

Absentismo, Engagement, Burnout, Ansiedade e Depressão em Profissionais de Saúde na Área dos Comportamentos Aditivos e Dependências da Região Norte

Rui Tinoco, Cátia Coutinho, Rita Valinho, Cristina Queirós

¹ ICAD Unidade de Estatística e Investigação, Porto, Portugal, rui.tinoco@icad.min-saude.pt, ORCID: 0000-0002-0771-5303; ² ICAD Centro de Respostas Integradas Porto Oriental, Porto, Portugal, ORCID: 0000-0002-5498-2375; ³ ICAD Gabinete de Tecnologias e Sistemas de Informação, Porto, Portugal, ORCID: 0009-0005-5413-4623; ⁴ Centro de Psicologia da Universidade do Porto, FPCEUP, Porto, Portugal, ORCID: 0000-0002-8045-5317

Resumo: Nos últimos anos, e sobretudo após a pandemia, a saúde mental no trabalho em profissionais cuja atividade implica interação humana tem vindo a piorar. Os profissionais de saúde que trabalham no apoio aos comportamentos aditivos e dependências enfrentam desafios acrescidos pelas características dos utentes com os quais interagem, sendo pouco investigados no que se refere ao seu adoecer psicológico e motivação para o trabalho. Este estudo pretende conhecer os níveis de *burnout*, de *engagement* (enquanto envolvimento com o trabalho) e de ansiedade/depressão, bem como a sua relação com o absentismo psicológico/psiquiátrico. Através de um questionário online participaram 233 profissionais de saúde a trabalhar na Área dos Comportamentos Aditivos e Dependências da região Norte. Os resultados indicaram 31% da amostra com níveis moderados/elevados de *burnout*, 49% com baixo *engagement* e cerca de 14% com sintomas nítidos de ansiedade e depressão, tendo 18% tido atestado nos últimos dois anos por razões psicológicas. Identificou-se claramente um grupo de risco com absentismo nos últimos dois anos, caracterizado por maior nível de *burnout*, ansiedade e depressão, e menor envolvimento com o trabalho (nomeadamente menos vigor e dedicação). Sugere-se monitorização regular das variáveis psicológicas e a promoção da saúde mental no trabalho.

Palavras-chave: Absentismo Psicológico/Psiquiátrico, Profissionais de Saúde, *Burnout*, Ansiedade/depressão, Comportamentos Aditivos e Dependências.

Absenteeism, Engagement, Burnout, Anxiety and Depression in Health Professionals working in the Area of Addictive Behaviours and Dependencies in the northern region

Abstract: In recent years, and especially after the pandemic, mental health at work in professionals whose activity involves human interaction has been worsening. Health professionals who work in support of addictive behaviors and dependencies face increased challenges due to the characteristics of the patients with whom they interact, being less investigated regarding their psychological illness and motivation to work. This study aims to identify the levels of burnout, engagement (as motivation to work) and anxiety/depression, as well as their relationship with psychological and psychiatric absenteeism. Through an online questionnaire, 233 health professionals participated, all working in the Area of Addictive Behaviors and Dependencies in the northern region. The results indicated 31% of the sample with moderate/high levels of burnout, 49% with low engagement and nearly 14% with clear symptoms of anxiety and depression. Moreover, 18% have been on sick leave in the last two years for psychological reasons. It was clearly identified a risk group with absenteeism in the last two years, characterized by higher levels of burnout, anxiety and depression, and less involvement with work (namely less vigor and dedication). Regular monitoring of psychological variables and the promotion of mental health at work are suggested.

Keywords: Psychological/Psychiatric Absenteeism, Health Professionals, Burnout, Anxiety/depression, Addictive Behaviors and Dependencies.

1. Introdução

O absentismo no trabalho por razões psicológicas e psiquiátricas tem suscitado interesse crescente pelos custos que tem nas organizações e por poder expressar adoecer psicológico dos trabalhadores, surgindo associado aos atuais riscos psicossociais no trabalho (EU-OSHA, 2023). Portugal apresenta uma tendência crescente de 2023 para 2024 (EC, 2025), sabendo-se que após a pandemia COVID-19, a saúde mental no trabalho piorou nos profissionais de saúde, existindo aumento dos níveis de *burnout*, ansiedade e depressão (EU-OSHA, 2024; INSA, 2020). Ora, a diminuição da saúde mental no trabalho acarreta riscos acrescidos para o bom desempenho laboral e para a saúde individual, contribuindo para o aumento do absentismo e sua interligação com outras dimensões como o *burnout*, stress ocupacional e reduzido envolvimento no trabalho (Gonzales et al., 2025; Lee et al., 2023; Neuber et al., 2021; Thomas et al., 2020). Assim, importa conhecer estas interligações nos profissionais de saúde que trabalham no apoio aos comportamentos aditivos e dependência, pois são um grupo pouco investigado no que se refere ao seu adoecer psicológico e motivação para o trabalho.

De acordo com o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2030 (Ministério da Saúde, 2023), os comportamentos aditivos e dependências são um fenómeno complexo do ponto de vista social e sanitário que contempla milhões de pessoas em todo o mundo, com consequências que, quando nefastas, não se refletem apenas nos sujeitos que o protagonizam, mas também nas suas famílias e comunidades, gerando enormes custos e danos para a saúde pública, ambiente, produtividade no trabalho, entre outros. Representam também, em termos de segurança, ameaças que estão associadas à violência, criminalidade e corrupção. Na Região Norte de Portugal, até 2024, as respostas assistenciais estavam estruturadas em sete Centros de Respostas Integradas (CRI), uma Unidade de Alcoologia (UA), uma Unidade de Desabilitação (UD), uma comunidade terapêutica (CT) e um Programa Integrado de Apoio à Comunidade (PIAC), concretizando-se em cerca de 4.000 acolhimentos a novos utentes, 17.600 utentes ativos e um volume de consultas de 214.000 no ano de 2023, numa média de 12 consultas por utente/ ano.

Como o trabalho com utentes que apresentam comportamentos aditivos e dependências exige uma resiliência significativa, pode fazer aumentar o risco de *burnout* e outros problemas de saúde mental devido ao stress crónico e à necessidade de gestão emocional constante. Estes profissionais enfrentam desafios acrescidos pelas características dos utentes com os quais interagem, sendo importante reconhecer o seu esforço diário e refletir sobre as suas condições de trabalho.

Este estudo pretende conhecer os níveis de *burnout*, de ansiedade e depressão, e de *engagement* (enquanto envolvimento com o trabalho), bem como a sua relação com o absentismo psicológico e psiquiátrico, em profissionais de saúde a trabalhar na Área dos Comportamentos Aditivos e Dependências da região norte (anteriormente designada como Divisão para os Comportamentos Aditivos e Dependências - DICAD da ARS Norte). Para melhor contextualização teórica aborda-se, seguidamente, o fenómeno do absentismo e alguns estudos sobre este tipo de profissionais, para depois descrever o estudo empírico.

2. Enquadramento teórico

O absentismo define-se como a ausência do trabalhador no seu posto de trabalho (Mussa & Abreu, 2024), configurando uma situação ocasional ou ocorrer associado à

intenção de saída e, eventualmente, mudança de trabalho (Khan et al., 2016). É ainda importante considerar se o absentismo é planeado/imprevisto, e de carácter voluntário/involuntário (Belita et al., 2013), podendo ainda ser influenciado pelo lugar e conteúdo do trabalho, bem como pela organização e dimensões culturais. No que se refere ao absentismo não planeado, Saruan e colegas (2020) analisaram o papel dos *stressores* laborais e não laborais baseando-se nos atestados médicos e nos atestados dos serviços de urgência, e concluindo que é difícil distingui-los, mesmo com elevados níveis de prevalência, pois metade dos profissionais já tiveram no último ano um dos dois tipos de atestados monitorizados.

Num outro estudo, Duarte e colegas (2017) estudaram os fatores de risco entre profissionais de saúde num contexto hospitalar brasileiro para o que denominaram absentismo-doença, utilizando informações baseadas em autodeclaração juntamente com variáveis sociodemográficas e laborais. Encontraram no último ano do seu estudo 28,5% de absentismo, associado a doença ocupacional, altas exigências físicas e psicológicas no lugar de trabalho e tempo de trabalho.

É então importante considerar os fatores que podem influenciar o absentismo, e, Chenevert e colegas (2013) recomendaram o envolvimento dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão, para melhorar os níveis de perceção e sentimento de justiça e desta forma reduzir o absentismo. Brady e colegas (2023a), em profissionais de saúde de contextos hospitalares encontraram relação entre atestados e dimensões organizacionais como carga de trabalho, *stress*, condições de trabalho, controle laboral com baixos níveis de envolvimento nos processos de tomada de decisão e baixos níveis de apoio social. Num outro estudo (Brady et al., 2023b) encontraram associações entre os atestados e a idade, género, estado civil, personalidade e satisfação laboral, surgindo o maior absentismo associado à idade e estado de saúde.

Em profissionais de saúde, Dyrbye e colegas (2019) verificaram que maiores níveis de fadiga implicavam maior probabilidade de ausência ao trabalho de um ou mais dias, tendo encontrado em enfermeiros um nível mais elevado de *burnout*. Também Johnson e colegas (2018) verificaram que baixos níveis de bem-estar e altos níveis de *burnout* estavam relacionados com uma degradação da qualidade do cuidado e segurança do doente, e simultaneamente implicavam maior absentismo e maior percentagem de mudança entre os profissionais. Soane e colegas (2013) demonstraram que maior *engagement* se associava a menor absentismo, enquanto Llanos (2015), em contexto hospitalar encontrou uma relação do absentismo com a insatisfação laboral e variando em função da cultura organizacional, ou seja, existência de alguns fatores mais externos aos trabalhadores. Mais tarde, num estudo de carácter qualitativo, Mmako e Ngwato (2023) relacionaram o absentismo em contexto hospitalar com a excessiva carga de trabalho, dificuldades financeiras, problemas e responsabilidades familiares, situações relacionadas com a moral das equipas, e consumo de álcool e abuso de substâncias. Salientaram a importância de melhorar as condições de trabalho e de implementar programas de bem-estar dirigidos aos profissionais. Já em 2025, Brulin e colegas identificaram num estudo longitudinal de um ano em médicos suecos, 9% de absentismo, 4,7% de *burnout* elevado e 3,7% de sintomas depressivos.

No que se refere ao absentismo em Portugal, não existe aprofundada investigação na função pública e em profissionais de saúde. Contudo, na Enfermagem, Lima e colegas (2019) realçaram uma mudança nos padrões do absentismo, pois verificaram que as exigências do trabalho e a sua conjugação com a crise económica, fizeram com que

muitos destes profissionais fossem trabalhar mesmo estando doentes. Encontraram 87% dos seus participantes que relataram já ter ido trabalhar doentes, configurando o fenómeno do presentismo. Este é definido como o comportamento de ir trabalhando doente física ou mentalmente, sendo frequente no setor da saúde em profissionais que enfrentam elevado stress no trabalho (Zeng et al., 2025). Tem consequências em termos de produtividade e qualidade das ações e funções desempenhadas devido ao esforço para cumprir as tarefas, apresentando os enfermeiros portugueses maior presentismo do que os enfermeiros brasileiros e espanhóis (Mosteiro-Díaz et al., 2020). Note-se que nem sempre os estudos apresentam o mesmo intervalo para o critério de presentismo (ex.: um mês ou um ano) ou até nem o clarificam, o que dificulta efetuar comparações. Além disso, em épocas de maior crise financeira os trabalhadores apresentam menos absentismo devido a penalizações, optando pelo presentismo.

Nunes (2021) procurou caracterizar o absentismo em profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), identificando na região norte 13% de absentismo em 2019 e 15% em 2020, já durante a pandemia. Como causas destacaram motivos relacionados com a doença em geral, com a parentalidade e com acidente de trabalho ou doença de carácter profissional. Também Ribeiro e colegas (2021), citando dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), encontraram na administração pública portuguesa 4,5% de absentismo em 2015, 4,8% em 2016 e 6,8% em 2017, valores considerados elevados. Não encontraram relação entre satisfação laboral e absentismo, mas identificaram como principais motivos de absentismo a necessidade de apoiar a família, existência de doença ou de doença prolongada, desmotivação e insatisfação laboral.

Note-se que o Plano Nacional da Saúde 2021-2030 (DGS, 2022) refere que no SNS o absentismo tem vindo a aumentar de forma progressiva desde 2013, sendo de 11,4% em 2018, e motivado sobretudo por doença e parentalidade. Contudo os dados parecem ter alguma desatualização e não se consegue distinguir a percentagem de ausências devidas a motivos de ordem psicológica ou psiquiátrica, o que dificulta compreender o fenómeno. Afonso (2023) considera o absentismo e *turnover* como ferramentas importantes para se compreender e avaliar o comportamento dos trabalhadores, e a intenção de mudar é um precursor fiável da mudança factual ou *turnover* (Degen & Angerer, 2015). Recentemente, Lee e colaboradores (2023) encontram uma prevalência de absentismo não planeado de 20% entre trabalhadores de saúde durante a pandemia da COVID-19, bem como a sua relação com a exaustão e o *burnout*.

O *burnout* foi em 2019 considerado fenómeno ocupacional (WHO, 2019), sendo definido como a resposta desadequada ao stress crónico no trabalho (Maslach et al., 2001; Queirós & Cameira, 2024). Associado ao *burnout* é frequentemente referido o conceito de *engagement* como estado psicológico individual de motivação, envolvimento e prazer no trabalho (Schaufeli, 2017), constituindo um fator protetor do *burnout* (Hafstd et al., 2025; Perepelkin & Wilson, 2023). Nos últimos anos surgiu a discussão sobre a relação entre *burnout* e depressão, com Schaufeli e colegas (2020) a considerarem conceitos independentes, enquanto Bianchi e Schonfeld (2020) consideram conceitos sobrepostos. Contudo, a discussão mais recente tem reforçado a relação, mas não sobreposição (Beer & Schaufeli 2025), podendo *burnout* e depressão ocorrer em comorbilidade (Tavella & Parker, 2024). Acresce que a preocupação com a saúde mental no trabalho foi já tema do Dia Mundial da Saúde Mental em 10 de outubro de 2000/2001, de 2017 e, recentemente, de 2024 (WHO, 2024), incluindo variáveis psicológicas como stress ocupacional, *burnout*, ansiedade e depressão, entre outras.

Recentemente, numa detalhada revisão da literatura, Khalid e Syed (2024) identificaram para a saúde mental no trabalho fatores de risco antecedentes: ao nível macro/societal como por exemplo, crise socioeconómica e cultura de masculinização organizacional; ao nível meso/organizacional interações negativas no trabalho, natureza e exigências das tarefas, conflito trabalho-família e conflitos laborais; e ao nível micro/individual ser do género feminino e traços de personalidade como neuroticismo e adição ao trabalho. Contudo, como fatores protetores encontraram: ao nível macro, o suporte social da organização ou outras entidades; ao nível meso a justiça organizacional, suporte de colegas, estilo de liderança e boa articulação trabalhador/tarefa; e ao nível micro a religiosidade, capital social/psicológico, prática de atividade física e comportamentos inovadores no trabalho. Os resultados de boa saúde mental no trabalho surgiram associados: no nível meso a menor absentismo e intenção de mudar de trabalho, e maior *engagement*; e no nível micro a partilha de conhecimento, criatividade, menor conflito trabalho-família e maior resiliência. Numa outra revisão, Lancman e colegas (2024) alertaram para a importância de se considerar aquando do regresso ao trabalho após absentismo, a melhor compatibilização trabalhador/tarefa e a reorientação vocacional no trabalho. Por sua vez, Gonzales e colegas (2025), numa revisão sobre *burnout* e intenção de mudar, realçaram a importância de se reduzir o stress no trabalho, sobrecarga laboral, ansiedade, exaustão emocional e insatisfação laboral, bem como melhorar o suporte organizacional o bem-estar no trabalho e a promoção da resiliência.

Ainda relacionado com a saúde mental no trabalho em profissionais de saúde, sobretudo depois da pandemia, foram efetuados inúmeros estudos sobre ansiedade e depressão. Por exemplo, Duarte e colegas (2020) encontraram níveis elevados de stress e depressão em profissionais de saúde. Heitor (2021) encontrou em profissionais de saúde mulheres 31% com *burnout*, 27% com ansiedade e 29% com sintomas depressivos, enquanto nos homens encontraram respetivamente 30%, 24% e 25%. Lima-Nunes (2021) encontrou 60% dos profissionais de saúde com sintomas de ansiedade e 44% com sintomas de depressão.

Pelo exposto verifica-se que o absentismo é um fenómeno complexo que se associa ao *burnout*, ansiedade, depressão e desinvestimento/desmotivação no trabalho, os quais têm consequências graves quando se trata de profissionais de saúde que prestam serviços (Maslach, 1976). Curiosamente, foi Freudenberger (1974) quem definiu os sintomas de *burnout* na sua equipa de profissionais de saúde que atendiam toxicodependentes. Contudo, este tipo de profissionais é pouco investigado, destacando-se, contudo, o estudo de Vilardaga e colegas (2011) que identificaram níveis elevados de *burnout* em profissionais de saúde norte-americanos na área dos comportamentos aditivos. Também Gutierrez e colegas (2019) realçaram o papel protetor da inteligência emocional no *burnout* destes profissionais, e Christ (2021) encontrou níveis mais elevados de stress ocupacional e de *burnout* em profissionais de saúde que exerciam a sua atividade profissional nos serviços na área das adições. Em Portugal, um estudo realizado numa unidade de tratamento a comportamentos aditivos na zona norte detetou diversas dimensões do *burnout* com níveis elevados (Lopes et al., 2023), o mesmo acontecendo em profissionais na Área dos Comportamentos Aditivos e Dependências da região norte (Coutinho et al., 2024).

Faz, então, sentido conhecer a saúde mental no trabalho destes profissionais expressa em absentismo, *burnout*, ansiedade/depressão e *engagement*/motivação no trabalho.

3. Método

3.1. Instrumentos

Foi construído um questionário sociodemográfico, o qual, para além de variáveis individuais e laborais, incluiu uma questão sobre o absentismo motivado por causas psicológicas e psiquiátricas nos últimos dois anos de trabalho. Em seguida foram utilizados instrumentos para identificação do *burnout* (BAT), ansiedade e depressão (HADS) e envolvimento com o trabalho (UWES) nas suas versões portuguesas.

O BAT - *Burnout Assessment Tool* (Schaufeli et al., 2020; versão portuguesa de Sinval et al., 2022) é constituído por 12 itens organizados nas dimensões exaustão, distanciamento mental, dificuldades cognitivas e dificuldades emocionais, sendo possível calcular um score global de *burnout*. Todos os itens são avaliados numa escala de 1 (nunca) a 5 (sempre), sendo possível através de pontos de corte estabelecidos pelos autores (Schaufeli et al., 2023) identificar níveis respetivamente de baixo, moderado e elevado para cada dimensão do *burnout* e para o total dos sintomas secundários. Estes constituem mais 10 itens, sendo 5 sobre queixas psicológicas e 5 sobre queixas psicossomáticas.

A HADS - *Hospital Anxiety Depression Scale* (Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007) é composta por 14 itens (7 para ansiedade e 7 para depressão), sendo possível utilizar os pontos de corte que permitem a categorização em: sem sinais de perturbação, situação duvidosa, e, com sinais de perturbação. Todos os itens são avaliados numa escala de 0 a 3, descritos qualitativamente de forma diferente conforme cada afirmação (ex.: para o valor 0=nunca, quase nada ou de modo algum; para o valor 3=sempre, a maior parte do tempo ou muito forte) e considerados no somatório de cada dimensão de 0 a 21 pontos.

A UWES - *Utrecht Work Enthusiasm Scale* (Schaufeli & Bakker, 2004; versão portuguesa de Sinval et al., 2018) foi utilizada na sua versão de 9 itens, organizados nas três dimensões: vigor, dedicação e absorção, sendo possível o cálculo de um score global de *engagement*. Todos os itens são avaliados numa escala de 0 (nunca) a 6 (todos os dias), existindo pontos de corte para os níveis de baixo, moderado e elevado.

Todos os instrumentos apresentaram adequadas propriedades psicométricas (Tabela 1) através do *Alfa de Cronbach*, que varia entre 0,76 e 0,95, aproximando-se do valor de 0,80 recomendado por Field (2009). Na análise comparativa foram utilizados testes não paramétricos (*Mann-Whitney U*), visto se ter verificado que as variáveis em análise não seguiam uma distribuição normal para um nível de significância de 0,05.

Tabela 1. Alfa de Cronbach para os questionários BAT, UWES e HADS

Questionário e dimensões	Nº. itens	Alfa de Cronb.	Média	Mediana	Desvio Padrão	Assimetria	Curtose	Sig Kolmogorov Smirnov
BAT-12 <i>Burnout</i>	12	0,91	2,31	2,25	0,61	0,84	1,63	,000***
Exaustão	3	0,88	2,86	3,00	0,84	0,07	-0,06	,000***
Distanc. Mental	3	0,76	2,21	2,00	0,77	0,87	1,22	,000***
Dif. Cognitivas	3	0,85	2,24	2,00	0,69	0,58	0,72	,000***
Dif. Emocionais	3	0,86	1,94	2,00	0,72	1,17	2,16	,000***
BAT-Sint. Sec.	10	0,90	2,46	2,40	0,74	0,42	-0,08	,002**
Queixas psicológicas	5	0,85	2,66	2,60	0,79	0,25	-0,22	,004**
Queixas psicossom.	5	0,82	2,26	2,20	0,81	0,44	-0,27	,000***

Questionário e dimensões	Nº itens	Alfa de Cronb.	Média	Mediana	Desvio Padrão	Assimetria	Curtose	Sig Kolmogorov Smirnov
UWES-9 <i>Engagement</i>	9	0,95	3,06	2,89	1,24	0,20	-0,82	,000***
Vigor	3	0,93	2,75	2,67	1,27	0,36	-0,55	,000***
Dedicação	3	0,89	3,23	3,00	1,33	0,23	-0,73	,000***
Absorção	3	0,84	3,19	3,00	1,42	0,21	-0,76	,000***
HADS-Ansiedade	7	0,86	6,54	6,00	3,84	0,69	0,74	,000***
HADS-Depressão	7	0,86	5,72	5,00	4,13	0,64	-0,18	,000***

** $p < 0,010$ *** $p < 0,001$

3.2. Procedimento

No âmbito do estudo “*Burnout e Envolvimento nos Profissionais de saúde dos comportamentos aditivos e dependências da Região Norte de Portugal* (Coutinho et al., 2024), foi enviado o questionário *online* para os emails de trabalho dos profissionais dos profissionais de saúde que trabalham em respostas estatais na Área dos Comportamentos Aditivos e Dependências da região norte, apresentando no início do questionário o consentimento informado (projeto 20230054 aprovado pela Comissão de Ética da ARS Norte IP, ata nº 2023-32, de 21/7/2023). Se algum profissional não quisesse participar, clicava na opção “Recuso”, sendo o questionário submetido sem dados. A recolha de dados decorreu entre 25/09 e 20/10 de 2023.

A análise de dados foi efetuada com o software *IBM SPSS Statistics 28.0*, recorrendo a análise descritiva (para caracterizar em termos de médias e de percentagem por níveis o estado psicológico global da amostra) e análise comparativa em função da existência de absentismo laboral. Nesta foi aplicado o teste não paramétrico, mas para permitir melhor reflexão sobre o estado psicológico dos participantes, são apresentadas as médias (c.f. Tabela 5), pois os valores da assimetria e da curtose estão respetivamente abaixo de 3 e abaixo de 7, sugerindo que os resultados não são afetados por ausência de normalidade, típica das variáveis psicológicas (Field, 2009; Kline, 2005). Além disso, pelo Teorema do Limite Central, à medida que uma amostra apresenta valores elevados de participantes, aproxima-se de uma distribuição normal (Field, 2009).

3.3. Participantes

A amostra foi constituída por 233 profissionais de saúde, representando uma taxa de resposta de 58,69% dos funcionários no ativo durante a etapa de recolha de dados (total de 397 funcionários), pois dos 423 funcionários dos serviços encontrou-se uma taxa de 6,14% de absentismo total. Um dos participantes não facultou o consentimento informado, reduzindo a amostra para 232 respostas.

No que se refere à caracterização da amostra (Tabela 2), verifica-se um envelhecimento das equipas, pois os intervalos 46-50, 51-55 e 56-60 constituem mais de metade da amostra (60%). Relativamente às habilitações literárias (Tabela 3), destaca-se a licenciatura (56%), seguida pelo mestrado (22%), existindo poucos profissionais com o 9º ano (1%) e com o doutoramento (4%).

Tabela 2. Distribuição em função de características sociodemográficas

Questão	Categorias	Frequência	Percentagem
Grupo etário	21-25	1	0,4
	26-30	5	2,2
	31-35	9	3,9
	36-40	28	12,1
	41-45	29	12,5
	46-50	48	20,7
	51-55	58	25,0
	56-60	34	14,7
	61-65	16	6,9
Habilitações	66-70	4	1,7
	Até 9º ano	3	1,3
	Entre 10º e 12º ano	40	17,2
	Licenciatura	129	55,6
	Mestrado	51	22,0
	Doutoramento	9	3,9

No que se refere ao grupo profissional (Tabela 3), verificou-se que se trata de equipas multidisciplinares, constituídas por profissionais de saúde de diversos quadrantes. Assim, predominaram os profissionais de psicologia (25%) e enfermagem (24%), surgindo em menor expressividade os participantes integrados em três especialidades médicas (7%) e outros técnicos superiores (6%).

Tabela 3. Distribuição em função de características laborais

Questão	Categoria	Frequência	Percentagem
Grupo profissional	Assistente Operacional	11	4,7
	Assistente Técnico	41	17,7
	Enfermagem	56	24,1
	Medicina Geral e Familiar	5	2,2
	Psicologia	58	25,0
	Serviço Social	36	15,5
	Psiquiatria/Pedopsiquiatria	12	5,2
	Outros Técnicos Superiores	13	5,6
	Tempo de serviço na profissão	menos de 5 anos de exercício da profissão	16
6 a 10 anos		8	3,4
11 a 15 anos		16	6,9
16 a 20 anos		32	13,8
21 a 25 anos		58	25,0
26 a 30 anos		62	26,7
31 anos ou mais		40	17,2
Tempo de serviço nos CAD	menos de 5 anos na área dos CAD	38	16,4
	6 a 10 anos	24	10,3
	11 a 15 anos	17	7,3
	16 a 20 anos	25	10,8
	21 a 25 anos	63	27,2
	26 a 30 anos	46	19,8
	31 anos ou mais	19	8,2

Relativamente ao tempo de exercício da profissão no seu todo verificou-se que os intervalos 21 a 25 anos (25%) e 26 a 30 anos (27%) constituem mais de metade das respostas. Sublinha-se, de igual forma, que a categoria 31 anos ou mais tem também um percentual elevado (17%). Esta distribuição reflete também o envelhecimento das equipas anteriormente notado. Em relação ao tempo de profissão na área dos CAD (área dos Comportamentos Aditivos e Dependências), as categorias 21 a 25 anos (27%) e 26 a 30 anos (20%) compreendem mais de metade das respostas. Também aqui a categoria 31 anos (8%) apresenta alguma expressividade.

4. Apresentação e discussão de resultados

4.1. Análise descritiva

No que se refere ao absentismo por razões psicológicas e psiquiátricas nos últimos dois anos (Tabela 4 e Figura 1), verificou-se que quase 18% da amostra relatou ter estado de atestado para o período dos últimos 2 anos, por oposição a 81% que não o referiu, enquanto a intenção de *turnover* variou entre 29,8% e 40,5%. Estes valores confirmam a tendência crescente do absentismo, pois Nunes (2021) referiu em profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na região Norte 13% em 2019 e 15% em 2020, enquanto Ribeiro e colegas (2021) encontraram na administração pública portuguesa 4,5% de absentismo em 2015, 4,8% em 2016 e 6,8% em 2017. Por sua vez no Plano Nacional da Saúde 2021-2030 (DGS, 2022) é referido que no SNS o absentismo tem vindo a aumentar de forma progressiva desde 2013, sendo de 11,4% em 2018. No mundo empresarial a Associação para o Progresso da Direção de Empresas (APD, 2024) referiu para 2023 o valor de 4,1%, num aumento constante na última década, acelerado pela pandemia, e que coloca desafios acrescidos no mundo do trabalho. Numa notícia, Campos e Barros (2024) referiram a existência nesse ano de mais de 4,6 milhões de dias de ausência até novembro, e apesar de se notar uma descida da taxa de absentismo no SNS, este era ainda elevado. No que se refere ao *turnover* voluntário, segundo um relatório da MERCER (2023), este era de 10% em 2019, 5,6% em 2020 e 5% até 2023. Contudo, no pós-pandemia o panorama inverteu-se, com 52% das organizações a reconhecerem dificuldades na retenção de talento e 10,6% de *turnover*. Contudo é importante realçar que é difícil encontrar valores comparativos com este estudo empírico, pois neste foram apenas consideradas as razões psicológicas/psiquiátricas, e conforme já referido o absentismo é um fenómeno complexo, motivado por ausências planeadas ou imprevistas, por motivos relacionados com o próprio trabalhador ou seus familiares. Por outro lado, a intenção de mudar pode não se concretizar em real *turnover*, embora possa espelhar insatisfação laboral.

Tabela 4. Frequência e percentagem do absentismo/atestado por razões psicológicas ou psiquiátricas e intenção de mudança / *turnover*

Questão	Sim n (%)	Não n (%)	Prefere não responder n (%)
Atestado por motivo psicológico/psiquiátrico (últimos 2 anos)	41 (17,8%)	188 (81,1%)	3 (1,1%)
Pensou em mudar de serviço dentro das respostas existentes na área dos CAD (último mês)	70 (30,2%)	150 (64,6%)	12 (5,2%)
Pensou em sair da área dos CAD	94 (40,5%)	127 (54,8%)	11 (4,7%)
Pensou em mudar de profissão?	69 (29,8%)	155 (66,8%)	8 (3,4%)

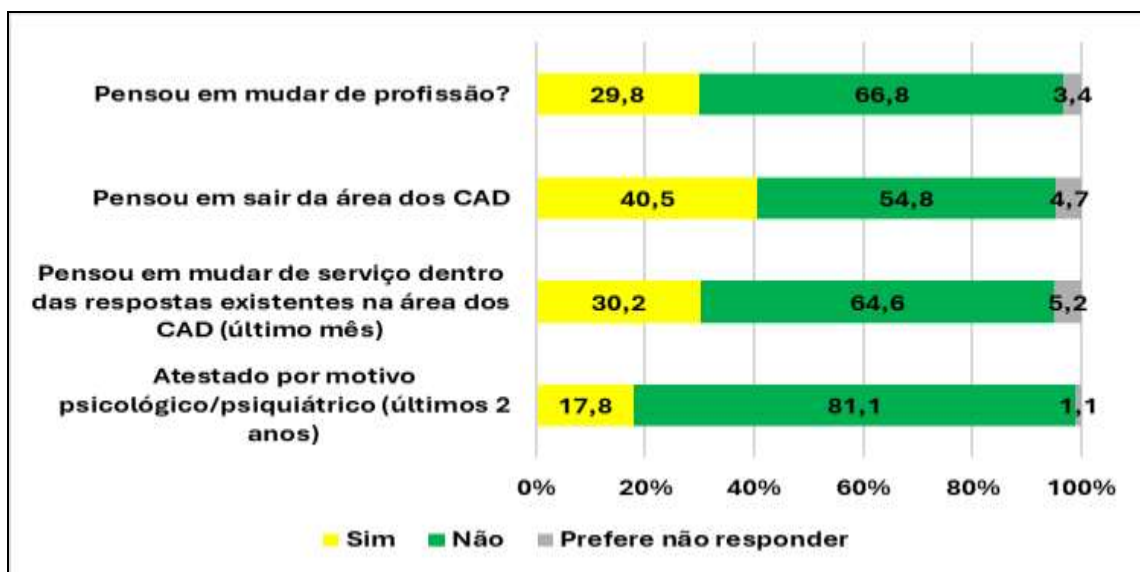


Figura 1. Absentismo/atestado por razões psicológicas/psiquiátricas e intenção de mudança/ turnover

No que se refere às variáveis de tipo psicológico (Tabela 5) apresentam-se os valores da média (e desvio padrão), bem como a frequência e percentagem pelos três níveis definidos em cada instrumento. Apresentam-se graficamente (Figuras 2 a 4) as distribuições das diversas dimensões por percentagem empilhada e por semáforos de adoecimento psicológico, em que a cor verde significado baixo risco de adoecimento expresso em baixo *burnout* e baixa ansiedade/depressão, mas elevado *engagement*, enquanto o amarelo significa risco moderado e, por fim, o vermelho representa risco elevado de adoecer.

Relativamente às médias, verificou-se para o *burnout* que a exaustão apresenta os valores mais elevados, situados num ponto intermédio da escala (cerca de 3 numa escala de 1 a 5), seguida das dificuldades cognitivas e distanciamento mental, e com menor valor e não atingindo 2 pontos, as dificuldades emocionais. Sendo o *burnout* calculado pela média das suas dimensões, situação também pouco acima de 2 valores. Já os sintomas secundários apresentam valor superior ao *burnout*, sobretudo devido às queixas psicológicas com valor mais próximo do ponto 3. Os resultados não confirmam outros estudos com profissionais de saúde (Duarte et al., 2020; INSA, 2020; Lopes et al., 2023) que encontraram valores elevados pois neste estudo as médias apresentam um valor que se pode referir como moderado. No que se refere ao *engagement*, os valores são mais preocupantes, pois as médias situam-se numa escala de 0 a 6 pontos no valor próximo de 3 em todas as dimensões, exceto para o vigor que se encontra abaixo do ponto 3. São valores considerados baixos e revelam já desmotivação no trabalho, resultado inferior ao *engagement* moderado encontrado por Borges e colegas (2024) em profissionais de saúde, mas semelhante ao de Wang e colegas (2023) já no pós-pandemia. Note-se que em profissões variadas, num estudo de Schaufeli (2017) sobre *engagement* em 35 países europeus, Portugal apresentava uma média de 3,69 numa recolha de 1.037 trabalhadores. Por fim, a ansiedade e depressão, considerando a escala de 0 a 21 pontos apresentam-se baixas com valores situados entre quase 7 e quase 6 respetivamente, confirmando os dados de Sousa e colegas (2022) que encontraram também valores baixos, mas contradizendo a revisão de Zhang e colegas (2024) que destacaram que a pandemia aumentou a ansiedade e depressão nos profissionais de saúde. No entanto

Trumello e colegas (2020) encontraram em profissionais da linha da frente na pandemia médias (com a HADS) de 8,95 para a ansiedade e de 7,37 para a depressão, por oposição a profissionais de saúde fora da linha da frente, respetivamente com 7,89 e 6,24. Alerta-se, contudo, para a especificidade da amostra neste estudo empírico, a qual, mesmo sendo profissionais de saúde trabalha com utentes toxicodependentes com desafios muito próprios.

Tabela 5. Médias e distribuição por níveis (n e %) para o burnout, engagement e ansiedade/depressão

Dimensões (escala)	Mínimo	Máximo	Média	DP	Baixo	Moderado	Elevado
Exaustão (1 a 5)	1	5	2,86	0,84	159 - 68,5%	0 - 0%	73 - 31,5%
Distanciamento Mental	1	5	2,21	0,77	118 - 50,9%	92 - 39,6%	22 - 9,5%
Dificuldades cognitivas	1	4,67	2,24	0,69	188 - 81%	25 - 10,8%	19 - 8,2%
Dificuldades emocionais	1	5	1,94	0,72	172 - 74,1%	32 - 13,8%	28 - 12,1%
<i>Burnout</i>	1	4,75	2,31	0,61	161 - 69,4%	41 - 17,7%	30 - 12,9%
Queixas Psicológicas	1	5	2,66	0,79	-	-	-
Queixas Psicossomáticas	1	5	2,26	0,81	-	-	-
Sintomas Secundários	1	5	2,46	0,74	41 - 17,6%	112 - 48,3%	79 - 34,1%
Vigor (0 a 6)	0	6	2,75	1,27	156 - 67,2%	56 - 24,2%	20 - 8,6%
Dedicação	0	6	3,23	1,33	108 - 46,6%	90 - 38,7%	34 - 14,7%
Absorção	0	6	3,23	1,33	85 - 36,6%	86 - 37,1%	61 - 26,3%
<i>Engagement</i>	0	5,89	3,06	1,24	114 - 49,3%	82 - 35,5%	35 - 15,2%
Dimensões (escala)	Mínimo	Máximo	Média	DP	Sem sinais	Duvidoso	Com sinais
Ansiedade (0 a 21)	0	21	6,54	3,8	124 - 53,4%	75 - 32,3%	33 - 14,3%
Depressão	0	19	5,72	4,1	145 - 62,5%	53 - 22,8%	34 - 14,7%

Para completar a análise de médias e sabendo-se estas frequentemente não espelham a complexidade dos dados reais, efetuou-se a análise por níveis e no se refere ao *burnout* (Figura 2) verifica-se que 32% da amostra apresenta exaustão emocional elevada, por oposição a 8% com dificuldades cognitivas ou 12% com dificuldades emocionais e 10% com distanciamento mental. Contudo, este apresenta para o nível moderado já cerca de 40%, sendo a dimensão com a menor percentagem de nível baixo (cerca de 51%).

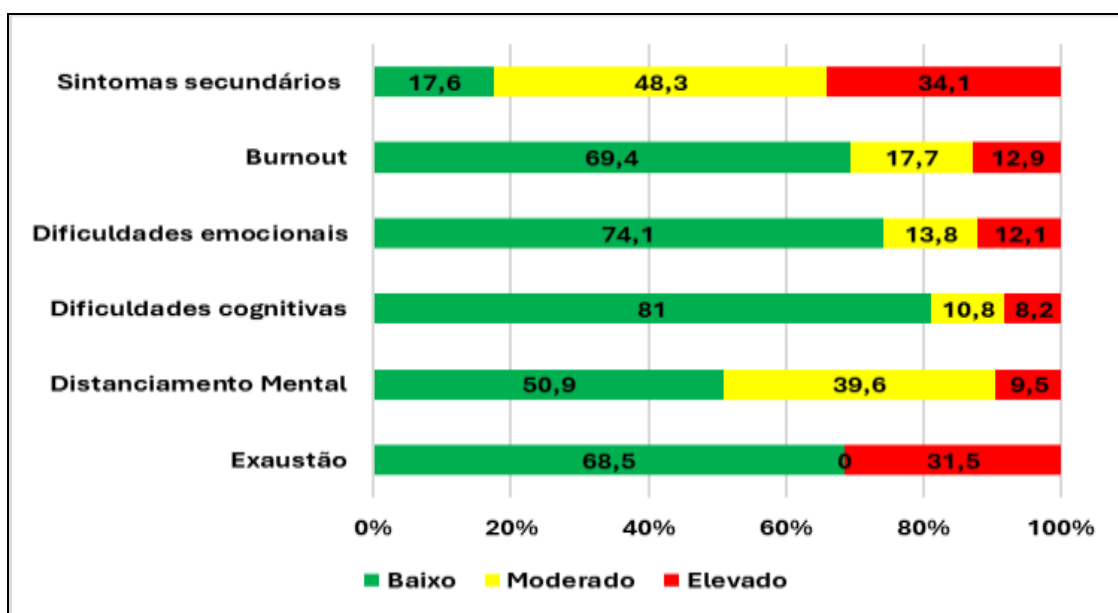


Figura 2. Distribuição das percentagens por nível nas dimensões do burnout

Nos sintomas secundários predomina o nível moderado com 48%, seguido do elevado com 34%, expressando no total já 82% de participantes com queixas psicológicas/psicossomáticas, talvez já num processo de adoecimento psicológico. Considerando juntamente os níveis moderado e elevado de *burnout*, totalizam 31%, confirmando os cerca de 30% encontrados por Heitor (2021), ou segundo a revisão de Dijkhoorn e colegas (2021) nos profissionais de saúde em cuidados paliativos, situam-se entre 3% e 66% encontrados, bem como se situam entre os 22% encontrados entre 2011 e 2013 por Maroco e colegas (2016) e os 48% no estudo desses autores. Note-se que nos profissionais de saúde existem inúmeros estudos e que as revisões sistemáticas se focam em especialidades bem determinadas ou até amostras específicas separadas como médicos e enfermeiros, existindo uma grande variabilidade de valores de prevalência.

Relativamente ao *engagement* e suas dimensões (Figura 3) verificou-se que o nível baixo predomina no vigor (67%) e no *engagement* total (49%), situando-se em 37% e 47% respetivamente para a absorção e a dedicação. Se a absorção pode ser baixa devido ao teor das tarefas por ser uma dimensão associada mais ao trabalho intelectual e não tanto à interação com utentes (Schaufeli & Bakker, 2004), já a dedicação baixa a aproximar-se dos 47% revela desinvestimento nas tarefas, confirmando os cerca de 49% dos níveis moderado e elevado no distanciamento mental como dimensão do *burnout*. Os valores encontrados contradizem os 72% de *engagement* moderado encontrados por Ginbeto e colegas (2023) em funcionários públicos na Etiópia e os 60% de *engagement* elevado encontrados por Rao e colegas (2020) em médicos.

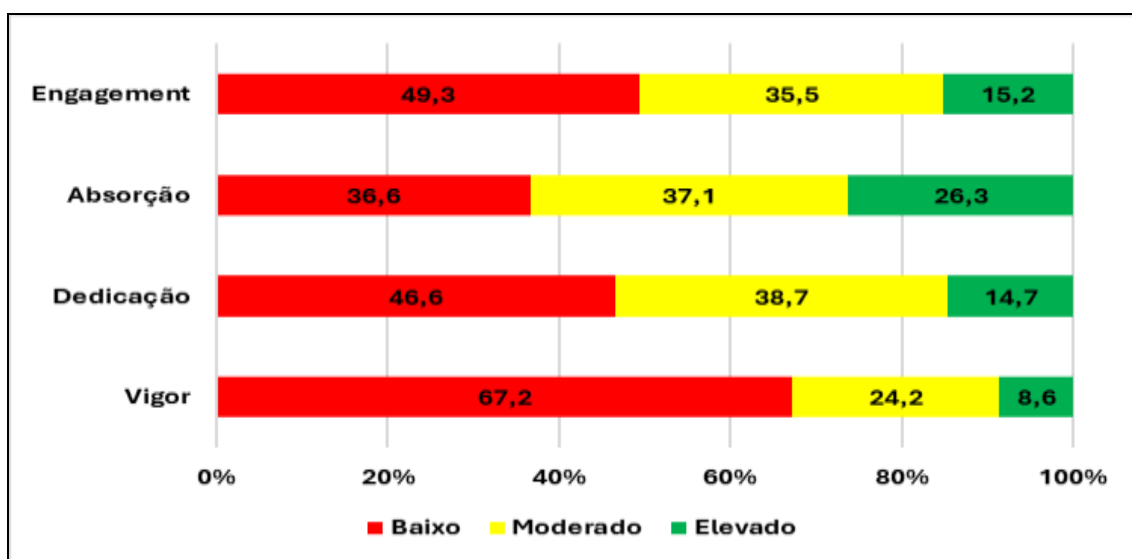


Figura 3. Distribuição das percentagens por nível nas dimensões do *engagement*

No que se refere à ansiedade e depressão (Figura 4), os níveis são baixos respetivamente para cerca de 53% e 63%, mas são já elevados para 14% e 15%, valores próximos dos identificados por Sousa e colegas (2022) encontraram respetivamente 17% e 16%. Considerando a totalidade dos níveis moderado e elevado, foram encontrados para a ansiedade 46,6% e 37,5% para a depressão. Estes resultados aproximam-se, na ansiedade, dos valores de Heitor (2021) que encontrou em profissionais de saúde mulheres 27% com ansiedade e 29% com sintomas depressivos, mas são superiores para os homens nos quais os autores encontraram respetivamente 24% e 25%. Contudo, são

inferiores aos dados de Lima-Nunes (2021) que detetou 60% dos profissionais de saúde com sintomas de ansiedade e 44% com sintomas de depressão. Ribeiro e colegas (2024) encontraram valores superiores de 25% e 20% para ansiedade e depressão em profissionais de saúde de unidades complexas no Brasil, enquanto Garcia e colegas (2022), também no Brasil encontraram 33,8% e 29,7% em profissionais de saúde durante a pandemia.

Quispe-Sancho e colegas (2021) encontraram durante a pandemia 13% com ansiedade elevada e 2% com depressão elevada em profissionais de saúde do Peru. É de realçar a variabilidade de valores nos diferentes estudos e países, dificultando a comparabilidade de dados, acrescida por serem profissionais de saúde que não os que trabalham nos comportamentos aditivos e dependências.

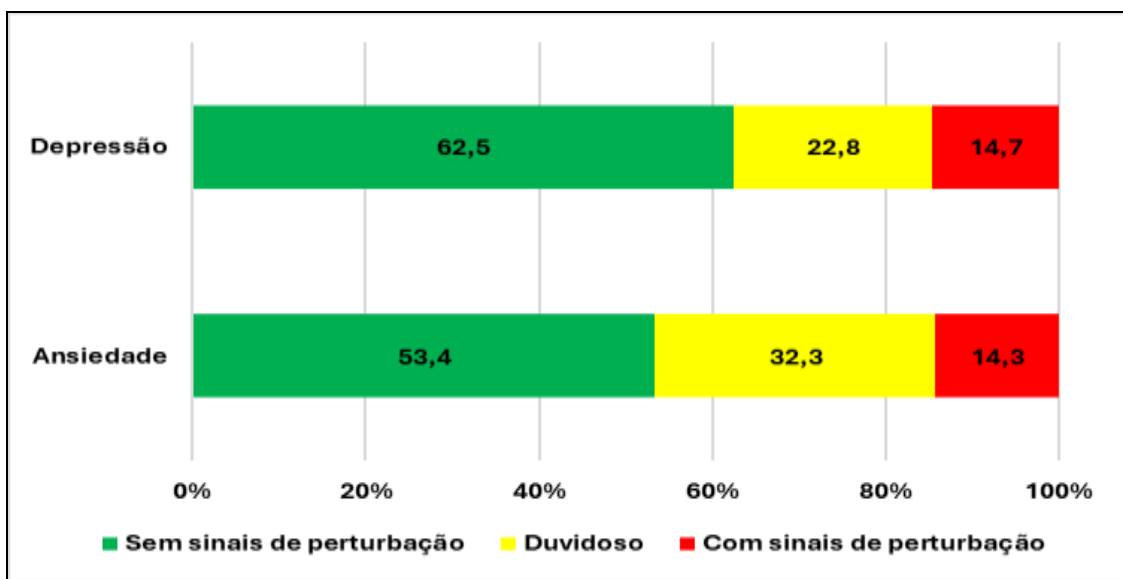


Figura 4. Distribuição das percentagens por nível na ansiedade e depressão

4.2. Análise comparativa

Considerando que o absentismo é uma das variáveis centrais deste estudo, efetuou-se uma análise comparativa das variáveis psicológicas comparando os participantes com e sem absentismo psicológico/psiquiátrico nos últimos dois anos. Verificou-se (Tabela 6 e Figuras 5 a 7) que existem diferenças significativas para todas as dimensões psicológicas, exceto para a dedicação e absorção. Assim, é notório o risco de adoecimento psicológico no grupo com absentismo, caracterizando-se por apresentar maior exaustão, *burnout*, distanciamento mental, dificuldades cognitivas e dificuldades emocionais (estas notoriamente superiores ao grupo sem absentismo). O mesmo acontece com a ansiedade e depressão, respetivamente superiores cerca de 3 pontos. O *engagement* apresenta o padrão inverso, com o grupo sem absentismo a apresentar maior vigor e *engagement*. É de realçar que a dedicação não diferencia os dois grupos, embora ligeiramente superior no grupo sem absentismo, sugerindo que mesmo em risco de adoecimento os trabalhadores continuam dedicados à sua tarefa de cuidar dos outros. A absorção, mais típica de tarefas de concentração mental, pode não ser típica do tipo de tarefas executadas na interação com utentes e por isso também não diferencia os dois grupos. Estes resultados confirmam estudos sobre relação do absentismo com as diferentes variáveis psicológicas investigadas, nomeadamente *burnout* (Dyrbye et al., 2019;

Gonzales et al., 2025; Lee et al., 2023), mas também sobre a saúde mental no trabalho se expressar em maior *burnout*, menor *engagement* e maior ansiedade/depressão (Khalid & Syed, 2024; Lancman et al., 2024; Queirós & Cameira, 2024). Acresce que *burnout*, *engagement* e ansiedade/depressão surgem interligados (Perepelkin & Wilson-2023; Trumello et al., 2023) num processo mais vasto de desinvestimento no trabalho e adoecimento psicológico, no qual o *burnout* e baixo *engagement* podem coexistir com ansiedade e depressão elevadas (Moreno-Martínez & Sanchez-Martinez, 2025), bem como outras comorbilidades como consumo de álcool (Pelaez-Zuberbuhler et al., 2025).

Tabela 6. Comparação de médias das dimensões do burnout, engagement, e ansiedade e depressão em função do absentismo

Dimensões	Com absentismo (n=41)	Sem absentismo (n=188)	Mann-Whitney	p
Exaustão (1 a 5)	3,41 (0,83)	2,73 (0,80)	-4,579	0,000***
Distanciamento Mental	2,69 (1,05)	2,10 (0,64)	-3,312	0,001***
Dificuldades Cognitivas	2,49 (0,89)	2,17 (0,62)	-1,969	0,049*
Dificuldades Emocionais	2,34 (0,98)	1,83 (0,61)	-3,066	0,002**
<i>Burnout</i>	2,73 (0,83)	2,21 (0,51)	-3,742	0,000***
Queixas Psicológicas	3,32 (0,76)	2,51 (0,72)	-5,552	0,000***
Queixas Psicossociais	2,8 (0,82)	2,14 (0,75)	-4,421	0,000***
Sintomas Secundários	3,06 (0,75)	2,32 (0,67)	-5,315	0,000***
Vigor (0 a 6)	2,19 (1,38)	2,85 (1,22)	2630,500	0,001***
Dedicação	2,86 (1,42)	3,28 (1,28)	3189,000	0,082
Absorção	2,72 (1,54)	3,27 (1,37)	3112,000	0,053
<i>Engagement</i>	2,59 (1,33)	3,14 (1,20)	2921,000	0,015*
Ansiedade (0 a 21)	9,02 (4,55)	5,98 (3,45)	-3,982	0,000***
Depressão	7,92 (4,91)	5,24 (3,78)	-3,257	0,001***

* $p < 0,050$ ** $p < 0,010$ *** $p < 0,001$

DP: desvio-padrão entre parêntesis ao lado do valor médio.



Figura 5. Comparação de médias para as dimensões do burnout em função do absentismo

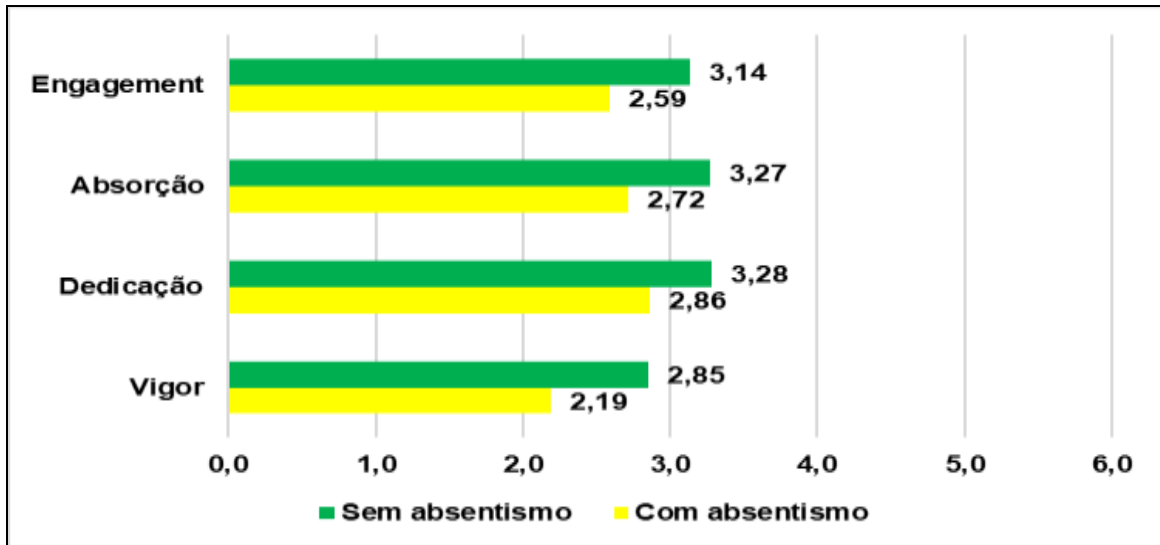


Figura 6. Comparação de médias para as dimensões do *engagement* em função do absentismo

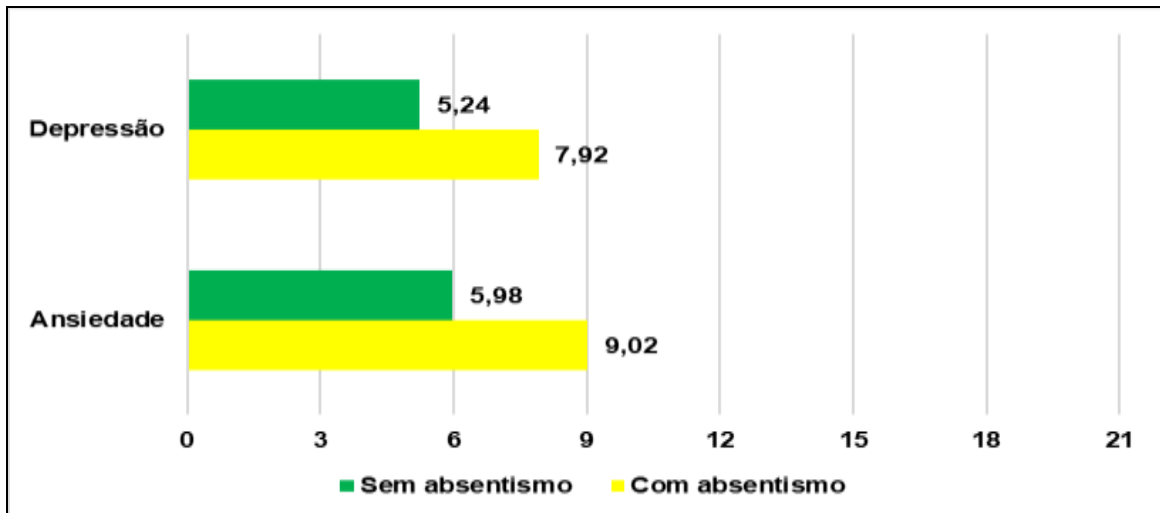


Figura 7. Comparação de médias para a ansiedade e depressão em função do absentismo

5. Conclusões

Os resultados deste estudo empírico estão, na maior parte das vezes alinhados com estudos nacionais e internacionais sobre o tema abordado, contribuindo para uma caracterização de um grupo de profissionais pouco investigado. Além disso, podem funcionar como memória futura para estudos comparativos portugueses sobre estes profissionais de saúde, atendendo a que em 2024 a organização e estruturação da resposta assistencial aos comportamentos aditivos e toxicodependências foi alterada. Assim, a existência de 31% da amostra com níveis moderados/elevados de *burnout*, 49% com baixo *engagement* e cerca de 14% com sintomas nítidos de ansiedade e depressão, tendo 18% tido atestado nos últimos dois anos por razões psicológicas, bem como a associação do absentismo com mais *burnout*, ansiedade e depressão, e menos envolvimento com o trabalho, recomendam que no futuro se investigue o impacto das mudanças organizacionais no absentismo e na saúde mental no trabalho, bem como na

satisfação laboral destes trabalhadores, pois podem existir fatores de risco e estilos de lidar com os desafios profissionais que poderão agravar o adoecimento psicológico.

Acresce que os mais recentes resultados do inquérito europeu de riscos psicossociais ESENER-24 (EU-OSHA, 2025) realçam o aumento de riscos no lidar com utentes difíceis e complexos, o teletrabalho e o sedentarismo, bem como a sobrecarga de tarefas e a pressão do tempo, sendo importante que a Saúde Ocupacional considere a especificidade de cada profissão e seus desafios.

Apesar de os dados deste estudo terem sido recolhidos a nível regional e representarem cerca de 59% dos profissionais de saúde da área dos Comportamentos Aditivos e Dependências, 6% estavam ausentes, sendo importante investigar se esse absentismo era por origem psicológica/psiquiátrica ou outra, lembrando que o absentismo é constituído por uma série de dimensões e variabilidades que estão ainda por conhecer nestes trabalhadores. Importa ainda confirmar se os resultados não foram enviesados pelo fenómeno do trabalhador saudável (Chowdhury et al., 2017), no qual apenas os trabalhadores mais saudáveis têm capacidade para participar em estudos, pois os já doentes ou estão ausentes ou sem força/disponibilidade para participar, refletindo os resultados um melhor estudo psicológico do que o real estado. Outra limitação constitui a reflexão através da comparação com outros profissionais de saúde, pois a maioria dos estudos focam-se no impacto da pandemia na saúde mental dos profissionais da linha da frente quando há estudos (Trumello et al., 2020) que diferenciam ter estado na linha da frente ou na retaguarda.

No futuro seria importante continuar a monitorizar o estado psicológico dos profissionais de saúde da área dos Comportamentos Aditivos e Dependências, nomeadamente com recurso ao *BAT - Burnout Assessment Tool*, pois tem-se revelado mais fiável e consistente do que o *Maslach Burnout Inventory* (Villacura-Herrera et al., 2025) e apresenta pontos de corte que permitem organizar os resultados por níveis de *burnout* comparáveis entre países e profissões. Poderiam também ser utilizadas aplicações móveis (Oliveira et al., 2025) para automonitorização e dar especial atenção ao *recovery* e regresso ao trabalho após um episódio de *burnout* (Walsh et al., 2025), sem culpar os trabalhadores que adoeceram (Beer & Schaufeli, 2024), bem como refletir sobre a relação *burnout-engagement-depressão*. Contudo, não se pode esquecer que a saúde mental no trabalho é um processo complexo e interligado no qual as organizações desempenham um papel importante na promoção de ambientes de trabalho saudáveis e os riscos psicossociais devem ser constantemente contemplados (EU-OSHA, 2024; Magnavita et al., 2022).

Assim, recomenda-se a condução de mais estudos sobre este tema e a utilização de outros instrumentos que permitam identificar mais aspetos da complexidade que esta área implica. Além disso, é essencial que as políticas de saúde ocupacional e os programas de apoio psicológico sejam reforçados para atender às necessidades específicas desses profissionais. A criação de ambientes de trabalho que promovam o bem-estar e a resiliência pode ajudar a reduzir os níveis de *burnout* e absentismo, melhorando tanto a qualidade de vida dos profissionais quanto a eficácia dos serviços prestados na área dos Comportamentos Aditivos e Dependências.

6. Bibliografia

- Afonso, L. (2023). *A responsabilidade social interna como ferramenta de combate aos índices de absentismo e turnover* (Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações, não publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. In http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/3256/1/Liliana_Afonso.pdf
- APD - Associação para o Progresso da Direção de Empresa (2024). *Absentismo laboral: o que é, principais tipos e causas* (17 abril 2024). In <https://www.apd.pt/absentismo-laboral-o-que-e-principais-tipos-e-causas/>
- Beer, L., & Schaufeli, W. (2024). Casting a Wider Net: On the Utilitarian Nature of Burnout Assessment in the Workplace. *Evaluation & the Health Professions*. <https://doi.org/10.1177/01632787241259032>
- Beer, L., & Schaufeli, W. (2025). Burnout reflections: musings on Bianchi and Schonfeld's five focal area. *Occupational Medicine*, 75, 79-82. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqae134>
- Belita, A., Mbindyo, P., & English, M. (2013). Absenteeism amongst health workers-developing a typology to support empiric work in low-income countries and characterizing reported associations. *Human Resources for Health*, 11, 1-10. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-34>
- 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>
- Borges, E., Abreu, M., Loureiro, H., Ferreira, M., & Nogueira, A. (2024). Engagemen em profissionais de saúde. *International Journal on Working Conditions*, 26. <https://doi.org/10.25762/jrg5-8030>
- Brady, H., McGrath, D., & Dunne, C. (2023a). Sick Leave Determinants in the Healthcare Sector (Part II): A Review of Organizational-Level Factors. *Journal of Brown Hospital Medicine*, 2(2). <https://doi.org/10.56305/001c.73369>
- Brady, H., McGrath, D., & Dunne, C. (2023b). Sick Leave Determinants in the Healthcare Sector (Part III): A Review of Individual-Level Factors. *Journal of Brown Hospital Medicine*, 2(3). <https://doi.org/10.56305/001c.77844>
- Brulin, E., Wilczek, A., Ekberg, K., Lidwall, U., Beer, L., Hadzibajramovic, E., Landstad, B. J., & Nyberg, A. (2025). Predictive value of burnout complaints and depressive symptoms for medically certified sickness absence among physicians in Sweden: a 1-year follow-up observational study. *BMJ Open*, 15(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-090966>
- Campos, A., & Barros, R. (2024). Mais de 4,6 milhões de dias de ausência até novembro. *Público*, 17/12/2024. In <https://www.publico.pt/2024/12/17/sociedade/noticia/46-milhoes-dias-ausencia-ate-novembro-absentismo-sns-desce-elevado-2115909>
- Chenevert, D., Jourdain, G., Cole, N., & Banville, B. (2013). The role of organizational justice, burnout and commitment in the understanding of absenteeism in the Canadian healthcare sector. *Journal of Health Organization & Management*, 27(3), 350-367. <https://doi.org/10.1108/JHOM-06-2012-0116>
- 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, 2-8.
- Coutinho, C., Queirós, C., Rodrigues, L., Valinho, R., & Tinoco, R. (2024). *Burnout e envolvimento nos Profissionais de Saúde dos Comportamentos Aditivos e Dependências da Região Norte de Portugal*. ICAD. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/51204>
- Christ, M. (2021). Effect of The People Project on Well-being and Burnout in Mental Health and Addiction Services Staff (Doctoral thesis in Nursing Practice, non-published), South Dakota State University, EUA. In https://openprairie.sdstate.edu/con_dnp/161/
- Degen, C., Li, J., & Angerer, P. (2015). Physicians' intention to leave direct patient care: an integrative review. *Human Resources for Health*, 13, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0068-5>

- DGS - Direção Geral da Saúde (2022). *Plano Nacional da Saúde 2021- 2030*. DGS-Lisboa. In https://pns.dgs.pt/files/2023/02/PNS2021-2030_Saude-da-Populacao-em-Portugal.pdf
- Dijxhoorn, A., Brom, L., Linden, Y., Leget, C., & Raijmakers, N. (2021). Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: A systematic literature review. *Palliative Medicine*, 35(1), 6-26. <https://doi.org/10.1177/0269216320956825>
- Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L., Marina, S., Ribeiro, C., Jácome, C., Martins, V., Ribeiro-Vaz, I., Pinheiro, H., Silva, A., Ricou, M., Sousa, B., Alves, C., Oliveira, A., Silva, P., Nunes, R., & Serrão, C. (2020). Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 20(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09980-z>
- Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Johnson, P. O., Johnson, L. A., Satele, D., & West, C. P. (2019). A cross-sectional study exploring the relationship between burnout, absenteeism, and job performance among American nurses. *BMC Nursing*, 18(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0382-7>
- EC, European Commission (2025). *Total absences from work by sex and age group - quarterly data (updated 14/4/2025)*. In https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/lfsi_abt_q/default/table?lang=en&category=labour.employ.lfsi.lfsi_emp
- EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work (2023). *Psychosocial risk exposure and mental health outcomes of European workers with low socioeconomic status: Literature review*. EU-OSHA.
- EU-OSHA (2024). *Mental health at work after the COVID-19 pandemic – What European figures reveal (report)*. EU-OSHA.
- EU-OSHA (2025). *First findings of the Fourth European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER 2024; 7 February 2025)*. EU-OSHA.
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. Artmed.
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Garcia, G., Fracarolli, I., Santos, H., Oliveira, S., Martins, B., Santin Junior, L., Marziale, M. H., & Rocha, F. (2022). Depression, Anxiety and Stress in Health Professionals in the COVID-19 Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4402. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074402>
- Ginbeto, T., Debie, A., Geberu, D., Alemayehu, D., & Dellie, E. (2023). Work engagement among health professionals in public health facilities of Bench-Sheko zone, southwest Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 23, 697. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09680-5>
- Gonzales, Y., Guevara-Delgado, N., Alcahuaman, J., Jiménez, V., & Osorio, P. (2025). Burnout Syndrome and Intention to Leave: An Analysis of its Impact through a Systematic Review 2015-2025. *Journal of Ecohumanism*, 4(1). <https://doi.org/10.62754/joe.v4i1.6323>
- Gutierrez, D., Butts, C., Lamberson, K., & Lassiter, P. (2019). Examining the Contributions of Trait Emotional Intelligence on Addiction Counselor Burnout. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 40(1), 52-64. <https://doi.org/10.1002/jaoc.12056>
- Heitor, M.J. (2021). *Depressão e ansiedade na população geral e em profissionais de saúde no decurso da pandemia em Portugal-Estudo Transversal e Longitudinal*. Apresentação no Dia Europeu da Depressão 2021 (25 outubro 2021). In <https://repositorio.insa.pt/entities/publication/7f58928c-b28e-422e-992c-f6da48bd15ef>
- INSA - Instituto Nacional de Saúde (2020). *Saúde mental em tempos de pandemia COVID-19: Policy Brief, outubro 2020*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Johnson, J., Hall, L. H., Berzins, K., Baker, J., Melling, K., & Thompson, C. (2018). Mental healthcare staff well-being and burnout: A narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 20-32. <https://doi.org/10.1111/inm.12416>

- Khalid, A., & Syed, J. (2024). Mental health and well-being at work: A systematic review of literature and directions for future research. *Human Resource Management Review*, 34(1), 100998. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2023.100998>
- Khan, I., Nawaz, A., Qureshi, Q. A., & Khan, Z. A. (2016). The Impacts of Burnout, Absenteeism and Commitment on Intention to Leave. *Journal of Education and Practice*, 7(1), 5-9. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1089725.pdf>
- Kline, R. (2005). *Principles and practice of structural equation modelling*. Guilford Press.
- Lancman, S., Bicudo, S., Rodrigues, D., Nogueira, L., Barros, J., & Barroso, B. (2024). Mental Health and Work: A Systematic Review of the Concept. *Healthcare*, 12, 2377. <https://doi.org/10.3390/healthcare12232377>
- Llanos, R. (2015). Insatisfacción laboral como predictor del ausentismo en un hospital público. *Revista Médica de Chile*, 143(8), 1028-1033. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000800010>
- Lee, C., Vu, T., Fuller, J., Freedman, M., Bannon, J., Wilkins, J., Moskowitz, J., Hirschhorn, L., Wallia, A., & Evans, C. (2023). The association of burnout with work absenteeism and the frequency of thoughts in leaving their job in a cohort of healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Health Services*, 3, 1272285. <https://doi.org/10.3389/frhs.2023.1272285>
- Lima, J., Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2019). Saúde dos enfermeiros: presentismo e stress no trabalho. *International Journal on Working Conditions*, 89-107. <https://doi.org/10.25762/5y9p-fj60>
- Lima-Nunes, S. (2021). A saúde mental dos profissionais de saúde, durante a Pandemia de COVID-19, em Portugal: prevalência de ansiedade e depressão (Dissertação de Mestrado em Gestão da Saúde, não publicada). Escola Nacional de Saúde Pública. In <http://hdl.handle.net/10362/134918>
- Lopes, C., Coutinho, C., Fortes, O., Valinho, R., & Tinoco, R. (2023). Burnout em profissionais de saúde do Centro de Respostas Integradas (CRI) Porto Ocidental em tempos de pandemia. *Revista Portuguesa de Alcoologia*, 4, 12-25. <http://hdl.handle.net/10400.26/46636>
- Magnavita, N., Chiorri, C., Karimi, L., & Karanika-Murray, M. (2022). The impact of quality of work organization on distress and absenteeism among healthcare workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13458. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013458>
- Maroco, J., Maroco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M., & Campos, J. (2016). Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24. <https://doi.org/10.20344/amp6460>
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- MERCER (2023). A rotatividade voluntária supera níveis pré-pandemia (13/9/2023). In <https://www.mercer.com/pt-pt/about/newsroom/empresas-revelam-dificuldades-na-retencao-de-talento/>
- Ministério da Saúde (2023). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2030 - PNRCAD 2030*. Resolução do Conselho de Ministros n.º 115/2023, 26 de setembro. In www.ICAD.pt
- Mmako, M., & Ngwato, T. (2023). Determinants of Unauthorized Absenteeism at a Public Academic Hospital: The Narratives of Public Hospital Managers. *International Journal of Social Science Research and Review*, 6(11), 218-235. <https://doi.org/10.47814/ijssrr.v6i11.1753>
- Moreno-Martinez, M., & Sanchez-Martinez, I. (2025). The Associated Factors of Work Engagement, Work Overload, Work Satisfaction, and Emotional Exhaustion and Their Effect on Healthcare Workers: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*, 13, 162. <https://doi.org/10.3390/healthcare13020162>

- Mosteiro-Díaz, M., Baldonado-Mosteiro, M., Borges, E., Baptista, P., Queirós, C., Sánchez-Zaballos, M., Felli, V., Abreu, M., Silva, F., & Franco-Correia, S. (2020). Presenteeism in nurses: comparative study of Spanish, Portuguese and Brazilian nurses. *International Nursing Review*, 67(4), 466-475. <https://doi.org/10.1111/inr.12615>
- Mussa, N., & Abreu, D. (2024). Impacto do absentismo laboral dos trabalhadores na prestação de serviços de qualidade nas organizações: um estudo de caso do corredor logístico e integrado de Nacala. *ALBA-ISFIC Research and Science Journal*, 1(3), 83-94. <https://alba.ac.mz/index.php/alba/article/view/150/55>
- Neuber, L., Englitz, C., Schulte, N., Forthmann, B., & Holling, H. (2021). How work engagement relates to performance and absenteeism: a meta-analysis. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 31(2), 292–315. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2021.1953989>
- Nunes, A. (2021). O absentismo dos profissionais de saúde do SNS e custos associados em tempos de pandemia COVID-19 (Dissertação de Mestrado em Gestão da Saúde, não publicada). Escola Nacional de Saúde Pública. In <http://hdl.handle.net/10362/154208>
- Oliveira, N., Silva-Junior, F., Olivindo, C., & Pinheiro, M. (2025). Validação de proposta de aplicativo móvel para mensurar a Síndrome de Burnout em profissionais APS. *Caderno Pedagógico*, 22(6), 1-20. <https://doi.org/10.54033/cadpedv22n6-113>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Perepelkin, J., & Wilson, G. (2023). The Mediating Role of Burnout in the Anxiety and Work Engagement Relationship. *Journal of Health Management*, 25(4), 860-869. <https://doi.org/10.1177/09720634231215143>
- Pelaez-Zuberbuhler, J., Thern, E., Karlsen, H., Innstrand, S., Christensen, M., Landstad, B., Elling, D., Sjostrom, M., & Brulin, E. (2025). Problem drinking and comorbidity with mental ill health: a cross-sectional study among healthcare workers in Sweden. *Alcohol & Alcoholism*, 60, agaf016. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agaf016>
- Queirós, C., & Cameira, M. (2024). Síndrome de Burnout: a pandemia COVID-19 como fator de risco nos profissionais de saúde. In J. Carneiro, M. Schoeninger, E. Borges, & L. Trindade (Eds.). *Health Work International Project - HWOPI: Teorias e vivências para a saúde ocupacional* (pp.25-32). Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil.
- Quispe-Sancho, A., Chambi-Macedo, K., Laurel-Vargas, V., Huamani-Merma, E., Cuzcano-Gonzales, K., Huaita-Rocha, M., Mendoza-Guillen, L., Sanchez-Choquepata, A., Fuentes-Casani, J., Bandeira, A., Tovani-Palone, M., & Mejia, C. (2021). Depression, Anxiety, and Stress in Health Professionals Working During the COVID-19 Pandemic in Peru: An Analytical Cross-Sectional Study. *Electronic Journal of General Medicine*, 18(6), em319. <https://doi.org/10.29333/ejgm/11210>
- Rao, S., Ferris, T., Hidrue, M., Lehrhoff, S., Lenz, S., Heffernan, J., McKee, K., & Carmen, M. (2020). Physician Burnout, Engagement and Career Satisfaction in a Large Academic Medical Practice. *Clinical Medicine & Research*, 18(1), 3-10. <https://doi.org/10.3121/cmr.2019.1516>
- Ribeiro, C., Silva Junior, R., Pereira, S., Torres, J., Barbosa, H., Pinho, S., Alves, E., Santos, S., Brito, M., & Silva, C. (2024). Factors associated with symptoms of depression and anxiety in health professionals in high-complexity services. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 16(7), e4938. <https://doi.org/10.55905/cuadv16n7-121>
- Ribeiro, M., Fernandes, A., Lopes, I., & Fernandes, A. (2021). Job satisfaction versus absenteeism in municipalities from Bragança district, Portugal. *IBIMA Business Review*. <http://hdl.handle.net/10198/24495>
- Saruan, N., Yusoff, H., Fauzi, M., Puteh, S., & Robot, R. (2020). Unplanned absenteeism: The role of workplace and non-workplace stressors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6132. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176132>

- Schaufeli, W. (2017). *Work engagement in Europe: Relations with national economy, governance, and culture*. Research Unit Occupational & Organizational Psychology and Professional Learning (internal report). KU Leuven-Belgium. In <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/491a.pdf>
- Schaufeli, W., & Bakker, A. (2004). *Utrecht Work Engagement Scale: Preliminary manual*. Occupational Health Psychology Unit - Utrecht University. In https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test_manual_UWES_English.pdf
- Schaufeli, W., Desart, S., & Witte, H. (2020). Burnout Assessment Tool (BAT)- development, validity, and reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9495. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>
- Schaufeli, W., Witte, H., Hakanen, J., Kaltiainen, J., & Kok, R. (2023). How to assess severe burnout? Cutoff points for the Burnout Assessment Tool (BAT) based on three European samples. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 49(4), 293-302. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4093>
- Sinval, J., Pasian, S., Queirós, C., & Maroco, J. (2018). Brazil-Portugal transcultural adaptation of the UWES-9: Internal consistency, dimensionality, and measurement invariance. *Frontiers in Psychology*, 9, 353. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00353>
- Sinval, J., Vazquez, A. C., Hutz, C., Schaufeli, W., & Silva, S. (2022). Burnout Assessment Tool (BAT): Validity Evidence from Brazil and Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1344. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031344>
- Soane, E., Shantz, A., Alfes, K., Truss, C., Rees, C., & Gatenby, M. (2013). The association of meaningfulness, well-being, and engagement with absenteeism: A moderated mediation model. *Human Resource Management*, 52(3), 441-456. <https://doi.org/10.1002/hrm.21534>
- Sousa, L., Moreira, C., Barbosa, E., Paúl, C., & Queirós, C. (2022). Burnout, Ansiedade e Depressão em Enfermeiros: estudo comparativo antes e durante a pandemia COVID-19. *International Journal on Working Conditions*, 23. <https://doi.org/10.25762/edsq-3b64>
- Tavella, G., & Parker, G. (2024). Differentiating 'pure' and comorbid self-identified burnout: Diagnostic and management implications. *Australasian Psychiatry*, 32(3) 192-195. <https://doi.org/10.1177/10398562241236119>
- Thomas, T., Eyal, R., Menchavez, F., Mocci, T., Goldblatt, G., Lanoff, J., Hays, M., Shim, J., & Barry, T. (2020). Reducing Workplace Absenteeism Caused by Work Stress in a Health Maintenance Organization Department of Psychiatry. *The Permanente Journal*, 24, 19.027. <https://doi.org/10.7812/TPP/19.027>
- Trumello, C., Bramanti, S., Ballarotto, G., Candelori, C., Cerniglia, L., Cimino, S., Crudele, M., Lombardi, L., Pignataro, S., Viceconti, M., & Babore, A. (2020). Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8358. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228358>
- Vilardaga, R., Luoma, J., Hayes, S., Pistorello, J., Levin, M., Hildebrandt, M., Kohlenberg, B., Roget, N., & Bond, F. (2011). Burnout among the addiction counselling workforce: The differential roles of mindfulness and values-based processes and work-site factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(4), 323-335. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.11.015>
- Villacura-Herrera, C., Acosta-Antognoni, H., Maldonado, J., Arriaza, F., Cancino-Letelier, N., Nvo-Fernández, M. & Schaufeli, W. (2025). Burnout Assessment Tool: a reliability generalisation meta-analysis, *Work & Stress*. <https://doi.org/10.1080/02678373.2025.2484758>
- Walsh, G., Freeney, Y, Dunne, S., & Hayes, B. (2025). 'I would have blamed myself, but coming back, I can see that it wasn't me': A qualitative, descriptive phenomenological analysis of doctors' reflective processes in recovery from burnout and mental crisis. *Journal of Health Psychology*, 1-16. <https://doi.org/10.1177/13591053251328455>

- Wang, Y., Tang, L., & Li, L. (2023) Work engagement and associated factors among healthcare professionals in the post-pandemic era: a cross-sectional study. *Frontiers Public Health*, 11. 173117. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1173117>
- WHO, World Health Organization (2019). *Burnout an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. In <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- WHO, World Health Organization (2024). *Mental health at work (2 September 2024)*. In <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
- Zeng, X., Wang, K., Guo, Y., Wang, Z. Ian, & Li, J. (2025). The Status of Presenteeism Among Clinical Nurses in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evaluation & the Health Professions*. <https://doi.org/10.1177/01632787251329968>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zhang, Z., Hu, Y., Liu, S., Feng, X., Yang, J., Cheng, L., Ramazan, S., & Wu, X. (2024). The effectiveness of e-mental health interventions on stress, anxiety, and depression among healthcare professionals: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02565-6>