5897/AJBM10.395>
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, 1–19. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>

- Levkovitz, Y., Tedeschini, E., & Papakostas, G. I. (2011). Efficacy of antidepressants for dysthymia: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(4), 509–514. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05949blu>
- Mannocci, A., Marchini, L., Scognamiglio, A., Sinopoli, A., De Sio, S., Sernia, S., & La Torre, G. (2018). Are bank employees stressed? Job perception and positivity in the banking sector: An Italian observational study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040707>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco. Jossey-Bass Publisher
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Maslach, C. (1976) Burn-Out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Moreira Cardoso, A. C. (2015). O trabalho como determinante do processo saúde-doença. *Tempo Social*, 27(1), 73–93. <https://doi.org/10.1590/0103-207020150110>
- Pei, P., Lin, G., Li, G., Zhu, Y., & Xi, X. (2020). The association between doctors' presenteeism and job burnout: A cross-sectional survey study in China. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05593-9>
- Pichot, P. (2004). Circular insanity, 150 years on. *Bulletin de l'Academie Nationale de Medecine*, 188(2), 275–284. [https://doi.org/10.1016/s0001-4079\(19\)33801-4](https://doi.org/10.1016/s0001-4079(19)33801-4)
- Putnam, K., & Mckibbin, L. (2003). An Untapped Opportunity for Occupational Health Professionals. *Depression*, 122–130.
- Qiao, H., Xia, Y., & Li, Y. (2016). Perceived employability moderates burnout and depression among bank employees. *Social Behavior and Personality*, 44(7), 1123–1132. <https://doi.org/10.2224/sbp.2016.44.7.1123>
- Queirós, C., Fonseca, S., Faria, S., & Oliveira, S. (2021). *Adaptação para português do ODI – Occupational Depression Inventory de Bianchi e colaboradores. Porto: LabRP da FPCEUP.*
- Quick, J. C., & Henderson, D. F. (2016). Occupational stress: Preventing suffering, enhancing wellbeing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(5), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph13050459>
- Rehm, L. P. (2010). *Depressão*. Hogrefe.
- Riso, L. P., Miyatake, R. K., & Thase, M. E. (2002). The search for determinants of chronic depression: A review of six factors. *Journal of Affective Disorders*, 70(2), 103–115. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00376-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00376-7)

- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. In *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed, 347-387.
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & De Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*, 12(10), 1–29. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Schaufeli, W. B., Desart, S., & De Witte, H. (2020). Burnout assessment tool (Bat)—development, validity, and reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 1–21. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis (Issues in Occupational Health)*. New York: CRC Press.
- Schwartz, M. S., & Will, G. T. (1953). Low Morale and Mutual Withdrawal on a Mental Hospital Ward. *Psychiatry*, 16(4), 337–353. <https://doi.org/10.1080/00332747.1953.11022937>
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2006). *Contributo Para a Adaptação Da Hospital Anxiety and Depression Scale à população portuguesa com doença crónica*. *Psychologica*, 41, 193-204
- Telles-Correia, D., & Marques, J. G. (2015). Melancholia before the twentieth century: Fear and sorrow or partial insanity? In *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00081>
- The Lancet Psychiatry. (2021). COVID-19 and mental health. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 87. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00005-5)
- Tipton, J. (2021). Black Bile, Manic Depression and Melancholy: Two Pillars of Our Understanding. *Medical Research Archives*, 9(4). <https://doi.org/10.18103/mra.v9i4.2363>
- Vazquez, A. C. S., dos Santos, A. S., da Costa, P. V., de Freitas, C. P. P., de Witte, H., & Schaufeli, W. B. (2020). Work and well-being: Evidence of the relation between burnout and life satisfaction. *Avaliacao Psicologica*, 18(4), 372–381. <https://doi.org/10.15689/AP.2019.1804.18917.05>

- Verkuilen, J., Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2021). Burnout–Depression Overlap: Exploratory Structural Equation Modeling Bifactor Analysis and Network Analysis. *Assessment*, 28(6), 1583–1600. <https://doi.org/10.1177/1073191120911095>
- Weber A., & Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: A disease of modern societies? *Occupational Medicine*, 50(7), 512–517. <https://doi.org/10.1093/occmed/50.7.512>
- WHO. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: global health estimates*. World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>
- WHO. (2022). *World Mental Health Report: Transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization
- Worsley, P. (1987). *New introductory sociology*. London: Penguin.

**SAÚDE MENTAL DOS BANCÁRIOS EM PORTUGAL: UM ESTUDO SOBRE BURNOUT E
DEPRESSÃO NO TRABALHO**

Frédéric Salvador Oliveira Coelho

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto

