



A Compreensão do Fenómeno de Burnout nos Prestadores de Cuidados a Idosos Doentes Crónicos

Carla Susana Ramos Vicente

Tese apresentada à Universidade de Évora
para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia
Especialidade: Psicologia Clínica

ORIENTADOR (A/ES) : *Prof. Doutor Rui Aragão Oliveira*

ÉVORA, Outubro, 2013





A Compreensão do Fenómeno de Burnout nos Prestadores de Cuidados a Idosos Doentes Crónicos

Carla Susana Ramos Vicente

Tese apresentada à Universidade de Évora
para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia
Especialidade: Psicologia Clínica

ORIENTADOR (A/ES) : *Prof. Doutor Rui Aragão Oliveira*

ÉVORA, Outubro, 2013

"I've always been better at caring for others than I have been taking care of myself. But in recent years, have made progress."

Carl Rogers (1980)

A Way of Being

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradecer ao meu supervisor por ter aceitado o desafio por mim proposto e o risco em estudar-se uma área pouco explorada numa perspectiva clínica.

A minha gratidão para o Prof. Doutor Rui Aragão Oliveira, por toda a sua disponibilidade, incentivo, paciência e exigência. Sem dúvida que os seus conhecimentos clínicos e de investigação e constantes desafios proporcionaram, nos últimos dez anos, o meu crescimento clínico e académico.

Agradecer ao Prof. Doutor João Maroco, por toda a sua sabedoria, disponibilidade e exigência quanto ao tratamento estatístico aqui apresentado.

Agradecer à Prof.^a. Doutora Sandra Oliveira, ao Prof. Doutor Hugo Senra, ao Dr. Paulo Ferrajão, Dr. Filipe Silva, Dr.^a Sara Augusto, Dr.^a Daniela Krieger e Dr.^a Raquel Oliveira pela inteira disponibilidade e colaboração no artigo de adaptação transcultural do OPD-2.

Esta investigação não teria sido possível realizar sem a colaboração das direções técnicas das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS'S), as quais acederam a colaborar neste estudo.

Agradecer a todos os participantes que de forma voluntária aceitaram colaborar na investigação.

À Dr.^a Sandra Afonso, Diretora Técnica do Centro Comunitário de Tires, principal impulsionadora deste desafio, pelos seus contributos e constantes reflexões conjuntas, que possibilitou a interrogação constante acerca das problemáticas associadas ao contexto de intervenção social. Para além disso, o seu constante incentivo à investigação, conduziu a que em conjunto, com a colaboração do Prof. Dr. Rui Aragão Oliveira, fosse possível desenvolver um projeto de intervenção “*O Sentir dos Técnicos: Aliado ou Inimigo, Grupo Balint para Coordenadores SAD*”.

Ao Dr. Rafael Pereira, Coordenador do Centro Comunitário de Tires, pelo trabalho conjunto desenvolvido nos últimos quatro anos, o qual permitiu aprofundar o conhecimento acerca da área, assim como pelas constantes partilhas nas reuniões de equipa que em muito contribuirão para o meu crescimento como psicóloga clínica.

À Dr.^a Joana Diogo, fisioterapeuta, com quem tive o prazer de privar e trabalhar nos últimos anos no Serviço de Apoio Domiciliário, e quem magistralmente assessorou-me na ministração de ações de formação dos colaboradores e cuidadores informais.

À Dr.^a Luísa Duarte, Coordenadora da CERCICA, pelos constantes desafios que foi colocando nos últimos cinco anos, proporcionando a implementação de muitos projetos de intervenção.

À Dr.^a Rosa Neto, Vice-Presidente da CERCICA, pela sensibilidade e fomentar o aperfeiçoamento de competências dos seus colaboradores, tendo permitido a realização de várias Ações de Formação acerca da Síndrome de Burnout.

Aos colaboradores do Centro Comunitário de Tires e CERCICA, onde tive a oportunidade de desenvolver a minha atividade profissional, como Psicóloga Clínica, pelos seus muitos saberes, momentos de partilha e a forma como sempre estiveram disponíveis para acolher os meus desafios.

À Divisão de Desenvolvimento Social da Câmara Municipal de Cascais (DDS), representadas pela Dr.^a Luísa Cipriano e em particular, à Dr.^a Sónia Garcia, e às seis Instituições Particulares de Solidariedade do Concelho de Cascais (IPSS'S), e seus técnicos superiores, parceiras no âmbito do protocolo Plataforma SAD+, que aceitaram o desafio de participar num projeto-piloto de intervenção intitulado “*O Sentir dos Técnicos Aliado ou Inimigo, Grupo Balint para Coordenadores SAD*”.

Aos muitos formandos que nos três últimos anos, com os seus contributos no decorrer das formações acerca da Síndrome de Burnout, permitiram refletir e aprofundar a temática.

À Dr.^a Ana de Ornelas, colega e amiga, pelos longos momentos de partilha, reflexão e contenção, que foram surgindo no decorrer deste Doutoramento.

À equipa do Canto da Psicologia (Lara, Ana, Joana, Patrícia, Nuno, Vânia, Joana, Nuno, Patrícia), pela compreensão e disponibilidade, em assegurar a minha ausência nas iniciativas por cada um deles desenvolvido.

Aos meus amigos pelo constante suporte e entusiasmo pelo meu trabalho.

Um especial agradecimento à Dr.^a Sandra Simões, amiga de muitos anos, com quem tive o prazer de iniciar esta viagem pelo mundo da psicologia. Agradeço a sua disponibilidade para assessorar a revisão dos textos aqui apresentados.

À Dr.^a Sónia Cruz, colega e amiga, com quem tive o prazer de trabalhar durante anos na indústria farmacêutica. Um muito obrigado pela sua inteira disponibilidade em rever os textos em português e inglês, e pelo seu olhar crítico e não clínico, que em muito contribuiu para o aperfeiçoamento deste trabalho.

À minha família por acreditarem e darem o seu suporte durante todo o Doutoramento.

Aos meus pais, Aníbal e Fátima, à minha irmã, Isabel, e aos meus sobrinhos pelos muitos dias em que se viram privados da minha companhia, mas que estiveram sempre disponíveis a ajudar.

Aos meus sobrinhos, Ricardo e Mafalda, pela sua amizade, carinho, motivação e constante admiração pelo meu percurso.

RESUMO

Introdução: Numa perspectiva psicodinâmica, o burnout tem sido explicado como: o resultado de um processo gradual de exaustão e o resultado da inibição de impulsos incompatíveis.

Objetivos: A presente tese visa compreender que tipo de conflitos internos e nível de integração estrutural contribuem para o burnout, nos prestadores formais de cuidados a idosos doentes crónicos. Por outro lado, apreender qual das dimensões associadas ao burnout apresenta maior relevância, e qual a influência de fatores ambientais e relacionais no desenvolvimento desta síndrome.

Método: Foram realizados três estudos, transversais, tendo-se utilizado: estudo 1, metodologia quantitativa e estudos 2 e 3, uma metodologia mista. No estudo 1: amostra composta por 265 participantes, sendo 94.3% do género feminino ($n = 250$). A média de idades situou-se nos 43.04 ($SD = 10.2$). Nos estudos 2 e 3 utilizou-se uma amostra de conveniência, 15 participantes, sendo 93.3% do género feminino.

Selecionados de acordo: critérios de burnout ($n = 7$) e índices elevados de Exaustão Emocional ($n = 8$). A média de idades situou-se entre os 41.6 ($DP = 8.9$) e os 37.2 ($DP = 11.5$). O Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) foi aplicado para a avaliação quantitativa, a entrevista semiestruturada, para explorar indicações clínicas, problemas, aspetos satisfatórios e constrangimentos vividos no trabalho, e a entrevista clínica de investigação, para apreender os conflitos intrapsíquicos e estrutura mental. Foram analisadas por um investigador independente. A análise de conteúdo efetuou-se através da Análise Temática e Categorical (Bardin, 2011). As entrevistas clínicas foram analisadas de acordo com as diretrizes contempladas no manual do OPD-2.

Resultados: Os dados quantitativos sugerem que 19.6% apresenta elevados índices de exaustão emocional, 4.9% elevada despersonalização e 2.6% baixa realização pessoal.

Os dados qualitativos indiciam que a manifestação clínica do burnout mais relevante foi a Exaustão Emocional. Os fatores com maior influência foram as relações interpessoais, em particular entre profissionais e os utentes, e as vivências/significados associados ao trabalho, mais do que fatores organizacionais. Os modelos que melhor se adequam, na compreensão do burnout, no contexto em estudo foram: a dinâmica intrapessoal e relacional. Por outro lado, observa-se que o nível de integração estrutural moderado a baixo parece tornar os profissionais mais propensos a desenvolverem índices elevados de Exaustão Emocional e Burnout. Estes profissionais caracterizam-se por um Superego severo e externalizado, com um Ideal do Ego exagerado. Os conflitos situam-se ao nível interpessoal não sendo vividos intrapsíquicamente. Os conflitos com maior predominância são: necessidade de ser cuidado vs. autossuficiência e individuação vs. dependência. Revelam uma capacidade limitada para diferenciar os seus afetos. Pressupõe-se que a sua satisfação pessoal e a sua autoestima é obtida através do trabalho. Por outro lado, observa-se uma necessidade exagerada de independência emocional havendo a forte convicção de não precisar do Outro, o que remete para a despersonalização.

Conclusão: O burnout parece mais associado aos conflitos: necessidade de ser cuidado vs. autossuficiência e individuação vs. dependência e, a níveis de estrutura moderado a baixo. A Exaustão Emocional é a dimensão mais significativa para a ocorrência de fenómenos de burnout em profissionais que cuidam de população idosa na amostra estudada. Este estudo constitui-se um importante contributo para o entendimento das dimensões psicodinâmicas na génese do Burnout permitindo, assim, relações diretas para a prevenção e tratamento.

Palavras-Chave: Síndrome de Burnout; Prestadores de cuidados; Exaustão Emocional; Psicanálise; Psicodinâmica do Trabalho, Prazer no Trabalho.

For understanding phenomena burnout in care providers elderly chronically ill

Abstract

Background: In a psychodynamic perspective, the origin of the burnout has been explained as: the result of a gradual process of exhaustion and the result of the inhibition of impulses incompatible.

Aim: The current thesis aimed to understand what types of internal conflicts and level of structural integration contribute to burnout in formal caregivers of elderly chronically ill. On the other hand, to understand which of the dimensions associated with burnout has greater relevance and the influence of environmental and relational factors in the development of this syndrome.

Method: Three studies were conducted, cross-sectional, have been used: study 1 quantitative methodology and study 2 and 3, a mixed methodology. In study 1: sample of 265 participants, 94.3% were female ($n = 250$). The average age was situated at 43.04 ($SD = 10.2$). In trials 2 and 3, we used convenience sample, 15 participants, with 93.3% of the female. Selected according: burnout criteria ($n = 7$) and high levels of emotional exhaustion ($n = 8$). The average age is located between 41.6 ($SD = 8.92$) and 37.2 ($SD = 11.54$). Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) was applied for quantitative assessment and semi-structured interview was used to explore clinical indications, indication of problems, satisfying aspects and the constraints experienced in their work, and the clinical interview research, in order to apprehend the intrapsychic conflicts and mental structure. Were analyzed by an independent investigator. The content analysis was carried out through thematic analysis and Categorical (Bardin, 2011). Clinical interviews were analyzed according to the guidelines included in the OPD-2 manual.

Results: Quantitative data suggest that 19.6% have high levels of emotional exhaustion, 4.9% high depersonalization and 2.6% low personal accomplishment. Qualitative data suggest that the clinical manifestation of burnout with greater relevance was Emotional Exhaustion. The factors with greater influence were interpersonal relationships, particularly between professionals and users and the experiences/ meanings associated with the work, rather than organizational factors. Models that best suits the context: The intrapersonal and relational dynamics. On the other hand, it is observed that the level of structural integration moderate to low seems to make them more likely professionals to develop high levels of emotional exhaustion and burnout. These professionals are characterized by a severe and externalized Superego, with an exaggerated Ideal Ego. Conflicts are located in the interpersonal level not being lived intrapsychically. Conflicts with predominance are: Need for care vs. autarky and individuation vs. dependence. Show a limited ability to differentiate their affections. It is assumed that the personal satisfaction and self-esteem is achieved through the work. On the other hand, it is observed in some participants an exaggerated need for emotional independence having the strong belief of not needing the Other, which refers to depersonalization.

Conclusions: Burnout seems most associated with conflict: the need for care vs autarky and individuation vs dependency and structure levels moderate to low. Emotional Exhaustion is the most significant dimension to the occurrence of phenomena of burnout in professionals who care for elderly people in the study sample.

This study constitutes an important contribution, to the understanding of psychodynamic dimensions in the genesis of Burnout, thus allowing elations policies for prevention and treatment.

Key words: *Burnout Syndrome; Social Work; Emotional Exhaustion; Psychoanalysis; Work psychodynamics and Pleasure at Work*

Abreviaturas

α – Alfa de Cronbach

ACC – Análise dos Componentes Principais

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

AFE – Análise Fatorial Exploratória

ANOVA – Análise de Variância Univariada

BM – Burnout Measure

CBI - Copenhagen Burnout Inventory

CFI – Comparative Fit Index

DP - Despersonalização

EE – Exaustão Emocional

EU – European Union

GFI – Goodness of Fit Index

ICC – Coeficiente Intra-Classes

IPSS'S - Instituições Particulares de Solidariedade Social

MANOVA – Análise de Variância Multivariada

MBI-HSS - Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey

OLBI - Oldenberg Burnout Inventory

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPD-2 – Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado 2

RMSEA – Índice Root Mean Square Error of Approximation

RP – Realização Pessoal

SB – Síndrome de Burnout

SMBM - Shirom-Melamed Burnout Measure

VEM – Variância Extraída Média

Quadros por Capítulo

Capítulo III

Quadro 1 – Coeficiente de fiabilidade das escalas do MBI-HSS	90
--	----

Figuras por Capítulo

Capítulo I

Figura 1 – Delineamento do estudo e respectivos artigos	39
---	----

Capítulo III

Figura 1 – 1º Modelo: Análise Fatorial Confirmatória do MBI-HSS numa amostra de prestadores de cuidados	86
---	----

Figura 2 – 2º Modelo Tri-fatorial do MBI-HSS ajustado a uma amostra de prestadores de cuidados	88
--	----

Capítulo IX

Figura 3 – Categorização e temas associados à existência ou não das dimensões do Burnout	298
--	-----

Tabelas por Capítulo

Capítulo III

Tabela 1 – Comparasion between the MBI-HSS dimensions and the variables in study	109
--	-----

Capítulo IV

Tabela 1 – Caraterização da amostra	129
Tabela 2 – Categorias, temas e subtemas por grupos	132

Capítulo V

5.1.

Table 1 – OPD-2 – Outline of each respective axis and directions	152
Table 2 – Inter-rater analysis (%)	161
Table 3 – Axis I – Experiences of illness and prerequisites for treatment	162
Table 4 – Axis III – Conflict	163
Table 5 – Axis IV – Structure	164

5.2

Tabela 1 – Caraterização da amostra	182
Tabela 2 – OPD-2 Apresentação dos Eixos e respetivas dimensões	184
Tabela 3 – Eixo III – Conflito	188

ÍNDICE

Resumo

Abstract

Abreviaturas

Quadros por Capítulo

Tabelas por Capítulo

Figuras por Capítulo

I –	Introdução	21
1.1.	Objetivo Principal	26
1.2.	Estudos, Problemas e Questões	27
1.3.	A opção da metodologia	32
II –	Enquadramento Teórico	40
2.1.	A Síndrome de Burnout na relação de ajuda: Revisão	41
2.1.1	Introdução	44
2.1.2.	Método	45
2.1.3.	Resultados	46
2.1.3.1	Constructo	46
2.1.3.2.	Avaliação	48
2.1.3.3.	Prevalência do Burnout	52
2.1.3.4	Potenciais Correlações	54
2.1.3.5	Intervenção para diminuir o Burnout	57
2.1.4	Discussão	60
2.1.5.	Referências	65

III – Estudo 1: Prevalência da Síndrome de Burnout em Prestadores de Cuidados	73
3.1. Análise Fatorial do MBI-HSS em profissionais portugueses	74
3.1.1. Introdução	77
3.1.2. Método	82
3.1.3. Resultados	85
3.1.4. Discussão	90
3.1.5. Referências	95
3.2. Prevalence of Burnout among professionals who care for elderly and chronically ill patients	101
3.2.1. Introduction	103
3.3.2. Method	106
3.3.3. Results	110
3.3.4. Discussion	112
3.3.5. References	117
IV – Estudo 2: Burnout em prestadores de cuidados a idosos e doentes crónicos - Atualidades	121
4.1. Introdução	125
4.2. Método	128
4.3. Resultados	131
4.4. Discussão	138
4.5. Referências	142

V – Estudo 3: Dinâmicas intrapsíquicas na Síndrome de Burnout	145
5.1. Cross-cultural adaptation of the Operationalized Psychodynamic Diagnostic (OPD-2) in Portugal	146
5.1.1. Brief introduction to the Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2)	149
5.1.2. Main areas of application	150
5.1.3. OPD-2 axes and specificities of the interview	152
5.1.4. Method	157
5.1.5. Results	160
5.1.6. Discussion	164
5.1.7. Conclusion	169
5.1.8. References	170
5.2. Compreensão das dinâmicas intrapsíquicas na Síndrome de Burnout	172
5.2.1. Introdução	176
5.2.2. Método	181
5.2.3. Resultados	187
5.2.4. Discussão	189
5.2.5. Referências	194
VI. Discussão	197
6.1. Objetivos e Hipóteses do Estudo	197
6.2. Contributo clínico e prático da Investigação	221
6.3. Limitações do Estudo	224
6.4. Propostas de Futuras Investigações	230

VII.	Conclusão	234
VIII.	Referências	239
IX.	Anexos	253

IX. – Anexos

Anexo I - 1º Estudo Empírico. Prevalência da Síndrome de Burnout em Prestadores de Cuidados a Idosos e Doentes Crónicos	254
Anexo A – E-Mails enviados às Direções e Diretores Técnicos das IPSS's	255
Anexo B – Carta Explicativa do Estudo a Apresentar Participantes	257
Anexo C – Consentimento Informado Livre e Esclarecido para Participação em Projeto de Investigação	258
Anexo D – Questionário Sociodemográfico	259
Anexo E – Inventário de Burnout de Maslach para as Ciências Humanas	262
Anexo F – Caracterização da Amostra	263
Anexo G – Médias e Desvio-Padrão Variáveis Sociodemográficas	265
Anexo H – Médias e Desvio-Padrão Variáveis Laborais	267
Anexo I – Comparação Dimensões do MBI-HSS e Variáveis em Estudo	269
Anexo J – T-Student	271
Anexo K – Anova – Horário de Trabalho vs Despersonalização	272
Anexo L – Anova – Situação Contratual vs Exaustão Emocional	273
Anexo M - Anova – Situação Contratual vs Despersonalização	274
Anexo N - Anova – Tempo Instituição vs Realização Pessoal	275
Anexo O – Regressão Linear Múltipla	277
Anexo P – Manova – Resposta Social	278
Anexo Q – Manova – Severidade das Doenças	281

Anexo II - 2º Estudo. Burnout em Prestadores de Cuidados a Idosos e Doentes

Crônicos – Atualidades	284
Anexo R – Consentimento Informado Livre e Esclarecido para Participação em Projeto de Investigação	285
Anexo S – Guião da Entrevista de Investigação	286
Anexo T – Caracterização da Amostra	287
Anexo U - Categorias, Temas e Subtemas Representados nos Grupos	296
Anexo V – Categorias, Temas e Subtemas Associados ao Burnout	298
Anexo W – Indicações Clínicas	299
Anexo X – Fatores Indutores	301

Anexo III - 3º Estudo Empírico. Compreensão das Dinâmicas Intrapsíquicas e sua Influência na Síndrome de Burnout

Anexo Y – OPD-2 – Outline of each Respective Axis and Directions	311
Anexo Z – Protocolo Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado 2	312
Anexo AA – OPD-2: Eixo I – Vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento	316
Anexo AB – OPD-2: Eixo IV – Estrutura	317
Anexo AC – OPD-2: Eixo III Conflitos	318
Anexo AD – Análise dos Casos	319

Índice de quadros

Quadro 1 - Exaustão Emocional	287
Quadro 2 – Despersonalização	287
Quadro 3 - Realização Pessoal	287
Quadro 4 – Idade	288
Quadro 5 – Género	288
Quadro 6 - Estado Civil	288
Quadro 7 - Habilitações Literárias	289
Quadro 8 - Categoria Profissional	289
Quadro 9 - Resposta Social	290
Quadro 10 – Depressão	290
Quadro 11 - Ajuda Especializada	291
Quadro 12 - Índices elevados de Exaustão emocional	291
Quadro 13 – Índices elevados de Despersonalização	291
Quadro 14 – Índices Baixos de Realização Pessoal	292
Quadro 15 – Idade	292
Quadro 16 – Género	292
Quadro 17 - Estado Civil	293
Quadro 18 - Habilitações Literárias	293
Quadro 19 - Categoria Profissional	294
Quadro 20 - Resposta Social	294
Quadro 21 – Depressão	295
Quadro 22 - Ajuda Especializada	295
Quadro 23 – Categorias, Temas e Subtemas representados nos grupos	296
Quadro 24 – Categorias, Temas e Subtemas associados às Indicações Clínicas	299
Quadro 25 - Categorias, Temas e Subtemas associados aos Fatores Indutores	301

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas	263
Tabela 2 – Variáveis associadas ao trabalho	264
Tabela 3 – Médias e desvio-padrão das variáveis sociodemográficas	265
Tabela 4 – Médias e desvio-padrão variáveis associadas ao trabalho	267
Tabela 5 - Comparação entre as dimensões do MBI-HSS e as variáveis em estudo	269
Tabela 6 – Teste t- student	271
Tabela 7 – Análise de Variância Multivariada (MANOVA) variável resposta social	278
Tabela 8 – Multivariate Test	281
Tabela 9 - Análise de Variância Multivariada (MANOVA), variável severidade doenças	283
Tabela 10 – OPD-2: Axis, Dimensions and Indicators	311
Tabela 11 - Eixo I – Vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento	316
Tabela 12 – Eixo IV – Estrutura	317
Tabela 13 – Eixo III Conflitos	318

I. INTRODUÇÃO

Com a globalização e as modificações na natureza do trabalho, cada vez mais, as pessoas dos países em desenvolvimento são confrontadas com o aumento do *stress* laboral. É uma realidade, há muito vivenciada pelos profissionais dos países desenvolvidos, os quais se encontram mais familiarizados e de certo modo mais sensibilizados para lidar com o *stress* profissional (Houtman, Jettinghof, Cedillo, & World Health Organization, 2008).

As transformações pelas quais o mundo do trabalho está a passar implicam novos desafios em matéria de políticas de emprego, segurança no trabalho e de promoção da saúde dos trabalhadores. Estas transformações levam ao surgimento de riscos psicossociais (European Agency for Safety and Health at Work, 2007).

Esses riscos estão relacionados com a forma como o trabalho é concebido, organizado e gerido, bem como com o seu contexto económico e social, suscitando um maior nível de *stress* e podendo originar uma grave deterioração da saúde mental e física.

Numa comunicação da Comissão das Comunidades Europeias intitulada “*Como adaptar-se às mudanças na sociedade e no mundo de trabalho: uma nova estratégia comunitária de saúde e segurança*” (2002-2006) considera primordial reforçar a cultura da prevenção por intermédio da educação, sensibilização e antecipação de novos riscos emergentes associados tanto às novas tecnologias como à evolução social. Este foi um dos marcos que colocou o enfoque no bem-estar no trabalho, incluindo a prevenção de riscos sociais como o *stress*, *burnout*, o assédio moral, a depressão, a ansiedade e os riscos associados à dependência, álcool, drogas ou medicamentos (Mingote, Moreno Jiménez & Herrer, 2004).

Todavia, num estudo realizado nos 25 Estados-Membros da União Europeia, em 2005, mais de 20% dos trabalhadores acreditavam que a sua saúde estava em risco devido ao stress relacionado com o trabalho (Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho, 2007).

Assim tem vindo a ser reconhecido que o stress laboral acarreta consequências negativas para a saúde e bem-estar dos trabalhadores, assim como exerce influência na produtividade e custos efetivos para as organizações e instituições, onde os profissionais trabalham (Houtman, et al., 2008; Serra, 2002).

Nesse sentido, a Rede Europeia para a promoção de saúde mental e a prevenção das perturbações mentais (EU, 2006) considera que se devem privilegiar as seguintes estratégias: políticas de emprego e de promoção da saúde mental nos locais de trabalho, redução e gestão dos factores de stress ligados ao trabalho e à redução do absentismo por doença psíquica.

Face a estes alertas, nos últimos anos, tem-se verificado uma crescente preocupação por parte dos investigadores em compreender o impacto físico e psicológico, a que se encontram sujeitos os profissionais de saúde que trabalham com doenças crónicas incapacitantes. No entanto, ainda há muito por esclarecer e aprofundar particularmente na área da prestação de cuidados.

Sabe-se que em consequência das mudanças sociais e políticas, a área de prestação de cuidados sociais tem sido reconhecida, como sendo das áreas em que num futuro próximo haverá maior empregabilidade, como forma de dar resposta às carências existentes não só das instituições mas da própria comunidade. No entanto, corresponde a um sector em que se verifica cada vez mais a dificuldade em atrair trabalhadores. Em parte porque a imagem pública da assistência social e domiciliar é menos valorizada e as condições de trabalho não são suficientes para mobilizar e recrutar novos trabalhadores (Cedefop, 2010).

Por isso tem vindo a ser veiculado pelas organizações internacionais, a necessidade de se proceder a alterações profundas, nomeadamente na capacitação

destes profissionais. Não só pelas exigências da eficiência e contenção de custos, que implicam uma mudança de papéis, responsabilidades e sentimento de incerteza entre todos os profissionais mas também porque gradualmente terão de lidar com situações sociais mais complexas (Borritz, 2006; Cedefop, 2010; Padyab, Richter, Nygren, & Ghazinour, 2013; WHO, 2004).

Ao falar-se em prestadores de cuidados, fala-se em concreto, no que a literatura muitas vezes designa de cuidadores formais, na medida em que corresponde não só aos profissionais qualificados, como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, mas outros menos qualificados como ajudantes familiares, que estão integrados no âmbito de uma atividade profissional, na qual se incluem as atividades inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo com as competências próprias de cada um (Barreto, 2005; Queiroz, 1999; WHO, 2004).

Aliás de acordo com a Carta Social (MTS, 2000), na área dos equipamentos para pessoas idosas, os recursos humanos são compostos na sua maioria por Técnicos Superiores de Serviço Social e os prestadores de cuidados, que são maioritariamente ajudantes familiares.

Porém, os estudos consideram que são profissões pouco qualificadas, em que há pouca formação, devido à falsa ideia de qualquer pessoa, sobretudo as mulheres, podem prestar cuidados a idosos, o que revela uma certa desvalorização de uma atividade que é intensa, mal paga e dominada, maioritariamente, pelo trabalho manual das mulheres (Carvalho, 2012).

No entanto, é a estes profissionais que a família recorre, na maioria das vezes para fazer face às dificuldades que encontra no cuidar do seu idoso. Essas dificuldades podem incidir no auxílio da execução das Atividades da Vida Diária (AVD), em lidar com alterações cognitivas e comportamentais, complicações da doença ou simplesmente pelo desgaste emocional, que resulta de anos de assistência ao seu familiar, só para citar alguns.

Uma das especificidades do prestador formal de cuidados, neste contexto, reside na diversidade das problemáticas apresentadas pelos doentes, o que faz com que se torne num trabalho cada vez mais complexo e exigente, atendendo a que estes profissionais lidam diariamente com situações de dor, morte, dependência, doença terminal, situações limites de outras pessoas, muitas vezes com a sensação de que a sua intervenção é muito limitada (Borritz, 2006; Keselring, Krulik, Bichsel, Minder, Beck, & Stuck, 2001; Ross, Carswell & Dalziel, 2002; Zimmerman et al., 2005).

De acordo com alguns autores, o cuidar destes doentes constitui uma das atividades mais exigentes e desgastantes, tanto a nível físico como psíquico, a que estão sujeitos os profissionais, presenciando muitas vezes a falência do tratar emergindo então o cuidar, o que requer uma grande maturidade profissional e estabilidade emocional face à doença, que nem sempre é possível (Amaral, Achette, Barbosa, Bruscatto & Kavabata, 2008; Benincá, Fernandes & Grumann, 2005; Gambatto, Guarenti, Carli, Silva & Prado, 2006; Ruiz & Ríos, 2004).

Pelo facto de estes profissionais lidarem com uma excessiva carga de sofrimento, muitas das vezes não se encontram capacitados, em termos psicológicos, para lidar com as suas próprias angústias, medos, com a própria dor, luto, o que faz com que esta indisponibilidade leve ao adoecimento do profissional (Kesselring et al., 2001; Kovács, 2008; Ramalho & Nogueira-Martins, 2007)

Assim, as profissões centradas no cliente, como é a prestação de cuidados a idosos e pessoas debilitadas, requer um certo envolvimento emocional que se estabelece com o paciente e respectivos familiares, o que coloca tensão sobre os profissionais, não sendo invulgar o sentimento de estarem emocionalmente esgotados e até a existência de uma certa frustração com o trabalho que realizam (Evers, Tomic, & Brouwers, 2001; Ngai & Cheung, 2009).

Estes são alguns dos factores que contribuem para o desencadear de sintomas que são indicativos de sofrimento e esgotamento emocional, e que favorecem o desenvolvimento de conflito psíquico e sentimentos como: ansiedade, sofrimento

mental e, conseqüentemente patologias decorrentes da situação laboral como a depressão e o Burnout (Alencar, Lacerda & Centa, 2005; Da Silva, Marques & Da Silva, 2009; Delbrouck, 2006; Gil-Monte & Moreno-Jimenez, 2007; Jodas & Haddad, 2009; Lloyd, King & Chenoweth, 2002; Silva & Menezes, 2008; Trigo, Teng & Hallak, 2007; Asia et al., 2007)

Daí, que seja relevante do ponto de vista social e individual estudar o burnout nos prestadores formais de cuidados, dado que a sua ação negativa faz-se sentir não só no próprio profissional, como em todos aqueles que são “alvo” da sua intervenção (Cocco, 2010; Ng, Fong & Wang, 2011; Naramuto et al, 2008).

Após a exposição dos objectivos a que nos propusemos nesta investigação, esta tese encontra-se estruturada em sete capítulos onde serão apresentados os principais objectivos, questões de investigação e respectivas conclusões, na sua maioria sustentados em estudos que são aqui expostos em formato de artigo.

Assim, o primeiro capítulo versará sobre a introdução a esta tese, onde será apresentado o contexto em estudo e a pertinência desta investigação, para a atualidade.

No segundo capítulo será apresentada uma revisão dos estudos do burnout em profissionais de saúde ou na área de intervenção social permitindo sintetizar aspetos como constructo, avaliação, prevalência do burnout, potenciais correlações e intervenção. Incidiu entre 2002 e 2012, constituindo-se um contributo para uma recente revisão de estudos empíricos acerca do burnout.

No capítulo seguinte, três, será explanado o primeiro estudo, intitulado “*Prevalência da síndrome de burnout em prestadores de cuidados*”, o qual representa uma originalidade pela população estudada em Portugal, sendo uma mais-valia os dois estudos apresentados neste capítulo. Um sobre a validade factorial e fiabilidade do Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) para as ciências da saúde, e um segundo, onde serão apresentados os resultados da prevalência da síndrome de

burnout e a relação entre o aparecimento do burnout e as variáveis sociodemográficas e laborais.

O quarto capítulo abordará o segundo estudo, aqui intitulado de “*Burnout em prestadores de cuidados a idosos doentes crônicos – Atualidades*”, no qual se fará uma explanação do contexto em análise, assim como dos modelos teóricos mais representativos para explicar o desenvolvimento do burnout. Serão ainda apresentados os resultados que respondem às nossas questões de investigação, partindo de uma metodologia mais qualitativa.

No quinto capítulo, serão divulgados os resultados do que designamos de terceiro estudo “*Dinâmicas intrapsíquicas na síndrome de burnout*”, onde se procedeu à adaptação transcultural de um instrumento psicodinâmico, o Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado 2 (OPD-2), que visava fundamentalmente a garantia de qualidade dos instrumentos a utilizar no terceiro estudo. Numa segunda fase, serão apresentados os resultados do estudo intitulado “*Compreensão das dinâmicas intrapsíquicas na síndrome de burnout*”, tendo-se para o efeito utilizado uma metodologia clínico-qualitativa, permitindo deste modo responder ao principal objetivo desta investigação.

Os dois últimos capítulos, seis e sete, incidiram na reflexão e discussão dos resultados desta tese, assim como serão apresentados os contributos clínicos e práticos da mesma, as limitações e propostas para futuras investigações, finalizando com as conclusões decorrentes desta tese.

1.1. Objetivo

Ao reconhecermos com base na nossa experiência clínica, à semelhança do proferido pela comunidade científica, que os profissionais que lidam diariamente com situações de incapacidade e dependência podem vir a sentir-se física e emocionalmente afetados, podendo evoluir para uma situação de burnout. Fomos levados a aprofundar o tema acerca desta síndrome, tendo-nos suscitado duas

questões: uma primeira, na qual os estudos sustentam que o burnout depende da associação entre diversos factores como individuais, organizacionais e do meio envolvente, constituindo-se então uma dificuldade em estimar a amplitude do problema e por outro lado, a escassa literatura que aborde a génese do burnout numa perspectiva clínica e compreensiva das dinâmicas de funcionamento mental subjacentes.

No entanto, tem vindo a renascer o interesse pelos investigadores sobre a perspectiva clínica-qualitativa, na qual se pretende apreender as causas dinâmicas que contribuem para o desenvolvimento do burnout, talvez só indo por esta via se consiga entender porque perante as mesmas condições de trabalho, uns tenham mais resiliência e outros, uma maior disponibilidade intrínseca ao desenvolvimento do fenómeno, permitindo desta forma delinear estratégias avançadas de prevenção e tratamento do burnout.

De acordo com a literatura, observa-se que a perspectiva psicodinâmica tem contribuído para uma compreensão mais clínica deste fenómeno psicológico, o burnout.

Deste modo, colocou-se como principais objetivos: compreender que tipo de conflitos internos e nível de integração estrutural estão mais relacionados com o desenvolvimento do burnout, nos prestadores de cuidados a idosos e doentes crónicos.

1.2. Estudos, Problemas e Questões de Investigação

Estudo 1 - Prevalência da Síndrome de Burnout em Prestadores de Cuidados

As qualidades psicométricas do Maslach Burnout Inventory - Human Services (MBI-HSS) têm sido avaliadas por diferentes investigadores, em diversos contextos e países.

Todavia, uma das lacunas identificadas em Portugal prende-se com o fato de não existirem muitos dados publicados acerca das qualidades psicométricas do Inventário de Burnout de Maslach – Human Services Survey (MBI-HSS) (Maroco & Tecedor, 2009; Melo, Gomes, & Cruz, 1999; Semedo, 2009). Por outro lado, perceber se o MBI-HSS se revela o instrumento mais adequado para avaliar o burnout na amostra em estudo.

Assim revelou-se pertinente levar a cabo este estudo, tendo-se definido como objetivo: avaliar a validade fatorial e a fiabilidade do MBI-HSS, numa amostra de profissionais que trabalham no âmbito da intervenção social (ver Figura I).

Apesar da crescente evolução das respostas sociais direcionadas para os idosos, e de ser reconhecida como uma área que coloca desafios aos trabalhadores, pela complexidade de situações com que se deparam, existem poucos estudos empíricos que incidam sobre os prestadores de cuidados a idosos doentes crónicos. Por outro lado, face aos escassos estudos em Portugal relacionados com a incidência de burnout nestes profissionais revela-se pertinente levar a cabo este estudo, com o intuito de perceber a prevalência da síndrome de burnout (Exaustão Profissional), vivenciado pelos profissionais que prestam cuidados a idosos doentes crónicos (ver Figura I).

Foram definidos como objetivos: Estudar a prevalência da síndrome de burnout e a Relação entre o aparecimento do burnout e as variáveis sociodemográficas e laborais.

Para além disso, a partir deste estudo será possível selecionar a amostra mais adequada, índices elevados de exaustão emocional e burnout, para prosseguir com os estudos que se seguem.

As questões de investigação colocadas foram:

- Caracterizar descritivamente aspectos psicológicos, sociais e profissionais associados ao fenómeno burnout em prestadores de cuidados a idosos doentes crónicos.

- Estudar a relação entre o aparecimento da síndrome de burnout nos profissionais de ajuda e a severidade das doenças crónicas e incapacitantes dos pacientes cuidados?
- Estudar a influência da variável institucionalização na ocorrência do fenómeno burnout, nomeadamente diferenças decorrentes do trabalho em Centro de Dia, Lar, Cuidados Continuados e Serviço de Apoio Domiciliário.

Estudo 2 – Burnout em prestadores de cuidados - Atualidades

Os prestadores de cuidados a idosos doentes crónicos têm sido uma população pouco explorada, em Portugal, pelos estudos empíricos, havendo um certo desconhecimento relativamente aos fatores que influenciam o desgaste profissional destes profissionais.

Neste sentido, para uma melhor compreensão do fenómeno burnout decidiu-se levar a cabo este estudo, tendo-se definido como principais objectivos apreender qual das dimensões associadas ao burnout a que parece apresentar maior relevância, procurando dar o nosso contributo para a confirmação dos modelos teóricos. Perceber qual a influência dos fatores ambientais/organizacionais e relacionais para o desenvolvimento desta síndrome e a sua especificidade em relação aos dois grupos em estudo, um com critérios de burnout e outro apenas com elevação numa das suas dimensões, a exaustão emocional. Outro dos objetivos prende-se com o avaliar qual dos modelos teóricos que melhor se adequam para a compreensão do burnout no contexto em estudo (ver Figura I).

Assim à semelhança do observado pela literatura, esperamos confirmar os modelos teóricos que têm vindo a emergir, concretamente que as relações interpessoais e os conflitos podem contribuir para a explicação da dinâmica causal que se encontra subjacente ao aparecimento do burnout.

Desta forma, neste estudo colocaram-se as seguintes questões de investigação:

- Quais as dimensões com maior relevância no desenvolvimento da síndrome de burnout?
- Estudar a relação entre a influência dos factores ambientais/organizações/funções em exercício no desenvolvimento do fenómeno de burnout?
- Qual a influência dos factores relacionais/humanos? Como se relacionam ambos os factores?
- Análise crítica dos diferentes modelos teóricos que procuram compreender o burnout no contexto de intervenção social.

Estudo 3 - Compreensão das dinâmicas intrapsíquicas na síndrome de burnout.

Para que a tradução e adaptação transcultural de um instrumento de avaliação psicológica fique concluído torna-se adicionalmente necessário, como mencionado por Habletom e Patsula (1999), a observância de evidências empíricas capazes de suportarem a validade das inferências sobre a adequabilidade da sua tradução, sendo imprescindível a realização de um estudo piloto.

Foi justamente no sentido de concretizar este último requisito, que se procedeu à realização de um estudo piloto, numa amostra de dimensão reduzida, com o intuito de se obterem as evidências empíricas da adequabilidade da tradução do Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2).

Assim, neste primeiro estudo definiram-se como objetivos: apresentar os aspetos metodológicos do processo de adaptação transcultural do Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2) para a língua portuguesa e, avaliar a concordância inter-avaliadores para os diferentes eixos do instrumento na cotação de entrevistas clínicas (ver Figura I).

Como revelam os estudos com o OPD-2, as qualificações exigidas para um uso suficientemente fiável do OPD compreendem, além de uma formação aprofundada neste instrumento, um mínimo de 2 a 3 anos de experiência clínica anterior (OPD-Task Force, 2008).

No nosso caso, embora não se tenha realizado o curso formativo, assistiu-se aos dois seminários ministrado pelo Prof. Doutor Manfred Cierpka em Portugal, promovidos em 2009 e em 2011, assim como integramos o Grupo de Estudos Português, com ligações à OPD-Task Force.

Só após a conclusão destas etapas, é que foi possível realizar o estudo que visa a compreensão das dinâmicas intrapsíquicas na síndrome de burnout (ver Figura I).

Deste modo, partindo do modelo de que o burnout consiste num processo gradual de exaustão, cuja dinâmica subjacente ao desenvolvimento da síndrome, pode ser explicada conciliando uma visão mais clássica através de defesas narcisistas e por uma visão contemporânea, por intermédio de defesas masoquistas, leva-nos a pensar no tipo de estrutura mental mais frequente nos profissionais de ajuda.

Por outro lado, tendo por base o modelo da inibição dos impulsos incompatíveis, que nos remetem para a atitude impessoal e distante adotada pelos profissionais como forma de lidarem com os sentimentos despertados muitas das vezes intoleráveis ao próprio, que poderá fazer despertar os conflitos psíquicos não conscientes. A partir desta visão, parece-nos pertinente compreender a especificidade da natureza de conflitos intrapsíquicos habitualmente mais associada ao desenvolvimento do quadro de burnout.

Colocaram-se então as seguintes questões de investigação:

- Estudar o nível de integração estrutural e o aparecimento da síndrome de burnout
- Estudar a tipologia de conflitos intrapsíquicos associada ao burnout.

1.3. A opção da metodologia

A síndrome de burnout, como fenómeno psicológico, tem sido particularmente estudado mais numa perspectiva organizacional ou psicossocial, do que numa perspectiva clínica. Reflexo disso, são os estudos empíricos, na sua maioria quantitativos, que tendem a centrar-se mais sobre as condições contextuais (especialmente no trabalho), por serem fenómenos mais facilmente observáveis e não sobre as vulnerabilidades dos indivíduos ao burnout (Pines, 2002).

Enquanto a investigação quantitativa se orienta para a produção de proposições generalizáveis e com validade universal decorrentes de um processo experimental, hipotético-dedutivo e estatisticamente comprovado, a investigação qualitativa orienta-se por uma perspectiva hermenêutica e interpretativa dos fenómenos (Serrano, 2004) procurando, desse modo, compreendê-lo a partir da indução dos significados dos próprios contextos na sua singularidade e complexidade.

Face às limitações da metodologia quantitativa para a apreensão do funcionamento mental, tem surgido o renascer do interesse pelos investigadores sobre a perspectiva clínica-qualitativa, na qual se pretende apreender as causas dinâmicas que contribuem para o desenvolvimento do burnout, pois consideramos que talvez só indo por esta via se consiga entender porque perante as mesmas condições de trabalho, uns desenvolvem a síndrome e outros não.

De acordo com Cordes et al., (1993) os estudos qualitativos são de suma importância no estudo da síndrome de burnout, particularmente na apreensão de descrições mais ricas de factores contextuais e os significados pessoais que envolvem os processos de burnout.

Bogdan e Biklen (1994) consideram que esta abordagem permite descrever um fenómeno em profundidade através da apreensão de significados e dos estados subjetivos dos sujeitos pois, nestes estudos, há sempre uma tentativa de capturar e compreender, com pormenor, as perspectivas e os pontos de vista dos indivíduos sobre determinado assunto.

O estudo de caso, por sua vez, é uma abordagem metodológica que permite analisar com intensidade e profundidade diversos aspectos de um fenómeno, de um problema, de uma situação real: o caso. Assim, como refere Stake (2005) o estudo de caso consiste no “*estudo da particularidade e da complexidade de um caso singular para chegar a compreender a sua complexidade*”.

Neste contexto de compreensão profunda de uma realidade, Yin (2003) define estudo de caso como “*uma investigação empírica que estuda um fenómeno contemporâneo dentro do contexto de vida real de vida, especialmente quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são absolutamente evidentes*” e acrescenta que para tal se podem usar múltiplas fontes para recolher evidências e informações, desde que sejam apropriadas e possibilitem compreender o caso no seu todo.

É que, o estudo de caso implica um conhecimento profundo da realidade investigada e, como tal, recorre a diferentes métodos e técnicas que se enquadram, sobretudo, num paradigma de investigação qualitativa.

Para além disso, poderá considerar-se que o estudo de caso possui uma dupla vertente: por um lado, é uma modalidade de investigação apropriada para estudos exploratórios e compreensivos e que tem, como objectivo a descrição de uma situação, a explicação de resultados a partir de uma teoria, a identificação das relações entre causas e efeitos ou a validação de teorias (Serrano, 2004).

Porém, tem sido reiterado por alguns autores, como Stake (1995, 2005), a debilidade do método qualitativo, no que respeita à generalização dos resultados, particularmente nos estudos de caso. Considera que a finalidade deste método é o de interpretar e compreender, um determinado caso, e não generalizar.

Embora reconhecendo a existência de vários problemas decorrentes da combinação de vários métodos, quantitativos e qualitativos, como proferido por Carmo e Ferreira (2008), relativamente, ao custo, tempo, experiência e competência do investigador na realização dos dois tipos de métodos, a opção por nós tomada, foi a

de articulação dos resultados quantitativos e qualitativos, na medida em que se revelou a metodologia mais adequada, face à escolha do objecto de pesquisa, a síndrome de burnout, os tipos de conflitos internos e o nível de integração estrutural, que pelo facto de apresentar características dinâmicas, requer diferentes estratégias de recolha e análise de dados. Para além disso, permite um conhecimento mais alargado do que é proporcionado por uma única abordagem e validar mutuamente os resultados das duas abordagens (Fortin, 2003).

A lógica da triangulação é que cada método revele diferentes aspectos da realidade empírica e conseqüentemente devem utilizar-se diferentes métodos de observação da realidade (Carmo et al., 2008; Flick, 2005) O fato de se utilizarem diferentes métodos pode permitir uma melhor compreensão dos fenómenos, do mesmo modo que a triangulação de técnicas pode conduzir a alcançar resultados mais seguros, sem enviesamentos (Carmo et al., 2008; Flick, 2005).

Assim, a complementaridade dos métodos de investigação quantitativos e qualitativos aumentam a fiabilidade dos resultados (Carmo & Ferreira, 2008; Flick, 2005; Fortin, 2003).

Contudo, estes estudos de metodologia mista implicam um enorme volume de trabalho; habitualmente mais complexo, exigindo mais treino, mais tempo, sendo mais difíceis de controlar variáveis e por isso menos robustos, e habitualmente têm amostra necessariamente mais reduzidas.

Em última análise, os métodos qualitativos e quantitativos são métodos para garantir a apresentação de uma amostra adequada. Ambos constituem tentativas para projetar um conjunto finito de informação para uma população mais ampla: uma população de indivíduos no caso do típico inquérito quantitativo, ou uma coleção de observações na análise qualitativa (Shaffer & Serlin, 2004).

Face ao exposto, a nossa investigação em termos metodológicos estrutura-se da seguinte forma:

1º Estudo – Metodologia Quantitativa

A metodologia quantitativa revela-se importante não só para responder às questões de investigação por nós colocadas, mas também pelo fato de permitir através da aplicação do Inventário de Burnout de Maslach para as ciências da saúde (Maslach & Jackson, 1996; Semedo, 2009), selecionar a amostra que mais se adequava, índices elevados de exaustão emocional e burnout, aos objetivos do nosso estudo.

Deste modo, este estudo insere-se num desenho transversal e descritivo-correlacional, na medida em que se pretende explorar a existência de relações entre as variáveis síndrome de burnout e as variáveis sócio demográficas e laborais, particularmente a relação entre o aparecimento da síndrome de burnout nos profissionais de ajuda e a severidade das doenças crónicas e incapacitantes, e por último, a influência da variável institucionalização na ocorrência dos fenómenos burnout. (Fortin, 1999; Ribeiro, 2010).

2º Estudo – Metodologia Qualitativa

Este estudo visa complementar o anterior, em que foi perceptível a limitação dos resultados que auxiliassem na compreensão do fenómeno de um modo mais abrangente e detalhado.

A investigação insere-se no paradigma fenomenológico, na medida em que permite descrever um fenómeno em profundidade, através da apreensão de significados e dos estados subjetivos dos sujeitos pois, nestes estudos, há sempre uma tentativa de capturar e compreender, com pormenor, as perspetivas e os pontos de vista dos indivíduos sobre determinado assunto, neste caso o burnout (Flick, 2005).

Assim insere-se num estudo descritivo e exploratório, com recurso a metodologia qualitativa, a entrevista semiestruturada, composta por questões abertas e fechadas, na medida em que permite ao investigador estudar experiências

complexas, em profundidade. Esta entrevista permite “*recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo*” (Barker, Pistrang & Elliott, 2002; Kvale, 1996; Yin, 2003).

O protocolo da entrevista foi estruturado por questões acerca de como se sente no seu trabalho, dificuldades com que se depara, aspetos mais satisfatórios do seu trabalho e o que mudaria, solicitando-se sempre que possível a descrição de incidentes críticos (Flick, 2005; Ribeiro, 2010).

Após a sua transcrição, as entrevistas foram analisadas por dois investigadores, a principal (CV) e outro investigador independente (RA). Sempre que surgiram dúvidas no processo de codificação voltou-se a ler as entrevistas na íntegra de modo a clarificar e tornar mais explícito o tema subjacente. Houve um elevado grau de concordância entre investigadores.

3º Estudo – Metodologia Clínica-Qualitativa

Com o intuito de prosseguir um dos nossos objectivos, compreender as dinâmicas intrapsíquicas na síndrome de burnout, os estudos clínicos qualitativos parecem ser os mais adequados, atendendo a que são um elemento indispensável para a construção ou validação de um modelo teórico.

Stake (1995, 2005) propõe três tipos de estudos de caso: intrínseco, instrumental e colectivo. No nosso estudo foi adoptado o estudo de caso colectivo, na medida em que se utilizaram 15 casos para, através da sua comparação, obtermos um conhecimento mais aprofundado sobre um fenómeno, neste caso compreender que tipo de conflitos internos e nível de integração estrutural contribuem para o aparecimento do burnout, nos prestadores de cuidados a idosos doentes crónicos.

Para isso foi utilizada a entrevista clínica, por se ter revelado a melhor técnica de que se dispõe para recolher informações sobre o sofrimento ou as dificuldades do sujeito. O discurso proporciona informações sobre os fatos com os quais ele foi

confrontado, na realidade ou no imaginário, mas também sobre a sua posição relativamente a esses fatos. Cartwright (2004) refere que a entrevista clínica psicanalítica pode ser utilizada para a compreensão psicodinâmica e de significados inconscientes de diversos comportamentos, processos psíquicos, ações sociais e situações de vida (Aragão Oliveira, 2010).

Nesta entrevista clínica, foram contempladas as diretrizes do manual do OPD-2, tendo a mesma sido composta por vários tipos de entrevista.

Numa fase inicial menos estruturada, ou aberta, associada a uma postura clínica exploratória, e que de uma forma conservadora possa eventualmente fazer algumas interpretações e clarificar aspectos enunciados pelos entrevistados que não se deduzem de uma forma óbvia ou por senso comum.

É, também, uma entrevista semiestruturada que favorece a expressão livre e associativa a partir de uma questão aberta orientando pontualmente a pessoa para questões precisas, nomeadamente quando se concentra em áreas temáticas como a recolha de dados biográficos, ou a exploração de padrões relacionais, auto-percepção e percepção através de outros.

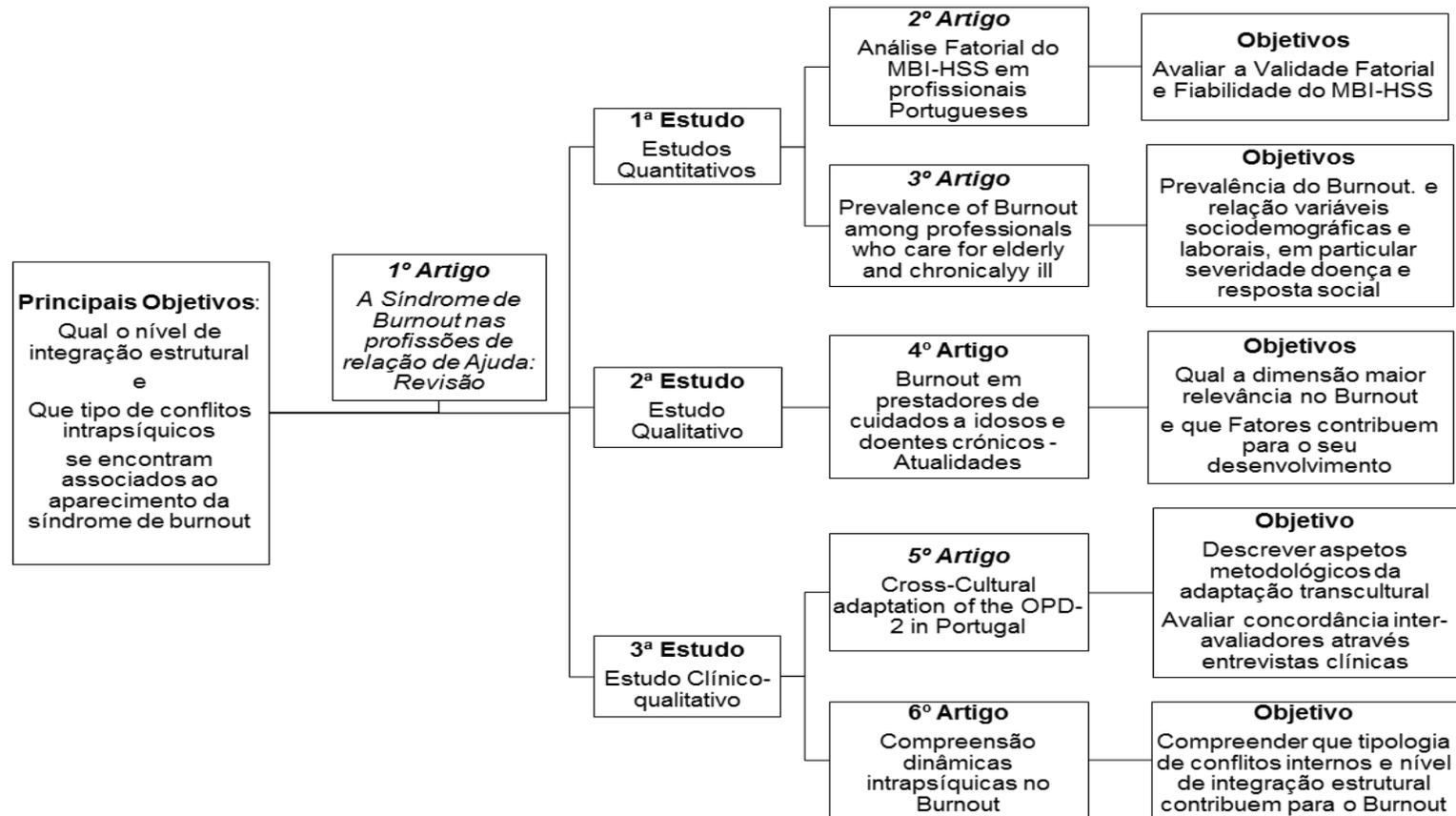
E por último um processo estruturado em que os sintomas são sistematicamente explorados numa ordem pré-estabelecida, de modo que a que possa ser feito um diagnóstico descritivo – fenomenológico do ICD – 10 (Eixo V - Distúrbios Mentais e Psicossomáticos). (Cierpka, Grande, Rudolf, Von der Tann, Stasch, & OPD Task force, 2007; OPD Task-Force, 2008)

As entrevistas foram conduzidas e gravadas pela mesma investigadora (CV). A investigadora tem experiência em entrevistas clínicas, tendo no decorrer das mesmas sido supervisionada por outro investigador (RAO).

A etapa seguinte consistiu no preenchimento, por parte da investigadora principal (CV), do formulário de avaliação de dados do OPD-2. Numa segunda fase, as entrevistas foram analisadas por um investigador independente (RA, psicanalista), que igualmente procedeu ao respetivo preenchimento do formulário de avaliação de dados

do Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2). Procedeu-se, de seguida, à comparação das cotações efetuadas pelos investigadores.

Figura 1 - Delineamento do Estudo e respectivos Artigos



II – Enquadramento Teórico

1º Artigo

Título: A Síndrome de Burnout nas profissões de relação de ajuda: Revisão

Título Abreviado: A Síndrome de Burnout nas profissões de ajuda: Revisão

Autores: Carla Susana Vicente¹ & Rui Aragão Oliveira²

¹ *Doutoranda, Departamento de Psicologia, Universidade de Évora, Évora, Portugal.*

² *Psicanalista; Doutorado, Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (UIPES), Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), Lisboa, Portugal*

Estado: *Manuscript submitted for publication.*

Correspondência autor:

Carla Susana Vicente

Doutoranda, Departamento de Psicologia, Universidade de Évora

Morada: Av. Rovisco Pais, nº 4, 1º Dto 1049-001 Lisboa, Portugal

E-mail: csvicent@gmail.com

Phone: (+351) 91 7578563

2.1. A Síndrome de Burnout nas profissões de relação de ajuda: Revisão

A Síndrome de Burnout nas profissões de ajuda: Revisão

Resumo

O *burnout* corresponde a uma resposta prolongada a stressores interpessoais crónicos no trabalho, que sobrevém da percepção por parte do sujeito de uma discrepância entre os esforços realizados e os alcançados no seu trabalho.

Este artigo tem como objetivo efetuar uma revisão dos estudos do burnout em profissionais de saúde ou na área de intervenção social permitindo sintetizar aspetos como constructo, avaliação, prevalência do burnout, potenciais correlações e intervenção. Incidiu entre 2002 e 2012, constituindo-se um contributo para uma recente revisão de estudos empíricos acerca do burnout. Os resultados sugerem que a prevalência do burnout, em profissionais de saúde ou de ação social, não é consensual. Além disso revela-se pertinente proceder a mais estudos de validade dos instrumentos utilizados na avaliação desta síndrome.

Descritores: Síndrome de Burnout, Stress Ocupacional, profissionais de saúde, assistentes sociais, serviços assistenciais.

The Burnout Syndrome in the professions of the helping relationship: Review

Abstract

Burnout corresponds to a prolonged response to chronic interpersonal stressors on the job, which comes from the perception by the subject of a discrepancy between the efforts and achievements in their work.

This article aims to present a review of studies of burnout in health professionals or in the area of social intervention allowing synthesize aspects like construct, assessment, prevalence of burnout, potential correlations and intervention. It focused between 2002 and 2012, constituting a contribution to a recent review of empirical studies about burnout. The results suggest that the prevalence of burnout in health professionals or social worker is not consensual. It is also noticeable the need for further studies to develop of validity of some of the most used frequently instruments in the evaluation of the syndrome.

Key-words: Burnout Syndrome, Occupational Stress, Social Workers, Healthcare Professionals; Health Care Providers

As mudanças significativas que ocorreram no mercado do trabalho, consequência da forma como tem sido organizado e gerido, associado ao seu contexto económico e social, tem suscitado o interesse da comunidade científica em virtude de contribuir para o aparecimento de riscos emergentes no campo da saúde ocupacional. Fala-se em concreto nos riscos psicossociais, considerados como um dos grandes desafios contemporâneos para a saúde e segurança dos profissionais. Além disso, as evidências mostram que concorrem para o aumento do nível de *stress* e conseqüentemente para uma grave deterioração da saúde física e mental, com particular destaque para o aparecimento de perturbações da ansiedade, depressão ou até evoluir para a *síndrome de burnout*. Esta síndrome tem sido reconhecida como um risco ocupacional que acarreta implicações para os profissionais de saúde e trabalhadores sociais, não só a nível físico, mas também psíquico, o que invariavelmente compromete a qualidade de vida destes profissionais, assim como os resultados do seu trabalho tendo repercussões nas instituições devido ao elevado absentismo, baixas médicas prolongadas, redução da produtividade e da qualidade dos serviços prestados, aumento de conflitos interpessoais e ao turnover.

Os estudos empíricos têm dado particular importância às profissões consideradas de ajuda, saúde e ação social, por serem considerados os profissionais que estão mais suscetíveis a desenvolverem o *burnout*, devido entre muitas situações às características do trabalho que desenvolvem. São profissionais que exercem a sua atividade junto de pessoas com maior vulnerabilidade física, mental e social. Diariamente se veem confrontados com a falência de políticas sociais e de saúde, procurando dar resposta muitas vezes a situações sociais complexas. No âmbito do contexto em que trabalham, ao contrário de outras atividades ocupacionais, estes profissionais confrontam-se diariamente com situações de dor, sofrimento e morte, muitas das vezes assistindo à deterioração do quadro clínico do doente, portanto lidam

com pacientes fora de possibilidades terapêuticas, bem como com os sentimentos dos pacientes e familiares. (Gisbert, De Los Fayos & Montesinos, 2008; Kitze & Rodrigues, 2008; Ruíz & Ríos, 2004; Zamora & Sánchez, 2008).

Para além disso, muitos destes profissionais deparam-se com a falta de reconhecimento social e a fraca existência de recursos quer económicos, quer humanos para que possam assegurar uma resposta adequada às situações com que se deparam. Em muitas ocasiões os profissionais sentem que o trabalho que desenvolvem não coincide com as suas expectativas prévias acerca da sua profissão, desempenhando funções e tarefas para as quais, por vezes, não se sentem preparados, o que poderá induzir uma certa frustração, associada às expectativas pouco realistas com que iniciaram a sua atividade.

O propósito deste artigo é explorar as fontes de informação utilizadas nos estudos do Burnout nos profissionais de saúde ou na área de intervenção social.

Esta revisão teórica permite-nos, seleccionar e sintetizar os estudos empíricos baseados na evidência acerca do tema, possibilitando identificar: 1) constructo, 2) avaliação 3) prevalência do burnout 4) potenciais correlações e 5) intervenções.

2.1.2. Método

Foi realizada uma revisão da literatura acerca da síndrome de burnout nas profissões consideradas de ajuda, profissionais de saúde e trabalhadores sociais. A pesquisa foi efetuada nas seguintes bases de dados: B-on, PubMed, Medline, Scielo e EBSCOhost. As pesquisas bibliográficas situaram-se no período temporal entre 2002 e 2012, tendo por base as seguintes palavras-chave: Síndrome de Burnout, Exaustão Emocional, Stress Ocupacional, profissionais de saúde, assistentes sociais, serviços assistenciais, cuidadores formais.

Os critérios de inclusão definidos foram: 1) estudos cujos participantes são profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas; 2) estudos com evidência científica, quantitativos e qualitativos; 3)

estudos centralizados na temática burnout e 4) estudos de intervenção na redução do burnout. Todavia, os critérios de exclusão prenderam-se com estudos em outras línguas que não o inglês, português ou castelhano, estudos anteriores a 2002 e cujos participantes trabalhavam na área da infância, adolescência e outros sectores profissionais fora do âmbito em estudo. Foram integrados nesta análise 67 artigos.

2.1.3. Resultados

2.1.3.1 Constructo

Ainda que na literatura a conceptualização do constructo, burnout, mais aceite seja a formulada por Maslach e Jackson (1981), o conceito emerge na década de 70, por intermédio de um psicanalista, Herbert Freudenberger (1974). Para este autor, o burnout consistiria num estado de fadiga ou frustração provocada pela devoção a uma causa, modo de vida ou relação que não produziu as recompensas desejadas por parte dos profissionais, neste caso voluntários e profissionais que trabalhavam com toxicómanos. Ora, de um ponto de vista mais clínico, Freudenberger considerava que associados ao sentimento de exaustão poderiam ser observados outros sintomas como sentimentos de conflito entre um Self verdadeiro e um Self fachada, irritabilidade, intolerância, sentimentos de onipotência, vivências paranoides, até mesmo depressão (Gascón, Olmedo & Ciccotelli, 2003; Gazziano & Bianchi, 2010; Pereda-Torales, Celedorio, Vásquez & Zamora, 2009).

Porém, em 1981, Christina Maslach, propõe aquela que ainda hoje se vê refletida na literatura. O burnout era entendido como uma experiência de stress individual desenvolvida no contexto das relações sociais complexas, associados ao contexto laboral. Na sua perspetiva corresponde a um fenómeno multidimensional composto por três dimensões: a exaustão emocional, a despersonalização e a reduzida realização pessoal. Por exaustão emocional, aspeto central do Burnout, entende-se um esgotamento dos recursos emocionais, morais e psicológicos da pessoa. A despersonalização representa a desumanização da relação com o outro,

nomeadamente aqueles que são a razão de ser da atividade profissional (pacientes, clientes). A realização pessoal exprime uma diminuição dos sentimentos de competência e de prazer associados ao desempenho da atividade profissional (Paris & Hoge, 2009; Pera & Serra-Prat, 2002; Skirrow & Hatton, 2007). Embora inicialmente estivesse associado a profissões de relação de ajuda, rapidamente se expandiu a outras áreas profissionais, deixando assim de ser considerado como uma crise com pessoas do trabalho, para passar a ser entendido como uma crise nas relações com o trabalho (Paris et al., 2009; Skirrow et al., 2007).

Pines e Aronson (1981), por sua vez conceptualizam-no como um estado de esgotamento mental, físico e emocional produzido pelo envolvimento crónico no trabalho em situações emocionalmente exigentes (Ruíz et al., 2004; Vieira, 2010). Este cansaço resultaria de uma desilusão progressiva frequentemente encontrada em indivíduos altamente motivados e muito envolvidos no seu trabalho, estando associado a uma perda de sentido na busca existencial de uma razão de existir. De acordo com estes autores, associado a esta síndrome surgiriam sentimentos de desamparo, desespero, desmotivação, irritabilidade, além do cansaço físico e emocional e da baixa autoestima (Lambie, 2006; Sogaard, Ryan, Hill, & Dawson, 2007). Observa-se que esta conceptualização não delimita o conceito ao contexto ocupacional, uma vez que poderia ocorrer em outros contextos, como por exemplo a nível conjugal.

No entanto, a definição que parece congrega a proferida por diversos autores é a de Farber (1983), para quem o “Burnout é uma síndrome relacionada com o trabalho, surgindo da percepção por parte do sujeito de uma discrepância entre os esforços realizados e os alcançados. Sucede com frequência nos profissionais que trabalham diretamente com clientes necessitados ou problemáticos. Caracteriza-se pelo esgotamento emocional, falta de energia, distanciamento e cinismo face aos destinatários, sentimentos de incompetência, deterioração do autoconceito profissional, atitudes negativas face ao trabalho e por outros sintomas psicológicos como a irritabilidade, ansiedade, tristeza e baixa autoestima”. (Montero-Marín, García-

Campayo, Mera, & López, 2009) Esta concepção considera que há influência não só dos fatores individuais, organizacionais mas também sociais.

Por sua vez, Gil-Monte e Peiró (1997), consideram o burnout como uma síndrome psicológica decorrente da tensão emocional crónica no trabalho. Corresponderia a uma experiência subjetiva interna que gera sentimentos, cognições e atitudes negativas no relacionamento do indivíduo com o seu trabalho (insatisfação, desgaste, perda de comprometimento) provocando alterações no seu desempenho profissional e consequências indesejáveis para a organização (absentismo, abandono do emprego, diminuição da produtividade). (Gil-Monte, Carretero & Roldán, 2005)

Mais recentemente Shriom e Melamed (2006) definem o burnout como um estado afetivo singular caracterizado pela sensação de perda de energia física, mental e cognitiva, que ocorre como reação ao stress crónico. (Shirom & Melamed, 2006) Apesar de não mencionar especificamente o contexto laboral na definição, na prática tem sido considerado como condição relacionada ao trabalho. (Vieira, 2010) A sua inovação face à definição de Maslach prende-se com o facto de considerarem a existência de três dimensões fadiga física (sensação de cansaço e baixa energia na execução de tarefas quotidianas); exaustão emocional (sensação de estar fraco demais para ter empatia com clientes ou colegas e não ter a energia necessária para investir em relacionamento interpessoais no trabalho) e desgaste cognitivo (sensação de raciocínio lento e baixa agilidade mental).

2.1.3.2 Avaliação

À medida que os estudos empíricos foram surgindo, também se assistiu à proliferação de instrumentos de avaliação da síndrome de burnout.

Dos estudos analisados, o instrumento mais utilizado é o Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS), que surge na década de 80, com o objetivo de avaliar o burnout em profissionais que trabalhavam na área dos serviços humanos e de saúde (Halbesleben & Buckley, 2004; Halbesleben & Demerouti, 2005;

Hallberg & Sverke, 2004; Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, 2005; Richardsen & Martinussen, 2004; Vanheule, Rosseel & Vlerick, 2007). É composto por 22 itens, distribuídos por três dimensões: exaustão emocional (9 itens), despersonalização (5 itens) e realização pessoal (8 itens). O MBI revela ser uma das escalas com maior validade e fiabilidade (0,75 e 0,90) (Gil-Monte, 2005; Qiao & Schaufeli, 2011; Richardsen et al., 2004; Vanheule, et al., 2007). Para além desta versão, existem mais duas direcionadas para a área da educação, Maslach Burnout Inventory – Educators Survey (MBI-ES) e dos profissionais em geral, Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS).

Contudo, não está isento de algumas limitações como é observado em posteriores estudos de validade. Halberg e Sverke (2004), Kristensen, et al. (2005), Halbesleben, et al. (2005) assinalam a incongruência do MBI quanto à estrutura fatorial, em virtude de apresentarem dois fatores, em vez de três preconizados pelas autoras. Por outro lado, existem estudos que favorecem uma solução de três fatores, no entanto outros há, que obtiveram quatro fatores, cinco fatores e seis fatores. (Gil-Monte, 2005; Vanheule et al., 2007). Esta variabilidade da dimensionalidade fatorial pode ser contudo, não uma propriedade do instrumento, mas sim um artefacto das análises (exploratórias) e/ou das amostras estudadas. Para além disso, os estudos salientam a fraca correlação apresentada pela dimensão realização pessoal com as outras duas escalas. A forma como os itens se encontram redigidos, formulação unidimensional dos itens em cada subescala, pode ainda estar na origem de algumas discrepâncias observadas nos estudos de validade do MBI para outras populações que não a americana (Qiao et al., 2011; Shirom et al., 2006; Taris, Le Blanc, Schaufeli & Schreurs, 2005; Schaufeli & Taris, 2005). O fato de não permitir obter uma pontuação global é entendido, por alguns autores, como Kristensen, et al. (2005), que se poderá estar perante três variáveis independentes. No entanto, este aspeto acarreta uma outra fragilidade, em virtude de não haver um critério unânime entre os especialistas sobre o procedimento a adotar para se realizar um diagnóstico, nem

sobre a incidência do burnout (Halbesleben et al., 2005; Kristensen et al., 2005, Qiao et al., 2011).

O Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) foi outro dos instrumentos referenciado nos estudos em análise. Parte de uma concepção alternativa ao conceito de burnout, na medida em que o considera associado a sentimentos de exaustão física, emocional e cognitiva, decorrentes do empobrecimento contínuo dos recursos energéticos dos indivíduos resultantes da sua exposição crónica ao trabalho (Shirom, 2005; Shirom et al., 2006). Está organizado em 14 itens, que se reagrupam em exaustão física (6), exaustão cognitiva (5) e exaustão emocional (3). À semelhança do MBI-GS, também o SMBM pode ser aplicado a outros contextos profissionais, não se cingindo apenas ao contexto assistencial.

Em relação às investigações desenvolvidas com este instrumento observa-se que tem incidido sobre a associação entre as propriedades psicométricas e as variáveis psicofisiológicas. No entanto, verifica-se a falta de dados empíricos que comprovem a sua composição fatorial tripla, o que leva a questionar se a composição apresentada por Shirom e Melamed (2006), não recorre a um fator unidimensional relacionado com a exaustão e as suas respetivas componentes.

Demerouti, et al. (2002), no sentido de resolver as limitações apresentadas pelo MBI, desenvolveram o Oldenberg Burnout Inventory (OLBI). Este instrumento surge de um modelo teórico fundamentado na relação entre as exigências-recursos laborais, em que a dimensão exaustão resultaria do excesso de exigências laborais enquanto a dimensão *disengagement* provinha da falta de recursos profissionais (Shirom, 2005). Apesar da sua versão original ser composta por 15 itens, foi convertida em 16 itens, de modo a corresponder a uma necessidade identificada, a do equilíbrio dos itens. Desta forma, cada uma das dimensões passou a ser composta por 4 itens positivos e 4 negativos (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009; Shirom et al., 2006; Qiao et al., 2011).

De acordo com Halbesleben e Demerouti (2005), o OLBI é um instrumento com boas propriedades psicométricas. Porém não tem sido utilizado em amostras de língua inglesa, o que poderá constituir uma limitação, contribuindo para a falta de evidências de que a tradução da escala para outra língua que não a original possua propriedades psicométricas aceitáveis. Todavia, com vista a colmatar esta fragilidade, em 2005 foi traduzido para o inglês, por Halbesleben e Demerouti (2005), tendo sido realizado um estudo que envolveu uma amostra de 2599 funcionários da EU. Uma das críticas proferidas por alguns estudos prende-se com a função de falta de compromisso, uma vez que não a consideram propriamente uma componente central do burnout, mas como uma parte do processo e de uma resposta que se gera em função do mesmo (Shirom, 2005).

O Copenhagen Burnout Inventory (CBI), desenvolvido por Kristensen, Borritz, Villadsen e Christensen, em 2005, resulta de uma ampla crítica ao marco teórico e à proposta do MBI. Estes autores tinham como objetivo fundamental propor um instrumento de avaliação do burnout que pudesse ser aplicado ao contexto profissional, em geral, ao trabalho especificamente assistencial e ao contexto pessoal, independentemente da atividade profissional (Kristensen et al., 2005; Schaufeli et al., 2009). A proposta de diferenciação entre o burnout relacionado com o trabalho e o relacionado com os clientes pretende ir ao encontro de dois modelos etiológicos do burnout: aquele que propõe a sua derivação das relações com o cliente é o burnout do tipo interpessoal e em definitivo assistencial, ao passo que o burnout profissional refere-se a profissões não assistenciais, gerado a partir das características da tarefa e da organização. O CBI é composto por 19 itens integrados em três dimensões: relacionados com os aspetos pessoais, "*personal burnout*" (6 itens, representando o quanto o indivíduo se sente cansado ou exausto, em geral); relacionado com o trabalho, "*work-related burnout*" (7 itens, o grau de exaustão física ou psicológica que é percebida pelo sujeito como relacionada ao trabalho) e relacionado com o cliente, "*client-related burnout*" (6 itens, o quanto a exaustão da pessoa é atribuída ao seu

trabalho com outras pessoas). (Kristensen et al., 2005; Schaufeli et al., 2009; Shimizutani et al., 2008) O que o diferencia do MBI deve-se à exclusão dos elementos referentes à despersonalização e realização pessoal incidindo apenas na exaustão física e emocional. (Schaufeli et al., 2005) Num estudo realizado na Dinamarca, o CBI revelou uma boa validade interna, sendo o alfa de Cronbach de 0,85 a 0,87. (Kristensen et al., 2005).

2.1.3.3. Prevalência do burnout

A incidência do burnout tem sido um dos aspetos que mais tem contribuído para o aumento de estudos empíricos, nos mais diversos países. As populações que mais têm sido estudadas são os profissionais da saúde, como enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais entre outras categorias profissionais. Reflexo desta realidade é a nossa própria revisão, em que 30,5% dos estudos considerados dizem respeito à prevalência da síndrome de burnout.

Contudo são perceptíveis, algumas divergências nos resultados alcançados. Numa análise mais em pormenor verifica-se que num estudo realizado em Inglaterra, os valores obtidos na dimensão exaustão emocional foram considerados elevados atendendo a que 33% da amostra revelava elevação nesta dimensão, por sua vez verificou-se igualmente uma percentagem elevada na dimensão despersonalização (17%) e na dimensão referente à baixa realização pessoal com 36% (Oyefeso, Clancy & Farmer, 2008). Nesta linha, encontram-se alguns estudos realizados em Espanha, nomeadamente Sos Tena, et al. (2002), Grau, Suñer e García (2005) e Noguera e Francês (2008), na medida em que os valores na dimensão exaustão emocional oscilam entre os 40,6% e os 42,6%. Em relação à dimensão despersonalização, os resultados são igualmente acentuados, em virtude de variarem entre os 23% e os 43,5%. No entanto, na dimensão realização pessoal verifica-se que, ainda que mais baixos, do que nas dimensões anteriores, os resultados encontram-se em consonância com o estudo de Oyefeso, Clancy e Farmer (2008), dado que foram

reportados níveis de baixa realização na ordem dos 24,3% a 38,6%. Todavia em contra ciclo surge o estudo de Pera e Serra-Prat (2002), uma vez que os valores foram substancialmente inferiores para cada uma das três dimensões (13,9% EE; 11,1% DP e 6,6% baixa RP). Porém Kareaga, Exeberría e Smith (2008) e Kitze e Rodrigues (2008), nos seus estudos reportam índices de exaustão emocional entre os 28,6% e os 28,8%, no entanto nas restantes dimensões observa-se uma diferença substancial, dado que no estudo de Kareaga, et al. (2008), os resultados são significativamente inferiores aos do estudo de Kitze, et al. (2008). Gil-Monte (2000) considera que as estatísticas dos estudos parecem inflacionadas, na medida em que apontam para índices elevados de burnout (Kareaga et al., 2008; Oyefeso et al., 2008; Pereda-Torales, et al., 2009; Sos Tena et al., 2002). Contudo as suas investigações sugerem percentagens significativamente inferiores, na ordem dos 10 a 12%, particularmente nos profissionais das áreas assistenciais.

Em consonância com o proferido por Gil-Monte, observa-se que em Portugal os estudos apresentam uma prevalência da síndrome de burnout que oscila entre os 1,9% e os 20,6%. No entanto, é de assinalar a maior dispersão dos resultados obtidos, particularmente nas dimensões exaustão emocional e realização pessoal.

Num estudo realizado com profissionais de saúde apenas 9,8% dos participantes revelavam exaustão emocional e 1,4% despersonalização, situando-se a baixa realização pessoal entre o 1,5 e os 2,8% (Ribeiro, Gomes & Silva, 2010). O estudo realizado por Silva e Gomes (2009), igualmente em profissionais de saúde, foi perceptível que nenhuma das três dimensões apresenta valores acentuados, uma vez que obtiveram 6% na exaustão emocional, 2% da dimensão realização pessoal e 1% na despersonalização. Ainda que os resultados apresentados por Gomes, Cruz e Cabanelas (2009) nas dimensões despersonalização (4%) e realização pessoal (1%) não diferem dos estudos anteriores, verificam-se índices mais acentuados ao nível da exaustão emocional (15%). Todavia, Varoli e Souza (2004), num estudo realizado com profissionais de saúde mental constataram que 20,6% apresentavam elevada

exaustão emocional, 5,2% elevada despersonalização e 3,5% baixa realização pessoal. Por sua vez, Vicente e Oliveira (2012) numa amostra de prestadores de cuidados a idosos doentes crónicos obtiveram resultados concordantes com os verificados por Varoli, et al. (2004), dado que 19,6% apresentavam elevação na dimensão exaustão emocional, 5,9% despersonalização e 2,6% baixa realização pessoal. Por seu turno, noutro estudo realizado por estes autores no âmbito da intervenção social, os resultados foram divergentes em particular na subescala exaustão emocional, em virtude de apenas 9,1% dos participantes revelar aumento na dimensão exaustão emocional (Vicente & Aragão Oliveira, 2011). Todavia, num estudo realizado com profissionais de saúde, entre Portugal e Brasil, observou-se que os resultados foram substancialmente inferiores ao nível da exaustão emocional (2,3%) e da despersonalização (0,9%) e mais acentuados ao nível da baixa realização pessoal (59,8%) (Dias, Queirós & Carlotto, 2010).

À semelhança do observado em Portugal, no México num estudo realizado com médicos constatou-se que dos participantes envolvidos cerca de 10,9% exaustão emocional e 6% na dimensão de despersonalização (Pereda-Torales et al., 2009).

2.1.3.4. Potenciais Correlações

Nas últimas décadas têm-se assistido à proliferação de estudos empíricos que procuram apurar a existência de correlações entre as variáveis sociodemográficas, laborais e organizacionais e as três dimensões do burnout, exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

No que se refere às variáveis associadas ao contexto profissional verifica-se que os estudos sustentam que a sobrecarga laboral constitui um preditor significativo para a exaustão emocional, mas não para a realização pessoal quer seja em homens quer em mulheres (Glasberg, Erihsson & Norberg, 2007; Kareaga et al., 2008; Zamora et al., 2008). Outro dado assinalável relaciona-se com a falta de reciprocidade que aparece como preditor significativo da exaustão emocional para ambos os sexos,

embora apenas tenha resultado como preditor na dimensão realização pessoal nas mulheres (Gil-Monte et al., 2005) Para além disso, o apoio social e os conflitos interpessoais foram considerados preditores significativos da exaustão emocional e da realização pessoal (Gil-Monte et al., 2005; Lyod, King & Chenoweth, 2002; Souza & Silva, 2002). Para Kareaga et al. (2008) variáveis como a falta de expectativas profissionais e de reconhecimento, assim como uma supervisão deficiente podem constituir-se preditores da Síndrome de Burnout (Grau, et al., 2005; Lloyd et al., 2002; Varoli et al., 2004). Por outro lado, os estudos, ainda, evidenciam que a variável exaustão emocional aparece regularmente correlacionada com variáveis como a pressão de tempo, conflitos e ambiguidade de papel profissional enquanto as dimensões despersonalização e diminuição da realização pessoal aparecem regularmente correlacionadas à baixa autonomia e poder de decisão e falta de suporte de colegas e chefias. (Gil-Monte, et al., 2005; Gisbert et al., 2008; Glasberg, et al., 2007; Kareaga, et al., 2008; Varoli et al., 2004; Zamora et al., 2008).

No âmbito dos fatores relacionados com o indivíduo, verifica-se que as investigações têm dado particular relevância, a variáveis como: o género, a idade, o estado civil, características da personalidade e com particular destaque para as estratégias de coping (Pera et al., 2002; Zamora et al., 2008).

No que se refere ao género, verifica-se que as investigações diferem na medida em que nalguns infere-se que as mulheres obtêm valores mais elevados na dimensão exaustão emocional e baixa realização pessoal ao passo que nos homens as maiores elevações verificam-se na dimensão despersonalização. (Carlotto, 2011; Dias, et al., 2010; Ebling & Carlotto, 2012; Glasberg, et al., 2007; Gomes, Cabanelas, Macedo, Pinto & Pinheiro, 2008; Gomes, et al., 2009; Grau; Flichtentrei; Suñer; Prats & Braga, 2009; Jimenez, Lara, Muñoz, Chavez & Loo, 2006; Vicente et al., 2011). Contudo, noutros estudos essas diferenças de pontuações não são tão evidentes ou há uma maior prevalência nos homens (Ebling et al., 2012; Gil-Monte, et al., 2005; Gisbert, et al., 2008; Grau, et al., 2005; Lyod & King, 2004; Sos et al., 2002).

Noutro estudo realizado com profissionais de saúde, os resultados sugerem que as variáveis idade e tempo de profissão não influenciam significativamente as três dimensões do burnout, embora salientem que o burnout foi mais acentuado nos primeiros anos de profissão (Souza, et al., 2002). Discordante com estes resultados, surgem os estudos de Sos Tena, et al. (2002), Dias, et al. (2010) que verificaram que a idade parece desempenhar um papel moderador, de maneira que os profissionais com mais idade evidenciam menores níveis de burnout, o que leva a considerar que a experiência de burnout, ocorre com maior frequência nos profissionais mais jovens.

Outras investigações sugerem que as pessoas com maior grau acadêmico estão mais propensas a desenvolver a síndrome de burnout, na medida em que se observa que com o aumento das habilitações literárias também é evidente um aumento progressivo da exaustão emocional, mais do que das outras dimensões. (Jiménez et al., 2006; Silva & Carlotto, 2008).

Estudos ao procurarem apurar a relação entre os fatores de personalidade e o burnout, como o de Souza e Silva (2002) verificaram que o padrão de personalidade tipo A mostrou-se um preditor significativo do burnout, da exaustão emocional e da despersonalização. No entanto, Zamora e Castejón (2004) reforçam estes dados, embora tenham observado uma relação positiva entre este tipo de personalidade e a dimensão realização pessoal. Por sua vez, tem sido referenciado que o traço de ansiedade é um preditor significativo do burnout e de todas as suas dimensões exceto na dimensão realização pessoal. Deste modo inferem que os indivíduos com um alto traço de ansiedade são mais vulneráveis ao *stress ocupacional* e ao burnout (Glasberg et al., 2007; Grau, et al., 2009; Souza et al., 2002).

Para além disso, os estudos revelam que profissionais com maiores índices de neuroticismo parecem apresentar menores índices de exaustão emocional e despersonalização. Contudo, num estudo realizado no Irão verifica-se o neuroticismo apresenta uma relação positiva com a exaustão emocional ao passo que a extroversão apresenta uma relação negativa (Jahanbakhsh, Arjenaki, Nori & Oreyzi,

2009). Relativamente à dimensão despersonalização constatou-se que o neuroticismo tem uma relação positiva enquanto a agradabilidade uma relação negativa com esta dimensão. Por outro lado, referir que variáveis como a extroversão e agradabilidade tem uma relação negativa com a reduzida realização pessoal (Jahanbakhsh, et al., 2009). Além disso, os estudos sugerem a existência de relações positivas entre o locus de controlo externo e a despersonalização (Shimizutani et al., 2008; Zamora et al., 2004).

Quanto à possível relação entre as estratégias de coping e o posterior desenvolvimento do burnout, os estudos sugerem que determinadas estratégias de coping, nomeadamente estratégias mais defensivas, como de evitação ou negação, influenciam positivamente o burnout (Zamora, Castejón & Fernandez, 2004). Por sua vez, as estratégias de coping centradas na resolução do problema ou no controlo influenciam negativamente o burnout. (Kareaga, et al., 2008; Zamora, et al., 2004).

2.1.3.5. Intervenção para diminuir o Burnout

Ao reconhecer-se a síndrome de burnout, como uma das enfermidades associada ao trabalho, que mais custos acarreta para os trabalhadores, quer a nível individual, familiar e para as próprias organizações, os investigadores têm alertado para a importância dos programas de intervenção, nos quais se torna imperativo não só ter em consideração o contexto em que ocorre, mas também conhecer todos os riscos psicossociais que possam contribuir para a sua evolução. Pois só assim se poderá estruturar intervenções eficazes (Gascón et al., 2003; Grazziano et al., 2010).

De entre as estratégias mais difundidas na literatura encontra-se as denominadas intervenções multimodais, como a utilização de técnicas de relaxamento, que englobam o controlo de respiração, meditação e musicoterapia, associadas a módulos educacionais que ensinam o indivíduo a reconhecer o stress e o burnout. Como é o caso dos “Burnout Workshops”, seminários compostos por sessões teóricas e práticas sobre a maneira de lidar com o stress no trabalho de forma eficaz, tendo em

vista a identificar o burnout num estágio inicial e preveni-lo (Moreno, Gil, Haddad & Vannuchi, 2011; Ro, Tyssen, Hoffart, Sexton, Aasland & Gude, 2010).

Para além disso, têm-se observado a existência de uma panóplia de técnicas para o controlo do stress e do burnout, designadamente as técnicas cognitivas como a reestruturação cognitiva, biofeedback, resolução de problemas, treino de assertividade, gestão do tempo, fomentar estratégias de coping e técnicas de autocontrolo direcionadas para as consequências comportamentais (Günúsen & Ustun, 2009; Le Blanc, Hox, Schaufeli, Taris & Peeters, 2007; Moreno et al., 2011; Scarnera, Bosco, Soleti & Lancioni, 2009; Van Dierenconck, Garssen & Visser, 2005).

Com relação à eficácia das intervenções para a redução do stress ocupacional com foco no individuo, alguns autores concluíram que as intervenções cognitivo-comportamentais foram significativamente mais eficazes que as técnicas multimodais. As técnicas, cognitivo-comportamentais, parecem ser mais eficazes para melhorar a percepção de qualidade de vida no trabalho, melhorar os recursos psicológicos para lidar com o stress e reduzir as queixas relacionadas à sua presença (Grazziano et al., 2010; Le Blanc et al., 2007; Scarnera et al., 2009) De acordo com Scarnera et al. (2009), a eficácia da intervenção utilizando técnicas cognitivo-comportamentais revelou ter um efeito positivo na despersonalização. (Paris et al., 2009) Por sua vez Maslach e Schaufeli (1993), consideram que as intervenções orientadas individualmente para o desenvolvimento de estratégias efetivas de coping ou de relaxamento, podem auxiliar no alívio da exaustão emocional, mas não se revelam úteis para os outros dois componentes, já que as estratégias são inefectivas no local de trabalho, onde as pessoas têm pouco controlo sobre os stressores profissionais. (Maslach, 2003).

Embora tenham sido consideradas de suma importância as intervenções que incidam na organização, têm sido poucos os estudos empíricos que procedam à avaliação deste tipo de intervenção. Porém, vários especialistas têm argumentado que uma boa intervenção é aquela que contempla todos os níveis, não só o individual e

interpessoal mas também o organizacional. Apesar deste tipo de intervenção parecer ter efeitos mais efetivos ao nível da redução do burnout têm sido consideradas intervenções mais dispendiosas. (Kompier & Kristensen, 2003; Moreno, et al., 2011)

Uma abordagem que se tem revelado promissora, na interação do contexto ocupacional e o indivíduo, é a que assenta o foco nas mudanças de expectativas e equidade social. Exemplos disso são o programa de intervenção em grupo desenvolvido por Van Dierendonck, Schaufeli e Buunk (1998). Este programa tem por base a adaptação dos objetivos e expectativas há atual situação de trabalho. É uma intervenção com evidências de eficácia na redução do burnout. (Salmera-Aro, Naatanen & Nurmi, 2004) Nesta linha, surge o trabalho desenvolvido por Salmera-Aro et al. (2004), que compararam a eficácia de dois métodos de psicoterapia - terapia de grupo experimental e grupanálise. Ambas as intervenções tinham como objetivo trabalhar com os funcionários as metas de cada um em relação ao trabalho, proporcionar aos funcionários a oportunidade de refletir e discutir a sua relação com o trabalho, a sua identificação com a organização e os papéis por eles assumidos no seu próprio trabalho. Da avaliação da intervenção verificou-se que ambas as intervenções psicoterapêuticas foram eficazes na diminuição de sintomas graves do burnout.

Uma análise detalhada da literatura sobre as intervenções de gestão de stress também destaca a importância do apoio social. De acordo com McLeroy, Gottlieb, e Heaney (2002), as intervenções que reduzam a tensão e os conflitos interpessoais e que fortalecem os laços sociais contribuem para a diminuição do stress e fomentam a saúde do trabalhador (Le Blanc et al., 2007). Por outro lado, em áreas como a oncologia, verifica-se que um dos métodos frequentemente utilizados para auxiliar os prestadores de cuidados são os grupos de suporte. Estes grupos consistem em reuniões regulares durante as quais os prestadores de cuidados têm a oportunidade para partilhar experiências pessoais, de trabalho e sentimentos com os colegas

num ambiente de suporte, sem julgamento (Lambie, 2006; Ro, Gude, Tyssen & Aasland, 2008).

As investigações sugerem a supervisão clínica, como outra forma de intervenção, que tem benefícios na prevenção do burnout. Contudo, os estudos indicam a existência de contradições quanto à sua eficácia na redução dos níveis de burnout. Estudos realizados na Escandinávia indiciam que a participação em grupos de supervisão clínica não revelou qualquer efeito na redução do burnout. Por sua vez, outros evidenciam, que ao longo do tempo, a supervisão clínica se revela eficaz quer na estabilização, quer na redução dos níveis de burnout. (Edwards, et al., 2006; Fearon & Nicol, 2011; Morales-Carmona, Meléndez, Coqui & Bravo, 2009). No estudo realizado por Hickey e Egan (2000) confirmou-se que os psicólogos irlandeses que beneficiavam de uma supervisão regular, apresentavam níveis significativamente mais baixos de esgotamento emocional do que os que não tinham supervisão. Blomberg e Sahlberg-Bloom (2007) alertaram para o recurso à supervisão clínica, como uma possível estratégia preventiva por causa dos seus elementos de reflexão e suporte. As suas descobertas reforçam a importância de os enfermeiros confrontarem e entenderem as suas emoções no lidar com as suas necessidades e a dos outros de forma mais construtiva (Edwards et al., 2006; Fearon et al., 2011; Morales-Carmona et al., 2009).

2.1.4. Discussão

O burnout é um constructo que varia consoante o modelo teórico subjacente, traduzindo-se na ausência de uma definição consensual entre os investigadores. Ao analisar-se as conceptualizações anteriormente proferidas verifica-se que existem pontos em comum, nomeadamente o fato de estar associado ao contexto profissional, consistir numa experiência de stress individual num contexto de relações sociais complexas que envolvem o conceito de pessoa, tanto o Self e os Outros e decorre da discrepância entre os esforços realizados e alcançados. De acordo com o referido por

alguns autores, a dimensão central da síndrome é a exaustão emocional, embora possam estar presentes, outras manifestações como o distanciamento face aos outros, atitudes negativas face ao trabalho e outros sintomas psicológicos como a baixa autoestima, ansiedade e irritabilidade.

As qualidades psicométricas do Maslach Burnout Inventory (MBI) têm sido avaliadas por diferentes investigadores, em diversos contextos e países. Na sua versão original, o MBI-HSS apresenta uma elevada consistência interna nas suas três dimensões. Porém ao analisarem-se investigações realizadas, na sua maioria fora dos EUA, observa-se que o MBI-HSS na sua generalidade apresenta uma consistência interna satisfatória, particularmente nas dimensões exaustão emocional e realização pessoal. Todavia, das três dimensões a que revela maiores fragilidades, quando utilizado em amostras não anglo-saxónicas, ao nível da fiabilidade é a despersonalização, em virtude, de os resultados serem substancialmente inferiores aos apresentados pela versão original (EUA: 0,79; Outros estudos: 0,42 a 0,66). Em concordância com o preconizado por Kristensen et al, (2005), a discrepância encontrada nos estudos de adaptação do MBI para outras línguas, poderá dever-se mais aos fatores associados ao género, cultura e contexto socioeconómico, do que propriamente devido a questões técnicas e fiáveis da tradução, atendendo a que o instrumento foi criado para a população americana. Todavia será de destacar que, ainda que apresente algumas fragilidades, o MBI tem-se revelado um dos instrumentos com propriedades psicométricas aceitáveis e com uma vasta utilização a nível nacional e internacional.

Embora o SMBM venha introduzir alguma inovação em relação ao MBI, tornando mais clara a diferenciação entre exaustão cognitiva, física e emocional, existem poucos estudos empíricos que comprovem a sua composição fatorial, o que poderá contribuir para a sua menor difusão. Por sua vez o OLBI revela a falta de evidências empíricas de que a tradução para outra língua que não a original possua igualmente propriedades psicométricas aceitáveis.

No nosso entender, o Copenhagen Burnout Inventory (CBI) apresenta-se como um instrumento promissor no âmbito da investigação do burnout, pelo fato de colmatar algumas das fragilidades apresentadas pelo MBI. No entanto, carece de mais estudos de adaptação e validação para outros contextos profissionais, mas acima de tudo em outros países que não o de origem.

No que se refere à incidência do burnout, parece-nos pertinente tecer algumas considerações, particularmente em relação à discrepância dos resultados obtidos. De acordo com a nossa análise uma das possíveis explicações parece dever-se ao fato de não haver um critério unânime utilizado pelos investigadores para apurar os valores de cada uma das dimensões. Observa-se que existem estudos que seguem os critérios sugeridos por Maslach e Jackson (1981), enquanto outros adotam a diretrizes alvitadas por Shirom (1989), que considera, na ausência de pontos de corte validados para a população em estudo, numa escala de tipo de Likert, é uma alternativa válida ter por base a frequência dos sintomas para identificar os níveis de burnout. Ora invariavelmente influenciará os resultados que são apresentados pelas investigações. Por outro lado, a composição e a dimensão das amostras em estudo, também poderá contribuir para a divergência dos resultados.

De acordo com um conjunto de estudos empíricos realizados verifica-se que a variável exaustão emocional aparece regularmente correlacionada com variáveis como a sobrecarga laboral, pressão de tempo, conflitos e ambiguidade de papel profissional, tempo de profissão e falta de reciprocidade enquanto as dimensões despersonalização e diminuição da realização pessoal aparecem regularmente correlacionadas há baixa autonomia e poder de decisão e falta de suporte de colegas e chefias. As variáveis individuais mais assinaladas pelas investigações foram a idade que parece desempenhar um papel moderador. Contudo, alguns autores sugerem a influência das habilitações literárias nas dimensões do burnout. Porém não há consenso no que se refere à variável género, o que em parte poderá ser explicável

pela composição das amostras, dado que as profissões de relação de ajuda, como a saúde e intervenção social, são na sua maioria desenvolvidas por mulheres.

Evidências empíricas salientam a forte correlação entre algumas características da personalidade e o burnout, com particular enfoque para a personalidade do tipo A, locus de controlo, traços de ansiedade, neuroticismo entre outras.

Os contributos teóricos e práticos das investigações, na área da intervenção para a redução do burnout, são particularmente paradoxais, embora confirmem, aos fatores sociais e organizacionais, um papel de maior preponderância no desenvolvimento do burnout, têm colocado a ênfase nas estratégias individuais (Le Blanc *et al*, 2007). Uma das explicações avançadas por Grazziano e Bianchi (2010) deve-se ao fato de serem mais fáceis de implementar, sem que comprometam as rotinas de trabalho. Para além de poderem ser adaptadas às necessidades individuais do grupo profissional. Deste modo, verifica-se uma menor frequência de estudos que incidam sobre programas de intervenção nas organizações, o que em parte também se poderá dever à sua complexidade, na medida em que requerem o envolvimento de vários intervenientes e níveis da organização. Associado ao fato de haver um certo desconhecimento por parte dos gestores e diretores das instituições públicas e privadas, da natureza transacional do stress ocupacional, assim como o receio de que as mudanças no processo do trabalho possam acarretar prejuízos financeiros e conduzir ao aumento de custos. Todavia, partilhamos da perspetiva de Kompier e Kristensen (2003), que referem que existe uma certa dificuldade em conduzir estudos de intervenção e de avaliação metodologicamente válidos num contexto organizacional turbulento, sendo a execução destas intervenções percebida como fator desestabilizador que contribui para atrasos nos processos organizacionais primários e comprometer a imagem da empresa, ao se exporem a investigadores externos. No entanto, cada vez mais a comunidade científica vai alertando para a necessidade de se intervir ao nível da redução de possíveis fatores de risco existentes no meio profissional, como forma de prevenir e reduzir o burnout. A metodologia

utilizada nestes estudos tem sido criticada atendendo a que na sua maioria são descritivos, cross-sectional e não randomizados, em vez de serem estudos experimentais, longitudinais e randomizados.

O burnout revela-se uma das prioridades da investigação na área da saúde mental e ocupacional, por se constituir uma das enfermidades que mais custos acarreta para os trabalhadores, quer a nível individual, familiar e para as próprias organizações. Sendo premente continuar, embora urge desenvolver outras linhas de investigação, com recurso a estudos qualitativos que possam auxiliar na compreensão processos subjetivos associados ao fenómeno, nomeadamente a exaustão emocional e a despersonalização.

2.1.5. Referências

- Carlotto, M. (2011) O impacto de variáveis sociodemográficas e laborais na síndrome de burnout em técnicos de enfermagem. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14, 1, 165-185.
- Dias, S., Queirós, C., & Carlotto, M. (2010) Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: Um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*, 32, 4-21.
- Ebling, M., & Carlotto, M. S. (2012) Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. *Trends Psychiatry Psychotherapy*, 34, 2, 93-100.
- Edwards, D., Burnard, P., Hannigan, B, Cooper, I., Adams, J., Juggessur, T., ... Coyle, D. (2006) Clinical supervision and burnout: The influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1007–1015.
doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01370.x
- Fearon, C., & Nicol, M. (2011) Strategies to assist prevention of burnout in nursing staff. *Nursing Standard*, 26, 14, 35-39.
- Gascón, S., Olmedo Montes, M., & Ciccotelli, H. (2003) La prevención del burnout en las organizaciones: El chequeo preventivo de Leiter y Maslach (2000). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 1, 55-66.
doi:http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3942
- Gil-Monte, P. (2005) Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista de Saúde Pública*, 39, 1, 1-8.
- Gil-Monte, P., Carretero, N., & Roldán, M^a (2005) Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 11, 3, 281-290.

- Gisbert, M. F., De Los Fayos, E. J., & Montesinos, M. D. (2008) Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*, 20, 3, 361-368.
- Glasberg, A. L., Erihsson, S., & Norberg, A. (2007) Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57, 4, 392–403. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04111.x
- Gomes, A. R., Cabanelas, S., Macedo, V., Pinto, C., & Pinheiro, L. (2008) Stresse, saúde física, satisfação e “burnout” em profissionais de saúde: Análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar. In M. G. Pereira, C. Simões, & T. McIntyre (Eds) *Actas do II Congresso Família, Saúde e Doença: Modelos, Investigação e Prática em diferentes contextos de Saúde* (2ª ed, Vol. IV, pp. 178-192). Braga: Universidade do Minho.
- Gomes, A., Cruz, J., & Cabanelas, S. (2009) Estresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros Portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, 3, 307-318.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., & Braga, F. (2009) Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario Hispanoamericano y Español (2007). *Revista Española Salud Pública*, 83, 2, 215-230.
- Grau, A., Suñer, R., & García, M. (2005) Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19, 6, 463-470.
- Grazziano, E. S., & Ferraz Bianchi, E. R. (2010) Impacto del stress ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global*, 18, 1-20. Retirado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/93801/90451>
- Günösen, E., & Üstün, B. (2009) Turkish nurses' perspectives on a programme to reduce burnout. *International Nursing Review*, 56, 237–242. doi:10.1111/j.1466-7657.2008.00682.x

- Halbesleben, J. R., & Buckley, M. R. (2004) Burnout in organizational life. *Journal of Management*, 30, 6, 859-879. doi:10.1016/j.jm.2004.06.004
- Halbesleben, J. R., & Demerouti, E. (2005) The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work & Stress*, 19, 3, 208-220. doi:10.1080/02678370500340728
- Hallberg, U., & Sverke, M. (2004) Construct validity of the Maslach Burnout Inventory: Two Swedish health care samples. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 4, 320–338. doi:10.1027/1015-5759.20.4.320
- Jahanbakhsh Ganjeh, S., Omid Arjenaki, N., Nori, A., & Oreyzi, H. R. (2010). The relationship of personality characteristics and burnout among nurses. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 14, 4, 190-194.
- Jiménez, B. M., Lara, R. M., Muñoz, A. R., Chavez, A. P., & Loo, M. M. (2006). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: Prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y Salud*, 16, 1, 5-13.
- Kareaga, A. A., Exeberria, S. A., & Smith, J. C. (2008) Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24, 2, 235-252.
- Kitze, S., & Rodriguez, A. (2008) Burnout em Oncologia: Um estudo com profissionais de enfermagem. *Revista do Hospital Israelita Albert Einstein*, 6, 2, 128-133.
- Kompier, M. A., & Kristensen, T. S. (2003) As intervenções em estresse organizacional: Considerações teóricas, metodológicas e práticas. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 6, 37-58.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. (2005) The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19, 3, 192-207. doi:10.1080/02678370500297720
- Lambie, G. W. (2006) Burnout prevention: A humanistic perspective and structured group supervision activity. *Journal of Humanistic Counselling, Education and Development*, 45, 32-44. doi:10.1002/j.2161-1939.2006.tb00003.x

- Le Blanc, P. M., Hox, J. J., Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Peeters, M. C. (2007) Take care! The evaluation of a team-based burnout intervention program for oncology care providers. *Journal of Applied Psychology, 92*, 1, 213–227. doi:10.1037/0021-9010.92.1.213
- Llyod, C., & King, R. (2004) A survey of burnout among Australian mental health occupational therapists and social workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*, 752–757. doi:10.1007/s00124-004-0808-7
- Llyod, C., King, R., & Chenoweth, L. (2002) Social work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health, 11*, 3, 255–265. doi:10.1080/09638230020023642
- Maslach, C. (2003) Job Burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science, 12*, 5, 189-192. doi:10.1111/1467-8721.01258
- Montero-Marín, J., García-Campayo, J., Mera, D., & López, Y. (2009) A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology, 4*, 31, 1186-1190. doi:10.1186/1745-6673-4-31
- Morales-Carmona, F., Meléndez, J. C., Coqui, M. L., & Bravo, C. S. (2010) La supervisión como detonador de estrés en la práctica médica: Recomendaciones para su manejo. *Perinatología Reproducción Humana, 24*, 3, 187-193. Retirado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip103f.pdf>
- Moreno, F. N., Gil, G. P., Haddad, M. C., & Vannuchi, M. T. (2011) Estratégias e intervenções no enfrentamento da síndrome de burnout. *Revista enfermagem. UERJ, 19*, 1, 140-145.
- Noguera, L., & Francês, F. (2008) Estudio descriptivo del síndrome de burnout en una muestra de profesionales de enfermería en el área sur de Gran Canaria. *Ansiedad y Estrés, 14*, 1, 101-113.
- Oyefeso, A., Clancy, C., & Farmer, R. (2008) Prevalence and associated factors in burnout and psychological morbidity among substance misuse professionals. *BMC Health Services Research, 8*, 1, 39. doi:10.1186/1472-6963-8-39

- Paris, M., & Hoge, M. (2009) Burnout in the mental health workforce: A review. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 37, 4, 519-528.
- Pera, G., & Serra-Prat, M. (2002) Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, 16, 6, 480-486. doi:10.1016/S0213-9111(02)71968-7
- Pereda-Torales, L., Celedonio, M., Guillermo, F., Hoyos Vásquez, M. T., & Yáñez Zamora, M. I. (2009) Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*, 32, 5, 399-404.
- Qiao, H., & Schaufeli, W. (2011) The convergent validity of four burnout measures in a Chinese sample: A confirmatory factor-analytic approach. *Applied Psychology: An International Review*, 60, 1, 87–111. doi:10.1111/j.1464-0597.2010.00428.x
- Ribeiro, L., Gomes, A., & Silva, M. (2010) Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M. C. Taveira (Eds) *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1494-1508). Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia. Retirado de <http://www.actassnip2010.com>
- Richardsen, A. M., & Martinussen, M. (2004) The Maslach Burnout Inventory: Factorial validity and consistency across occupational groups in Norway. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 3, 377–384.
doi:10.1348/0963179041752691
- Ro, K. E., Gude, T., Tyssen, R., & Aasland, O. G. (2008) Counselling for burnout in Norwegian doctors: One year cohort study. *BMJ*, 337 a 2004..
doi:10.1136/bmj.a2004
- Ro, K. E., Tyssen, R, Hoffart, A., Sexton, H., Aasland, O. G., & Gude, T. (2010) A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians. *BMC Public Health*, 10,

- 1, 213. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-213.pdf>
- Ruíz, C. O., & Ríos, F. L. (2004) El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 1, 137-160.
- Salmela-aro, K., Näätänen, P., & Nurmi, J. (2004) The role of work-related personal projects during two burnout interventions: a longitudinal study. *Work & Stress*, 18, 3, 208-230. doi:10.1080/02678370412331317480
- Scarnera, P., Bosco, A., Soletti, E., & Lancioni, G. (2009) Preventing burnout in mental health workers at interpersonal level: An Italian pilot study. *Community Mental Health Journal*, 45, 3, 222–227. doi:10.1007/s10597-008-9178-z
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2005) The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress*, 19, 3, 256-262. doi:10.1080/02678370500385913
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009) Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14, 3, 204-220. doi:10.1108/13620430910966406
- Shimizutani, M., Odagiri, Y., Ohya, Y., Shimomitsu, T., Kristensen, T. S., Maruta, T. & Ilmori, M. (2008) Relationship of nurse burnout with personality characteristics and coping behaviors. *Industrial Health*, 46, 4, 326–335. doi:<http://dx.doi.org/10.2486/indhealth.46.326>
- Shirom, A. (2005) Reflections on the study of burnout. *Work & Stress*, 19, 3, 263-270. doi:10.1080/02678370500376649
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006) A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13, 2, 176–200. doi:10.1037/1072-5245.13.2.176

- Silva, M. D., & Gomes, A. R. (2009) Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14, 3, 239-248.
- Silva, T. D., & Carlotto, M. S. (2008) Síndrome de burnout em trabalhadores da enfermagem de um hospital geral. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 11, 1, 113-130.
- Skirrow, P., & Hatton, C. (2007) 'Burnout' amongst direct care workers in services for adults with intellectual disabilities: A systematic review of research findings and initial normative data. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 2, 131–144. doi:10.1111/j.1468-3148.2006.00311.x
- Sørgaard, K. W., Ryan, P., Hill, R., & Dawson, I. (2007) Sources of stress and burnout in acute psychiatric care: Inpatient vs. community staff. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 10, 794–802. doi:10.1007/s00127-007-0228-6
- Sos Tena, P., Sobreques Soriano, J., Segura Bernal, J., Manzano Mulet, E., Rodriguez Munoz, C., García García, M., & Cebrià, J. (2002) Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. *Medifam*, 12, 10, 613-619.
- Souza, W. C., & Silva, A. D. (2002) A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no burnout em profissionais de saúde. *Revista Estudos de Psicologia*, 19, 1, 37-48.
- Taris, T. W., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. (2005) Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*, 19, 3, 238-255. doi:10.1080/02678370500270453
- Van Dierendonck, D., Garssen, B., & Visser, A. (2005) Burnout prevention through personal growth. *International Journal of Stress Management*, 12, 1, 62–77. doi:10.1037/1072-5245.12.1.62

- Vanheule, S., Rosseel, Y., & Vlerick, P. (2007) The factorial validity and measurement invariance of the Maslach Burnout Inventory for human services. *Stress and Health*, 23, 2, 87–91. doi:10.1002/smi.1124
- Varoli, I., & Souza, C. (2004) O sofrimento dos que tratam: Burnout em profissionais de saúde mental. In J. Ribeiro e I. Leal *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A Psicologia da saúde num mundo em mudança* (pp.691-697). Lisboa: ISPA.
- Vicente, C. S., & Aragão Oliveira, R. (2011) A prevalência da Síndrome de Burnout no contexto de assistência à terceira idade e doentes crónicos. In M. L. Chaleta (Ed) *Atas do II Congresso Internacional, Interfaces da Psicologia: Qualidade de Vida ... Vidas de Qualidade* (pp. 203-214). Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia.
- Vicente, C. S., & Oliveira, R. A. (2012) A prevalência da Síndrome de Burnout nos prestadores de cuidados a idosos e doentes crónicos. In J. Ribeiro, I. Leal, A. Pereira, P. Vagos, & I. Direito (Ed) *Atas do 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Promoção da Saúde e doenças crónicas desafios à promoção da Saúde* (pp. 1389-1396). Lisboa: Placebo, Editora, Lda.
- Vieira, I. (2010) Conceito (s) de burnout: Questões atuais da pesquisa e a contribuição da clínica. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35, 122, 269-276.
- Zamora, G. L., & Castejón, E. O. (2004) Un estudio correlacional acerca del síndrome del “estar quemado” (burnout) y su relación con la personalidad. *Apuntes de Psicología*, 22, 1, 121-136.
- Zamora, G. L., Castejón, E. O., & Fernández, I. I. (2004) Estar quemado (burnout) y su relación com el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 2, 323-336.
- Zamora, Z. E., & Sánchez, Y. E. (2008) Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13, 1, 127-142.

III.

1º Estudo:

Prevalência da Síndrome de Burnout em prestadores de cuidados a idosos e doentes crônicos

2º Artigo

Título: 3.1. Análise Fatorial do Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses

Título Abreviado: Análise Fatorial do MBI-HSS em profissionais portugueses

Autores: Carla S. Vicente¹; Rui Aragão Oliveira^{2, 3}; João Maroco³

1- Doutoranda, Departamento de Psicologia, Universidade de Évora, Évora, Portugal;

2- Doutorado em Psicologia Clínica, Psicanalista. 3 - Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (UIPES), Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA).

Estado: *PUBLICADO: PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2013.*

Correspondência

Carla Susana Vicente

Psicóloga Clínica

Doutoranda, Departamento de Psicologia, Universidade de Évora, Évora, Portugal.

Address: Av. Rovisco Pais, nº 4, 1º Dto 1049-001 Lisboa, Portugal

E-mail: csvicent@gmail.com

Phone: (+351) 91 7578563

Análise Fatorial do Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses

Resumo

O *burnout* corresponde a uma resposta prolongada a stressores interpessoais crónicos no trabalho, que sobrevém da percepção por parte do sujeito de uma discrepância entre os esforços realizados e os alcançados no seu trabalho. Pretende-se avaliar a validade fatorial e a fiabilidade do Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS), quando aplicada a uma amostra de profissionais que trabalham no âmbito da intervenção social. O estudo foi composto por uma amostra de 363 profissionais que trabalham na área da intervenção social. A recolha de amostra ocorreu entre Janeiro a Março de 2011. Os instrumentos utilizados foram: o questionário sociodemográfico e o Maslach Burnout Inventory – Human Services (HSS). Os resultados obtidos com base na Análise Fatorial Confirmatória (AFC) corroboram que o burnout, avaliado com o MBI-HSS, se ajusta a uma estrutura tridimensional. Para um bom ajustamento do modelo sugere-se a eliminação dos itens 5, 6, 7 e 22, uma vez que este modelo reduzido apresenta um ajustamento significativamente melhor à amostra, em estudo do que o modelo original. A consistência interna das dimensões exaustão emocional (0,84) e realização pessoal (0,70) do inventário foi aceitável, à exceção do fator despersonalização que apresentou valores muito baixos (0,59). O presente estudo revela que a versão adaptada do MBI-HSS produz estimativas de burnout em profissionais que trabalham no burnout âmbito da intervenção social com validade e fiabilidade razoáveis.

Palavra chave- Burnout, Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey; Análise Fatorial, Consistência Interna, Propriedades Psicométricas

**FACTORIAL VALIDITY OF THE MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI-HSS)
AMONG PORTUGUESE PROFESSIONALS**

ABSTRACT

Burnout represents a prolonged response to chronic interpersonal stressors on the job, which comes from the perception by the subject of a discrepancy between the efforts and achieved in their work. The aim is to assess the reliability and factorial validity of the Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS), when applied to a sample of professionals working in the social intervention. The study was composed of a sample of 363 professionals working in the area of social intervention. The sample collection occurred between January to March 2011. The instruments used were: sociodemographic questionnaire and the Maslach Burnout Inventory - Human Services (HSS).

The results based on Confirmatory Factor Analysis (CFA) corroborate that burnout, assessed with the MBI-HSS, fits a three-dimensional structure. A reduced version where items 5, 6, 7 and 22, were removed showed a significant better quality of fit to the sample under study than the original MBI-HSS. The internal consistency of dimensions of emotional exhaustion (.84) and personal accomplishment (.70) inventory was acceptable, except for the depersonalization factor that was low (.59). The present study shows that the MBI-HSS allows the estimation of burnout in professionals working in the social intervention with acceptable factorial validity and reliability.

Keywords: Burnout Syndrome, Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey, Factorial Validity, Reliability, Psychometric Proprieties

3.1.1. INTRODUÇÃO

O *burnout* tem sido definido como uma resposta prolongada a stressores interpessoais crónicos no trabalho. Para a maioria dos autores, o burnout sobrevém da percepção por parte do sujeito de uma discrepância entre os esforços realizados e os alcançados no seu trabalho (Montero-Marín, García, Campayo, Mera, & Hoyo, 2009; Schaufeli, Bakker, Hoogduin, Schaap, & Kadler, 2001; Schaufeli & Buunk, 1996). Sucede com frequência nos profissionais que trabalham diretamente com clientes necessitados ou problemáticos. Caracteriza-se por três dimensões chave: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (Maslach, 1981; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Por exaustão emocional entende-se um esgotamento dos recursos emocionais, morais e psicológicos da pessoa. A despersonalização representa uma distanciação afetiva ou indiferença emocional em relação aos outros, nomeadamente aqueles que são a razão de ser atividade profissional (pacientes, clientes, etc.). A realização pessoal exprime uma diminuição dos sentimentos de competência e de prazer associados ao desempenho de uma atividade profissional (Maroco & Tecedreiro, 2009).

A preocupação com o diagnóstico e avaliação da *síndrome de burnout* foi estando presente desde os primórdios das investigações, que foram emergindo acerca do constructo. Embora existam vários instrumentos para avaliar o burnout, o que se revelou mais promissor e mais difundido nas investigações empíricas, em cerca de 90%, foi o Maslach Burnout Inventory (1981) (MBI). Este instrumento foi desenvolvido por Christina Maslach e Susan Jackson, cujo objetivo visava avaliar o burnout em profissionais que trabalhavam em áreas dos serviços humanos e de saúde (Halbesleben & Demerouti, 2005; Hallberg & Sverke, 2004; Kalliath, O'Driscoll, Gillespie, & Bluedorn, 2000; Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005; Maslach et al., 1981; Moreno-Jimenez, 2007; Richardsen & Martinussen, 2004; Schaufeli et al., 1996; Seisedos, 1997; Vanheule, Rossel, & Bogaerts, 2005;

Vanheule, Rosseel, & Vlerick, 2007). Foi construído com base em entrevistas junto de profissionais que trabalhavam num contexto assistencial. Assim, as três dimensões do MBI não foram deduzidas teoricamente, mas de itens exploratórios inicialmente recolhidos para refletir a variedade de experiências associadas ao fenómeno burnout (Maslach et al., 1981; Moreno-Jimenez, 2007; Qiao & Schaufeli, 2011; Schaufeli et al., 2001; Schutte, Toppinen, Kalimo, & Schaufeli, 2000; Shirom, 2003). Face ao crescente interesse neste fenómeno foi rapidamente expandido a outras profissões, que não se encontravam associadas aos serviços humanos.

Deste modo, existem, atualmente, três versões distintas em função da área profissional: a 1ª versão, Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS), destinado a profissionais de saúde (22 itens); a segunda versão, Maslach Burnout Inventory – Educators Survey (MBI-ES), adaptado ao contexto educacional (22 itens) e a terceira versão, Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS), mais genérica, adaptada à população trabalhadora em geral, com 16 itens (Borritz, 2006; Carlotto & Câmara, 2007; Hallberg et al., 2004; Kalliath et al., 2000; Kristensen et al., 2005; Maroco et al., 2009; Maroco, Tecedero, Martins, & Meireles, 2008; Moreno-Jimenez, 2007; Schutte et al., 2000; Semedo, 2009; Shirom & Melamed, 2006). Todas as versões anteriormente citadas possuem uma estrutura tri-fatorial, obedecendo à conceptualização do burnout proposta por Christina Maslach.

Quanto à sua composição, o MBI-HSS compreende 22 afirmações que incidem sobre sentimentos e atitudes relacionados com o trabalho e com os clientes, divididos por três dimensões: Exaustão emocional (nove itens), Despersonalização (cinco itens) e Realização Pessoal (oito itens). A resposta é dada sobre a frequência com que cada sentimento ocorre numa escala ordinal que varia entre 0 “*Nunca*” a 6 “*Todos os dias*”. A escala não permite o cálculo de uma pontuação global de burnout. Assim, considera-se que um sujeito tem burnout quando obtém resultados elevados na dimensão exaustão emocional e despersonalização e baixa realização pessoal (Carlotto et al., 2007; Hallberg et al., 2004; Kristensen et al., 2005; Maroco et al.,

2008; Maroco et al., 2009; Maslach et al., 1981; Moreno-Jimenez, 2007; Qiao et al., 2011; Richardsen et al., 2004; Schaufeli et al., 1996; Schaufeli et al., 2001; Seisdedos, 1997; Semedo, 2009; Shirom, 2003; Vanheule et al., 2007).

No que se refere às suas propriedades psicométricas, o Maslach Burnout Inventory, nas suas três versões, têm sido alvo de diversos estudos. Estes têm sido desenvolvidos nos mais variados contextos profissionais e em diferentes países que não de origem anglo-saxónica. O MBI-HSS, na sua versão original, apresenta uma boa consistência interna, dado que os valores de Alfa de Cronbach obtidos foram: para a exaustão emocional (0,90); despersonalização (0,79) e para a realização pessoal (0,71) (Carlotto et al., 2007; Lara, Moreno-Jimenez, Muñoz, Benadero, & Viveros, 2008; Manso-Pinto, 2006; Maslach et al., 1981; Seisdedos, 1997; Semedo, 2009; Rohland, Kruse, & Rohrer, 2004). Todavia, ao analisarem-se os resultados alcançados por outras investigações, na sua maioria realizadas fora dos EUA, observa-se que os fatores exaustão emocional e realização pessoal apresentam valores de Alfa de Cronbach mais aceitáveis, que oscilam entre 0,79 a 0,91 para a exaustão emocional e 0,69 a 0,87 para a escala realização pessoal (Carlotto et al., 2007; García, Remuzgo, & Fuentes, 2007; Manso-Pinto, 2006; Rohland et al., 2004; Wilke, Román, & Faúndez, 2012). Porém, nalguns estudos as pontuações alcançadas na dimensão despersonalização são substancialmente inferiores ($\alpha = 0,42$ e $\alpha = 0,66$). (Carlotto et al., 2007; Córdoba et al., 2011; Faúndez & Gil-Monte, 2009; García et al., 2007; Gil-Monte, 2005; Gil-Monte & Faúndez, 2011; Lara et al., 2008; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Richardsen et al., 2004; Semedo, 2009; Wilke et al., 2012)

Em relação à estrutura fatorial do MBI-HSS, constata-se que, na sua maioria, os estudos são de carácter exploratório recorrendo para o efeito a análises fatoriais exploratórias (AFE), quer seja mediante rotação ortogonal ou rotação oblíqua, com extração de fatores pelo método das componentes principais. Alguns estudos favorecem uma solução de três fatores, no entanto outros há, que obtiveram quatro fatores, cinco fatores e seis fatores. (Carlotto et al., 2007; Faúndez et al., 2009; Garcia

et al., 2007; Kalliath et al., 2000; Semedo, 2009; Vanheule et al., 2007; Wilke et al., 2012) Esta variabilidade da dimensionalidade fatorial pode ser contudo, não uma propriedade do instrumento, mas sim um artefacto das análises (exploratórias) e/ou das amostras estudadas. Contudo, em estudos recentes, onde o conceito tem sido analisado sobre uma perspectiva teórica, são proferidas críticas e reflexões acerca da dimensionalidade do burnout, na medida em que estas reflexões sugerem a existência de dois fatores apenas, em vez de três, dado que do ponto de vista empírico, a maioria dos estudos referem que a realização pessoal apresenta uma fraca correlação com as outras duas dimensões (Halbesleben et al., 2005; Hallberg et al., 2004; Maroco & Campos, 2012; Qiao et al., 2011; Schaufeli & Taris, 2005; Shirom, 2003). Alguns autores sugerem inclusive que a baixa realização pessoal é uma consequência e não uma faceta do burnout (Demerouti et al., 2003; Kristensen et al., 2005; Maroco et al., 2012)

No entanto, na sequência de algumas limitações proferidas acerca das limitações da AFE e ACC, um número considerável de estudos tem recorrido à análise fatorial confirmatória (AFC), sendo recomendado, pelos autores do instrumento, que se assuma uma estrutura de três fatores. Outros autores têm sugerido a eliminação dos itens 12 e 16 quer a partir de resultados empíricos quer de reflexões teóricas sobre a relevância destes itens para a definição do constructo (Córdoba et al., 2011; Hallberg et al., 2004; Kalliath et al., 2000; Lara et al., 2008; Maroco et al., 2009; Maroco et al., 2008; Qiao et al., 2011; Richardsen et al., 2004; Schaufeli et al., 2001; Schutte et al., 2000; Wilke et al., 2012).

Todavia, a forma como se encontram redigidos os itens na escala, também têm sido assinalados, nomeadamente por Demerouti et al. (2001), como uma das fragilidades do MBI-HSS. De acordo com os autores, os itens das três subescalas não são redigidos no mesmo sentido. Observa-se que nas dimensões exaustão emocional e despersonalização os itens se encontram formulados na negativa, enquanto na realização pessoal, os itens são formulados na positiva. Ora, para alguns autores, a

formulação unidimensional dos itens dentro de cada subescala poderia influenciar a validade das mesmas (Halbesleben et al., 2005; Kristensen et al., 2005; Qiao et al., 2011; Schaufeli et al., 2005; Taris, Le Blanc, Schaufeli, & Schreurs, 2005).

Por sua vez, Kristensen et al. (2005) tecem críticas quanto à forma como se apura o escore de cada dimensão, dado que não é possível apurar uma pontuação global, o que no entender dos investigadores poderá significar que estamos perante um conceito de três variáveis moderadamente correlacionadas (Kristensen et al., 2005; Schaufeli et al., 2005; Shirom, 2003; Shirom et al., 2006; Taris et al., 2005). Adicionalmente, estes autores consideram que o que poderá contribuir para a discrepância nos estudos de adaptação do MBI para outras línguas, poderá dever-se mais ao género, cultura e contexto socioeconómico, do que propriamente devido a questões técnicas da tradução, pois não será de descurar que foi criado para a população americana. Outra crítica que emerge da literatura prende-se com o fato de o MBI apenas concentrar-se em componentes afetivos da exaustão emocional, em contraste com o que é proferido por outros autores que sugerem que a dimensão exaustão deve incluir outros aspetos, nomeadamente cognitivos e físicos, de modo a obter a natureza da exaustão que é experimentada como resultado do stress ocupacional (Halbesleben et al., 2005; Kristensen et al., 2005; Qiao et al., 2011; Schaufeli et al., 2005; Shirom, 2003).

A realidade portuguesa demonstra que a maioria dos estudos empíricos incide em áreas associadas à saúde e toxicodependência, embora mais recentemente tenham sido desenvolvidos estudos no âmbito da educação e forças de segurança (Maroco et al., 2009; Pires, Mateus, & Câmara, 2004; Ribeiro, Gomes, & Silva, 2010; Roque & Soares, 2012; Semedo, 2009; Viegas & Patrão, 2012). Todavia, observa-se a existência de poucos estudos acerca das qualidades psicométricas do Inventário de Burnout de Maslach – Human Services Survey (MBI-HSS) (Maroco et al., 2009; Melo, Gomes, & Cruz, 1999; Semedo, 2009)

Em virtude de em Portugal não se disporem de muitos dados publicados acerca da validade e fiabilidade do MBI-HSS, decidiu-se levar a cabo este estudo, tendo-se definido como objetivo: avaliar a validade fatorial e a fiabilidade do MBI-HSS, numa amostra de profissionais que trabalham no âmbito da intervenção social.

3.1.2. MÉTODO

Participantes

Os participantes são 363 colaboradores de Instituições Particulares de Solidariedade Social, que trabalham, direta ou indiretamente, com idosos e doentes crónicos e que aceitaram participar voluntariamente neste estudo. As respostas sociais consideradas foram lar (35%), serviço de apoio domiciliário (28,7%), centro de dia (16,5%) e cuidados continuados (1,7%). A média de idade dos participantes situa-se nos 43,2 anos ($DP= 10,7$). A maioria dos participantes é do género feminino (92,3%) e apenas 7,7% são do género masculino. No que se refere às habilitações literárias verifica-se que 32% tem o 3º Ciclo (7º ao 9º ano), 18,2% têm a Secundária (10º ao 12º ano), seguido com 16,8% dos sujeitos com licenciatura. Com o 1º Ciclo (1ª à 4ª classe) surgem 15,7% dos participantes sendo 13,2% com o 2º Ciclo (5º e 6º ano). Em termos de categoria profissional, a amostra é composta por ajudantes de ação direta (51,5%), auxiliares de ação direta (13,8%), Assistentes Sociais (9,1%), Pessoal Administrativo (3,9%), Psicólogos (2,5%) e Animadores Socioculturais (2,5%).

Material

As características sociodemográficas foram avaliadas por intermédio de um questionário, construído para o efeito, com questões fechadas.

A avaliação do estado de burnout foi efetuada com a escala MBI-HSS (Maslach & Jackson, 1996), versão adaptada para a população portuguesa por Semedo (2009). Na sua versão original, é composto por 22 itens acerca de sentimentos relacionados

com o trabalho, distribuídos por três escalas: Exaustão Emocional, com nove itens; Despersonalização, com cinco itens e Realização Pessoal, com oito itens. A resposta é dada sobre a frequência com que cada sentimento ocorre numa escala ordinal de sete posições entre “*Nunca*” (0) e “*Todos os dias*” (6).

Procedimento

Em Novembro de 2010 procedeu-se ao contacto formal das direções das Instituições Particulares de Solidariedade Social, tendo-se para o efeito enviado por correio e contacto electrónico (e-mail), os pedidos de colaboração na referida investigação. A acompanhar a carta de apresentação do estudo, seguia em anexo o pedido de autorização, no qual constavam os objetivos e etapas com que se iria desenrolar o mesmo. Procedeu-se à recolha da amostra entre Janeiro a Março de 2011.

Como forma de assegurar o anonimato e confidencialidade dos participantes, foram entregues por participante um envelope no qual constava a carta explicativa do objetivo do estudo; o consentimento informado, o questionário sociodemográfico e o MBI-HSS. O anonimato das respostas foi assegurado a todos os participantes e não houve qualquer remuneração ou incentivo à participação. Foram seguidos todos os procedimentos requeridos pelas Comissões de Ética de Investigação.

O presente estudo insere-se num projeto de investigação sobre a “Compreensão dos fenómenos Burnout nos prestadores de cuidados a idosos doentes crónicos”, cujo objetivo visa compreender de que modo, os processos de natureza relacional e conflitual contribuem para o aparecimento da síndrome de burnout, entre os profissionais que lidam diariamente com pacientes em situação de vulnerabilidade física, mental e social (Vicente & Aragão Oliveira, 2011; Vicente & Oliveira, 2012).

Para se proceder à análise dos dados recorreu-se aos seguintes procedimentos estatísticos. A distribuição dos itens foi avaliada pela assimetria (Sk) e achatamento (Ku) e pela sua frequência. Os itens com valores absolutos de assimetria

superiores a 3 e de achatamento superiores a 7 não foram considerados. A validade do constructo foi avaliada nas suas facetas de validade fatorial, validade convergente e validade discriminante.

A estrutura fatorial proposta pelo MBI-HSS foi avaliada pela Análise Fatorial Confirmatória (AFC) com a estimação de máxima verosimilhança. A qualidade do ajustamento global do modelo fatorial foi efetuada de acordo com os índices e respetivos valores de referência, nomeadamente: Razão da estatística do χ^2 e graus de liberdade (χ^2/df). Considerou-se como valor de referência para um bom ajustamento valores que se situam entre 1 e 2. O Comparative Fit Index (CFI). Valores de CFI superiores a 0,9 indicam um bom ajustamento. Outro índice utilizado foi o Goodness of Fit Index (GFI). Considera-se que valores superiores a 0,9 indiciam um bom ajustamento aos dados. E por último, o Índice Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), em que se considera valores de referência de RMSEA inferiores a 0,05, como indicadores de um bom ajustamento do modelo (Maroco, 2010). A qualidade do ajustamento local foi avaliada pelos pesos fatoriais e pela fiabilidade individual dos itens. O ajustamento do modelo foi realizado a partir dos índices de modificação (superiores a 11; $p < 0,001$) produzidos pelo AMOS e com base em considerações teóricas.

A validade convergente de cada fator foi avaliada pela Variância Extraída Média (VEM). Como proposto por Fornell e Larcker (1981) assumiu-se que existia validade convergente quando a VEM foi superior a 0,5 (Maroco, 2010).

A validade discriminante dos fatores foi avaliada comparando o AVE por cada fator com a correlação de Pearson ao quadrado. Como proposto por Fornell e Larcker (1981), a evidência da validade discriminante foi obtida quando a correlação ao quadrado entre os fatores foi maior do que o AVE, para cada fator.

A fiabilidade foi avaliada com o α de Cronbach estandardizada para cada um dos três fatores (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal) e com o α de Cronbach estratificado para o total da escala. Considerou-se que a

consistência é adequada para trabalhos experimentais quando o α foi superior a 0,7 (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

3.1.3. RESULTADOS

Propriedades psicométricas

A análise estatística descritiva dos itens do MBI-HSS revelou itens muito enviesados com pontuações médias próximas de 0 e assimetria e kurtose muito elevadas (item 5 e item 22). Os restantes itens não apresentaram valores absolutos de assimetria superiores a 3 e de achatamento superiores a 7, que recomendassem contra o seu uso na análise fatorial confirmatória (ver e.g. Maroco, 2010).

Validade do Constructo

Validade Fatorial

O modelo tri-factorial do MBI-HSS original, ajustado a uma amostra de profissional da área de intervenção social revelou uma qualidade de ajustamento sofrível, na medida em que se obtiveram valores de $\chi^2/df = 2,30$; CFI = 0,86; GFI = 0,89; TLI=0,84; RMSEA = 0,06 $p [rmsea \leq 0,05] = 0,01$, $n=363$ (ver Figura 1).

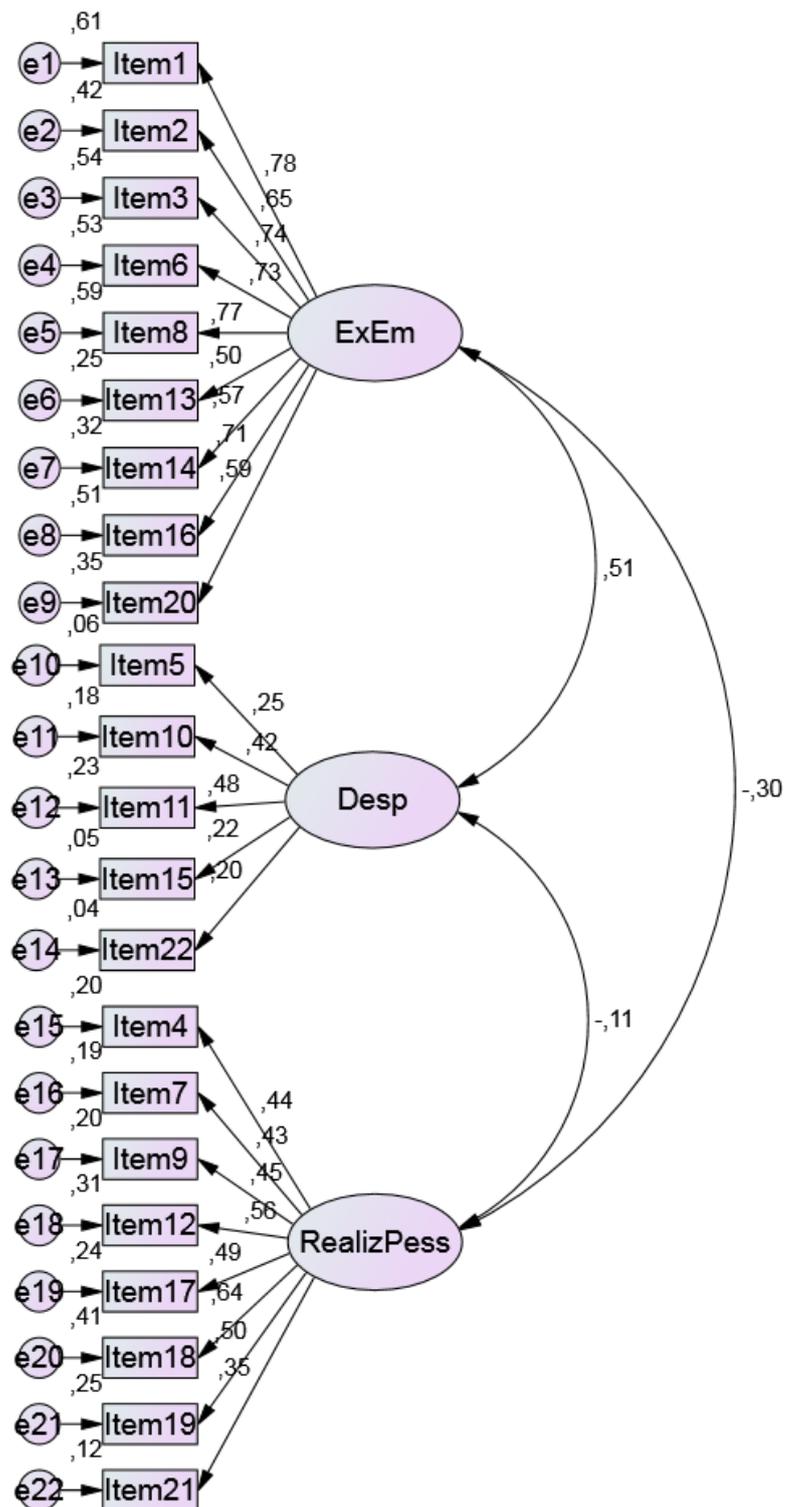


Figura 1 – 1º Modelo: Análise Fatorial Confirmatória do MBI-HSS numa amostra de prestadores de cuidados.

Uma vez que a validade fatorial do MBI-HSS apresenta valores de qualidade de ajustamento sofríveis, procedeu-se ao refinamento do modelo original de acordo com os índices de modificação obtidos com o AMOS.

Numa primeira fase, eliminou-se o item 6 da dimensão exaustão emocional, os itens 5 e 22 da despersonalização e o item 7 da realização pessoal, uma vez que os seus índices de modificação sugeriam a correlação dos respetivos erros de medida inter e intra-dimensões. Por outro lado, a análise de conteúdo dos itens revelou que, de facto a leitura dos itens e sua interpretação justificava a possibilidade de saturação cruzada em mais do que um fator. Por outro lado, a remoção destes itens, que limitavam a validade discriminante das subescalas, não altera a interpretação conceptual destas escalas. A escala final modificada apresenta assim as três dimensões (ver Figura 2).

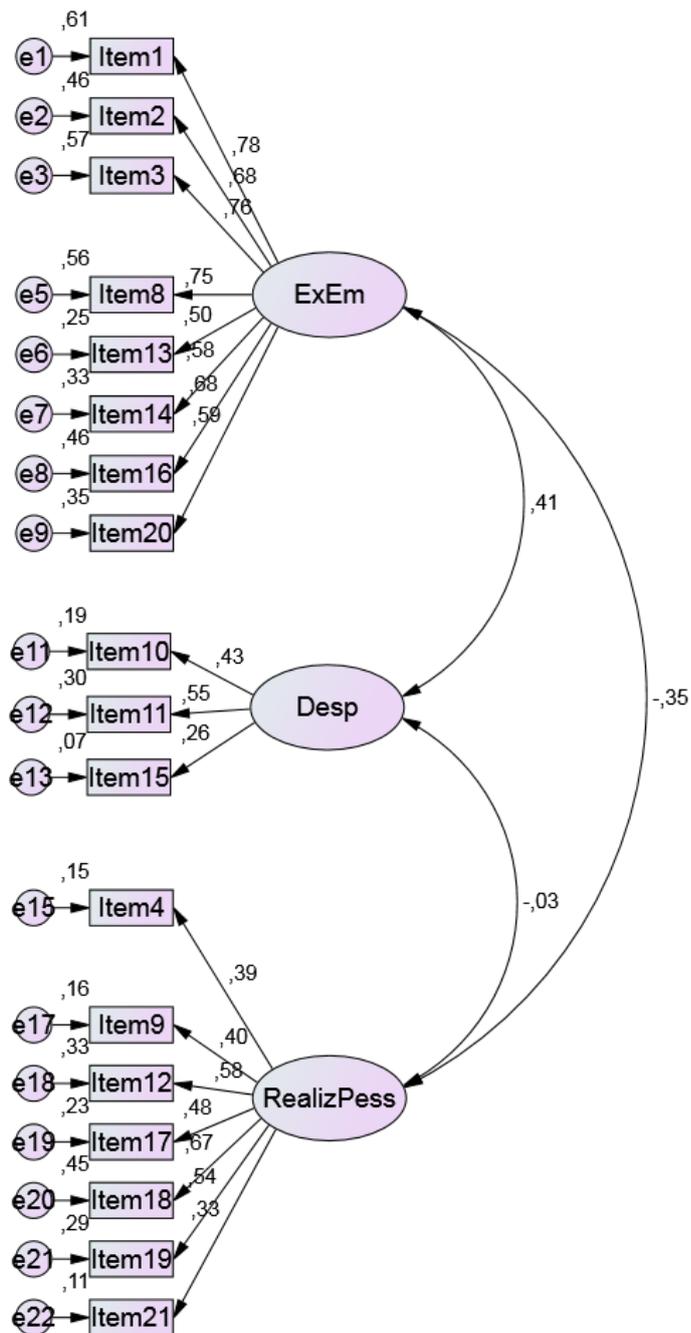


Figura 2 – 2º Modelo tri-fatorial do MBI-HSS ajustado a uma amostra de prestadores de cuidados.

Comparativamente com a escala MBI-HSS original, a nova estrutura proposta apresenta um ajustamento significativamente melhor: $\chi^2/df = 1,87$; CFI = 0,92; GFI = 0,92; TLI=0,91; RMSEA = 0,04 P [rmsea \leq 0,05] = 0,54, $n=363$.

Validade Convergente

Os valores de VEM foram respetivamente 0,45 para a Exaustão, 0,19 para a Descrença e 0,25 para a Realização. Estes valores não permitem concluir pela validade convergente dos fatores na amostra sob estudo.

Validade discriminante

No que concerne à validade discriminante, os fatores exaustão emocional e despersonalização apresentam-se positivamente correlacionados ($r^2=0,16$; $p<0,001$). Pelo contrário, a realização pessoal está correlacionada negativamente com a exaustão emocional ($r^2=0,12$; $p<0,001$) e com a despersonalização ($r^2=0,09$; $p<0,001$). Sendo a VEM de cada fator superior ao quadrado da correlação entre os fatores, fica demonstrada a validade discriminante dos fatores. É contudo de referir que a VEM foi inferior ao desejável especialmente para os fatores Despersonalização e Realização.

Fiabilidade

O primeiro fator, exaustão emocional apresentou bom índice de consistência interna ($\alpha=0,84$). O segundo fator a realização pessoal apresenta um nível de consistência interna razoável ($\alpha=0,70$) enquanto o fator 3 - despersonalização – obteve um coeficiente considerado abaixo do aceitável (0,59), sendo inferior ao encontrado pelas autoras do instrumento original (Maslach & Jackson, 1981) e semelhantes aos apresentados no estudo de adaptação para a população portuguesa realizado por Semedo (2009) (Ver quadro 1). Deste modo, verifica-se que os níveis de consistência interna das escalas foram satisfatórios, à exceção da dimensão despersonalização, que apresenta valores abaixo do que seria aceitável para aplicações experimentais do instrumento.

Quadro 1 – Coeficiente de fiabilidade das escalas do MBI-HSS

Dimensões	Estudo Original	Estudo	Estudo Presente
	(Maslach & Jackson, 1986) (n=1316)	Adaptação (Semedo, 2009) (n=223)	 (n=363)
Exaustão Emocional	0,90	0,84	0,84
Despersonalização	0,79	0,57	0,59
Realização Pessoal	0,71	0,81	0,70

3.1.4. DISCUSSÃO

As qualidades psicométricas do Maslach Burnout Inventory, Human Services (MBI-HSS) têm sido avaliadas por diferentes investigadores, em diversos contextos e países. O propósito deste estudo foi o de avaliar as propriedades psicométricas do MBI-HSS, numa amostra de profissionais portugueses que trabalham na área de intervenção social.

Na sua versão original, o MBI-HSS apresenta uma elevada consistência interna nas suas três dimensões. Porém ao analisarem-se investigações realizadas, na sua maioria fora dos EUA, observa-se que o MBI-HSS na sua generalidade apresenta uma consistência interna satisfatória, particularmente nas dimensões exaustão emocional e realização pessoal. Vários estudos sugerem que a fiabilidade do MBI-HSS é variável, consoante as amostras em estudo, na medida em que os valores oscilam entre 0,79 a 0,91 para a exaustão emocional e 0,69 a 0,87 para a escala realização pessoal (Carlotto et al., 2007; Córdoba et al., 2011; Faúndez et al., 2009; García et al., 2007; Gil-Monte et al., 2011; Lara et al., 2008; Manso-Pinto, 2006; Rohland et al., 2004;

Seisdedos, 1997; Semedo, 2009; Wilke et al., 2012). Todavia, das três dimensões a que revela maiores fragilidades, quando utilizado em amostras não anglo-saxónicas, ao nível da fiabilidade é a despersonalização, em virtude, de os resultados serem substancialmente inferiores aos apresentados pela versão original (EUA: 0,79; Outros estudos: 0,42 a 0,66).

Na amostra em estudo, os resultados vão ao encontro dos enunciados pela literatura, na medida em que se obteve resultados mais satisfatórios nas dimensões exaustão emocional ($\alpha=0,84$) e realização pessoal ($\alpha=0,70$). O que nos leva a considerar, em concordância com autores como Carlotto e Câmara (2007), que a dimensão exaustão emocional é menos vulnerável a questões culturais, dado que o sentimento de desgaste profissional pelo trabalho e as questões que o abordam têm um carácter mais universal, pela franca relação dessa dimensão com o constructo do item.

Relativamente à dimensão despersonalização os nossos resultados encontram-se em consonância com os obtidos por Lara et al. (2008) Semedo (2009) e Córdoba et al., (2011), uma vez que se revelou a dimensão com menor consistência interna (0,59). Um dos fatores que parece justificar a menor fiabilidade desta dimensão poderá relacionar-se com o reduzido número de itens que a compõem como adverte Gil-Monte (2005). Por outro lado, será de considerar a existência de um certo efeito de desejabilidade social sobre as respostas dadas pelos sujeitos nesta dimensão. Como realça Carlotto e Câmara (2007), a tendência para apresentar um certo nível de despersonalização pode representar uma ameaça psicológica para o indivíduo, particularmente, nos profissionais cujo objetivo central da sua profissão se centra no cuidar do outro, pois interfere ainda que de forma latente, nos seus níveis de autoestima e autoeficácia percebida. Contudo, não será de descurar que existe uma certa “cobrança social” destes profissionais que se aproxima da ideia de vocação, não sendo expectável que o profissional apresente sentimentos de distanciamento face aos seus utentes.

Em relação à estrutura fatorial do Maslach Burnout Inventory, Human Services (MBI-HSS), tem sido consensual do ponto de vista empírico, a adoção de uma estrutura de três fatores, concordante com a sua versão original. Contudo, alguns autores recomendam uma solução de apenas dois fatores, pelo facto de considerarem que a dimensão realização pessoal apresenta uma fraca correlação com as restantes dimensões (Halbesleben et al., 2005; Maroco et al., 2012; Qiao et al., 2011; Schaufeli et al., 2005).

Com o propósito de avaliar a qualidade de ajustamento do modelo, um número considerável de estudos têm recorrido à análise fatorial confirmatória (AFC). De acordo com as recomendações das autoras do instrumento, para se obter uma melhoria substancial do modelo subjacente ao MBI, deveria proceder-se à supressão dos itens 12 (RP) e 16 (EE). Porém, existem evidências de dificuldades ao nível de outros itens que não saturam no fator esperado, como é o caso dos itens: 1, 2, 7, 11, 13, 15, 18 e 20 (García, Remuzgo, & Fuentes, 2007; Gil-Monte, 2005; Lara et al., 2008; Maslach et al., 1996; Wilke et al., 2012). Num estudo recente, Córdoba et al. (2011), propuseram a eliminação do item 6 da dimensão exaustão emocional, por considerarem que parece fazer parte da dimensão despersonalização e dos itens 15 e 21 devido à sua fraca capacidade discriminatória com a escala total, sendo itens que devido à sua complexidade, se tornam de difícil interpretação.

No nosso estudo, o insucesso para confirmar a hipótese de um modelo de 22 itens é consistente com os resultados dos estudos anteriormente citados. Ao testarmos a validade fatorial do MBI-HSS, na sua versão original, verificou-se que o modelo apresentava uma qualidade de ajustamento sofrível, por isso na tentativa de melhorar o instrumento foi testado um segundo modelo, no qual se procedeu à eliminação do item 6, da exaustão emocional, os itens 5 e 22, da despersonalização e o item 7, da realização pessoal, o que veio a revelar um ajustamento significativamente melhor da estrutura tri-fatorial proposta originalmente pelos autores do MBI-HSS.

De acordo com Kristensen et al., (2005), a discrepância encontrada nos estudos de adaptação do MBI para outras línguas, poderá dever-se mais aos fatores associados ao género, cultura e contexto socioeconómico, do que propriamente devido a questões técnicas e fiáveis da tradução, atendendo a que o instrumento foi criado para a população americana. Por sua vez, Wilke et al. (2012), argumentam que o que parece explicar as debilidades relacionadas com as cargas fatorias de alguns dos itens do MBI-HSS poderá dever-se às características da amostra, e não tanto pelo desenho do instrumento ou pelos fatores culturais.

Na nossa investigação, fomos confrontados com a existência de itens que apresentaram cargas fatorias mais baixas do que seria expectável, sendo de considerar que as mesmas possam ser explicadas pelas características da amostra, na medida em que na sua maioria era composta por mulheres e com um nível de escolaridade baixo. Por outro lado, consideramos à semelhança de Demerouti et al. (2001), que a direção conceptual na formulação dos itens, particularmente a formulação na negativa das afirmações que compõem a subescala exaustão emocional e despersonalização, também poderá ter contribuído para influenciar a fraca validade convergente destas subescalas. Desta forma, revela-se de todo pertinente, replicar este estudo numa amostra de maior dimensão, tendo em consideração a necessidade de a composição da mesma ser mais homogénea no que se refere à variável género, como forma de apurar a influência ou não desta variável na validade do instrumento. Por outro lado, é necessário desenvolver outros estudos em Portugal, que incidam nas qualidades psicométricas do Maslach Burnout Inventory - Human Services (MBI-HSS) não só no contexto da intervenção social mas também na área da saúde.

Em conclusão, o MBI-HSS continua a ser um dos instrumentos mais utilizados, nas investigações empíricas, por ser dos questionários que avaliam o burnout, com maior difusão a nível internacional, tendo sido traduzido para outras línguas que não as de origem anglo-saxónica.

Por outro lado, é dos inventários que mais tem sido estudado relativamente às suas qualidades psicométricas, tendo na generalidade apresentado uma consistência interna satisfatória, em particular nas dimensões exaustão emocional e realização pessoal. Embora os valores na dimensão despersonalização sejam mais controversos.

No presente estudo o MBI-HSS revela ser uma medida com validade fatorial e discriminante e com fiabilidade aceitável para avaliar o burnout na amostra em estudo, apesar de apresentar algumas fragilidades ao nível da validade convergente e fiabilidade, particularmente na dimensão despersonalização em que se obtiveram resultados francamente abaixo do esperado.

3.1.5. Referências

- Borritz, M. (2006) *Burnout in human service work - causes and consequences results of 3-years of follow-up of the PUMA study among human service workers in Denmark*. (Doctoral Dissertation). National Institute of Occupational Health, Denmark.
- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2007) Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. *Estudos de Psicologia*, 24, 3, 325-332. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000300004>
- Córdoba, L., Tamayo, J. A., González, M. A., Martínez, M. I., Rosales, A., & Barbato, S. H. (2011) Adaptation and validation of the Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey in Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 42, 3, 286-293.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Vardakou, I., & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments - A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 1, 12-23. doi:10.1027//1015-5759.19.1.12
- Faúndez, V., & Gil-Monte, P. (2009) Análisis de las principales fortalezas y debilidades del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). *Ciência & Trabajo*, 11, 160-167.
- García, J. M. G., Remuzgo, S. H., & Fuentes, J. L. L. (2007) Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 25, 2, 157-174.
- Gil-Monte, P. R. (2005) Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista Saúde Pública*, 39, 1, 1-8. doi:10.1590/S0034-89102005000100001
- Gil-Monte, P. R., & Faúndez, V. E. O. (2011) Psychometric properties of the “Spanish Burnout Inventory” in Chilean professionals working to physical disabled people. *The Spanish Journal of Psychology*, 14, 441-451. doi:10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.40

- Halbesleben, J. R., & Demerouti, E. (2005) The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work & Stress*, 19, 3, 208-220. doi:10.1080/02678370500340728
- Hallberg, U. E., & Sverke, M. (2004) Construct validity of the Maslach Burnout Inventory: Two Swedish health care samples. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 4, 320–338. doi:10.1027/1015-5759.20.4.320
- Kalliath, T. J., O'Driscoll, M. P., Gillespie, D. F., & Bluedorn, A. C. (2000) A test of the Maslach Burnout Inventory in three samples of healthcare professionals. *Work & Stress*, 14, 1, 35–50. doi:10.1080/026783700417212
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress*, 19, 3, 192-207. doi:10.1080/02678370500297720
- Lara, R. M. M., Jimenez, B. M., Muñoz, A. R., Benadero, M. E. M., & Viveros, G. R. O. (2008) Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud*, 18, 107-116.
- Manso-Pinto, J. F. (2006) Estructura factorial del Maslach Burnout Inventory – version Human Services Survey – en Chile. *Revista Interamericana de Psicología*, 40, 1, 115-118.
- Maroco, J. (2010) *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro, Report Number, Lda.
- Maroco, J., & Bonini Campos, J. A. D. (2012). Defining the student burnout construct: A Structural Analysis from three burnout inventories. *Psychological Reports*, 111, 3, 814-830. doi:10.2466/14.10.20.pr0.111.6.814-830
- Maroco, J., & Garcia-Marques, J. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4, 1, 65-90.
- Maroco, J., Tecedeiros, M., Martins, P., & Meireles, A. (2008) O burnout como factor hierárquico de 2ª ordem da Escala de Burnout de Maslach. *Análise Psicológica*, 26, 4, 639-649.

- Maroco, J., & Tecedor, M. (2009) Inventário de Burnout de Maslach para estudantes portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10, 2, 227-235.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 2, 2, 99-113. doi:10.1002/job.4030020205
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001) Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 1, 397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Melo, B., Gomes, A., & Cruz, J. (1999) Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do Burnout para os profissionais de Psicologia. In: A. P. Soares, S. Araújo, S. Caires, (Eds.) *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. (Vol. VI, 596-603). Braga. Apport, Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Montero-Marín, J., García- Campayo, J., Mera, D., & López, Y. (2009) A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 4, 31, 1186-1190. doi:10.1186/1745-6673-4-31
- Moreno, B. (2007) Evaluación, medidas y diagnóstico del Síndrome de Burnout. In: P. Gil-Monte, & B. Moreno-Jiménez. *El Síndrome de Quemarse por el trabajo (Burnout): Grupos profesionales de riesgo*. (pp. 43-70). Madrid, Ediciones Pirâmide.
- Pires, S., Mateus, R., & Câmara, J. (2004) Síndrome de burnout nos profissionais de saúde de um Centro de Atendimento a Toxicodependentes. *Revista Toxicodependências*, 10, 1, 15-23.
- Qiao, H., & Schaufeli, W. B. (2011) The convergent validity of four burnout measures in a Chinese sample: A confirmatory factor-analytic approach. *Applied Psychology: An International Review*, 60, 1, 87–111. doi:10.1111/j.1464-0597.2010.00428.x
- Ribeiro, L., Gomes, A., & Silva, M. (2010) Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. In: C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M.C. Taveira (Eds)

- Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1494-1508).
Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia. Retirado de
<http://www.actassnip2010.com>
- Richardsen, A. M., & Martinussen, M. (2004) The Maslach Burnout Inventory: Factorial validity and consistency across occupational groups in Norway. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 3, 377–384.
doi:10.1348/0963179041752691
- Rohland, B. M., Kruse, G. R., & Rohrer, J. E. (2004) Validation of a single-item measure of burnout against the Maslach Burnout Inventory among physicians. *Stress and Health*, 20, 2, 75-79. doi:10.1002/smi.1002
- Roque, L., & Soares, L. (2012) *Burnout* numa amostra de psicólogos portugueses da região autónoma da Madeira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13, 1, 2-14.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kadler, A. (2001) On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the burnout measure. *Psychology & Health*, 16, 5, 565-582. doi:10.1080/08870440108405527
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. (1996) Professional Burnout. In: M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst and C.L. Cooper (Eds) *Handbook of work and health psychology*. (pp. 311-346). Chichester, England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001) Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & Health*; 16, 5, 501-510.
doi:10.1080/08870440108405523
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2005) The conceptualization and measurement of burnout: common ground and worlds apart. *Work & Stress*, 19, 3, 256-262.
doi:10.1080/02678370500385913
- Schutte, N., Toppinen, S., Kalimo, R., & Schaufeli, W. (2000) The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) across occupational groups and nations. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73, 1, 53-66. doi:10.1348/096317900166877

- Seisdedos, N. (1997) *MBI, Inventário Burnout Maslach*. TEA Ediciones, Madrid.
- Semedo, C. (2009) *Bem-Estar Psicológico no Trabalho e Acidentalidade Laboral em profissionais de saúde*. (Tese de Doutoramento, não publicada) Universidade de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela.
- Shirom, A. (2003) Job-related Burnout: A review. In: J.C. Quick and L.E. Tetrick (Eds) *Handbook of occupational health psychology* (pp. 245–265). Washington DC. American Psychological Association.
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006) A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13, 2, 176–200. doi:10.1037/1072-5245.13.2.176
- Taris, T. W., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. G. (2005) Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*, 19, 3, 238-255. doi:10.1080/02678370500270453
- Vanheule, S., Rosseel, Y., & Bogaerts, S. (2005) Measuring professional burnout in Dutch-speaking regions: an evaluation of the factorial validity of the Maslach Burnout Inventory. *Psychologica Belgica*, 45, 2, 147-156.
- Vanheule, S., Rosseel, Y., & Vlerick, P. (2007) The factorial validity and measurement invariance of the Maslach Burnout Inventory for human services. *Stress and Health*, 23, 2, 87–91. doi:10.1002/smi.1124
- Vicente, C. S., & Aragão Oliveira, R. (2011) A prevalência da Síndrome de Burnout no contexto de assistência à terceira idade e doentes crónicos. In: M. L. Chaleta (Ed) *Atas do II Congresso Internacional, Interfaces da Psicologia: Qualidade de Vida ... Vidas de Qualidade* (pp. 203-214). Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia.
- Vicente, C. S., & Oliveira, R. A. (2012) A prevalência da Síndrome de Burnout nos prestadores de cuidados a idosos e doentes crónicos. In: J. Ribeiro, I. Leal, A. Pereira, P. Vagos & I. Direito (Ed) *Atas do 9º Congresso Nacional de Psicologia da*

Saúde: Promoção da Saúde e doenças crónicas desafios à promoção da Saúde (pp. 1389-1396). Lisboa: Placebo, Editora, Lda.

Viegas, A., & Patrão, I. (2012) O estudo do Burnout numa amostra de forças de segurança. In: J. Ribeiro, I. Leal, A. Pereira, P. Vagos & I. Direito (Ed) *Atas do 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Promoção da Saúde e doenças crónicas desafios à promoção da Saúde* (pp. 1389-1396). Lisboa: Placebo, Editora, Lda.

Wilke, C. J., Román, J. P. I., & Faúndez, V. E. O. (2011) Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Ciência & Trabajo*, 13, 176-180.

3º Artigo

Title: The prevalence of Burnout Syndrome among professionals who care for elderly and chronically ill patients

Authors: Carla Susana Vicente¹, Rui Aragão Oliveira² & João Maroco³

¹Doutoranda, Departamento de Psicologia, Universidade de Évora, Évora, Portugal;

²Psicanalista.

^{2, 3}Doutoramento, Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, UIPES), Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Instituto Universitário (ISPA)

State: *Accepted for publication in: Psychology, (2014) 5, 17, 1933-1940.*
doi:10.4236/psych.2014.517196

Corresponding Author:

Carla Susana Vicente

PhD. Student, Psychology Department, University of Évora

Address: Av. Rovisco Pais, nº 4, 1º Dto 1049-001 Lisbon, Portugal

E-mail: csvicent@gmail.com

Phone: (+351) 91 7578563

Prevalence of Burnout among professionals who care for elderly and chronically ill patients

Abstract

This study aims to evaluate the prevalence of burnout syndrome among professionals who care for elderly and chronically ill patients and the relationship between the appearance of burnout and sociodemographic and job related variables.

The sample consisted of 265 employees who worked directly with the elderly and chronically ill. It was composed mostly of women, 94.3%. The average age was 43 ($SD = 10.2$). We made use of the following instruments: a sociodemographic questionnaire and the Maslach Burnout Inventory—HSS (Semedo, 2009).

The results show that 19.6% of participants have high rates of emotional exhaustion, 4.9% present high depersonalization, and 2.6% experience low personal accomplishment. Disease severity and support services influence personal accomplishment. Age proved to be a predictor of the emotional exhaustion variable, while the length of service at an institution variable not only proved to be a predictor of emotional exhaustion, but also of personal accomplishment.

The prevention of burnout syndrome constitutes one of the major challenges for occupational health care providers to the elderly and chronically ill.

Key words: *Burnout Syndrome; Emotional Exhaustion; Social Work; Health care professionals; Geriatric*

3.2.1. Introduction

The bankruptcy of social and health policies, as well as demographic aging, which has contributed to a growing demand for a response from social institutions directed at the elderly. These combined aspects have resulted in greater pressure, from the users, for professionals to solve complex social situations. The objective for social workers is to help people in physically, mentally or socially vulnerable situations. In addition to these demands, care providers are further confronted with a lack of social recognition, and a scarcity of economic and/or human resources, which would otherwise allow them to adequately respond to the situations with which they are faced. On many occasions, these professionals feel that the work they do doesn't coincide with their original expectations regarding their profession and, that many times, they carry out roles and tasks they feel unprepared for, which may lead to a certain frustration (Barría, 2003; Lyod & King, 2004). This state of affairs may lead to the onset of psychosocial risks, namely an increase in stress, and consequently to serious deterioration of mental and physical health, with particular emphasis on burnout Syndrome.

Burnout has come to be conceptualized as an individualized experience of stress, developing in professional contexts of complex social relationships. According to Maslach and Jackson (1981), the syndrome is associated with "physical and emotional fatigue, leading to a loss of motivation at work, that can evolve until feelings of inadequacy or failure appear" (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). It is characterized as a multidimensional phenomenon comprising three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization, and diminished personal accomplishment. Emotional exhaustion is understood to imply a depletion of the individual's emotional, moral and psychological resources. Depersonalization represents a dehumanization of the relationship with the other, namely those who are the *raison d'être* of the profession

(patients/clients). Personal accomplishment refers to a decrease in sentiments of competence and pleasure associated with carrying out the profession (Beihl & Nunes, 2012; Gisbert, Los Fayos, & Montesinos, 2008; Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

The incidence of burnout is one of the aspects that has most contributed to an increase in empirical studies in a variety of countries and contexts. However, discrepancies have been observed in the results obtained. Reflecting this, for example, are the studies undertaken in England, Spain and Portugal. In a study conducted in England, the results obtained were substantially high, in so far as 33% presented high emotional exhaustion, 17% presented high depersonalization and 36% reported low personal accomplishment (Oyefeso, Clancy, & Farmer, 2008). In Spain, studies like those by Grau, Suñer and García (2005), Noguera and Francês (2008), report similarly high levels for both emotional exhaustion (40.6% and 42.6%), and depersonalization (23% and 43.5%). Although lower than in the previous dimensions, the results regarding the personal accomplishment dimension were situated between 24.3% and 38.6%. Considering the empirical studies undertaken in Portugal, we observed a substantially lower incidence of burnout compared to England and Spain. Varoli and Souza (2004), in a study involving mental health professionals, ascertained that 20.6% presented high emotional exhaustion, 5.2% high depersonalization, and 3.5% low personal accomplishment. Nevertheless, Silva and Gomes (2009), Ribeiro, Gomes and Silva (2009), in a study also involving health care professionals, reported lower levels, given that, for the emotional exhaustion dimension, figures oscillated between 6% and 9.8%, with low personal accomplishment situated between 1% and 2.8%. The results of the depersonalization dimension were similarly low, varying between 1% and 1.4%. While the results presented by Gomes, Cruz and Cabanelas (2009) for the depersonalization (4%) and personal accomplishment (1%) dimensions don't differ from previous studies, the rate of emotional exhaustion (15%) was more pronounced.

On the other hand, the importance of factors which encourage or trigger burnout has been emphasized. Specifically, organizational aspects are referred to, with greater

attention given to the professional environment, degree of autonomy, execution of tasks, social support, role ambiguity and lack of reciprocity (Kareaga, Exeberria, & Smith, 2008; Semedo, 2009). The importance of job content has not been neglected, given the fact that many of these professionals are confronted, on a daily basis, with pain, suffering and death; as well as dealing with patient's feelings and with those of respective family members (Da Silva, Marques, & Da Silva, 2009; Gisbert et al., 2008).

Within the scope of factors related to the individual, studies highlight the importance of gender, age, marital status, personality characteristics and coping strategies. In relation to gender, research differs to the extent that, in some studies the inference is that women present higher levels in the emotional exhaustion dimension while, for men, the highest levels were evident in the depersonalization dimension. In others, these differences in score were not so evident (Carlotto, 2011; Dias, Queiros, & Carlotto, 2010; Ebling & Carlotto, 2012; Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats, & Braga, 2009). In relation to age, while it is recognized that burnout may affect professionals of any age, the majority of studies report that it is younger individuals who show a greater propensity for the syndrome (Ebling et al., 2012; Grau et al., 2009). On the other hand, research indicates that a greater number of working hours also corresponds to more pronounced levels of emotional exhaustion and depersonalization in professionals, with evidence that professionals working longer hours (42 hours per week), present higher levels of emotional exhaustion (Gisbert et al., 2008).

Although there is a large body of literature on burnout syndrome, this research is considered pertinent due to the scarcity in Portuguese studies dealing with the prevalence of burnout syndrome in care providers to elderly and chronically ill patients. The following objectives were defined: a study of the prevalence of burnout syndrome in professionals who provide care to elderly and chronically ill patients, and the relationship between the appearance of burnout and the variables: sociodemographic, with particular emphasis on the severity of the illness, and the influence of the institutionalization variable in the occurrence of the burnout phenomenon.

3.2.2. Method

Research Design

We conducted a cross-sectional study and descriptive-correlational, using quantitative methodology.

Sample

The study was undertaken at Private Social Solidarity Institutions (IPSS'S), which had recourse to the following social resources: a day care centre, home care, residential care and continuing care. The following criteria were defined: a minimum of 12 months of service; direct work with the elderly and chronic disease.

Thus, the sample was composed of 265 participants, who agreed to participate voluntarily in this study. The majority were women 94.3% ($n = 250$), and only 5.7% ($n = 15$) of the participants were men. The average age was 43.04 ($SD = 10.2$). With respect to marital status, 58.9% were married and 36.9% single or divorced. With regard to academic qualifications, 32.5% had obtained a high school qualification (7th and 9th grade) and 21.5% had a Bachelors (19.2%) or Master's degree (2.3%).

The average seniority was 9.03 years ($SD = 7.7$), and 7.57 ($SD = 7.1$) for length of service at an institution. Standard full-time hours proved most prevalent (50.9%), and only 3.8 % of the subjects worked part time. The most representative support services were: residential care (34.7%) and home care (33.2%). The most common illnesses the professionals dealt with were: neurological illnesses (98.5%), diabetes (96.2%), rheumatic illnesses (84.5%), respiratory illnesses (80.4%) and oncological disease (75.1%).

Measures

The sociodemographic questionnaire, which allowed for a characterization of the participants, was elaborated on a basis of closed questions.

The objective of the Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) (Semedo, 2009; Maslach & Jackson, 1996) is to evaluate burnout in workers in the social and human services field. In its original version, it is composed of 22 items about feelings related to the job, distributed along 3 scales: emotional exhaustion, with 9 items; depersonalization, with 5 items, and personal accomplishment, with 8 items. The answer is based on the frequency with which each feeling occurs on an ordinal scale of 7 points between “*Never*” (0) and “*Every day*” (6). The internal consistency of the emotional exhaustion (.84) and personal accomplishment dimensions (.70) of the MBI-HSS was acceptable, with the exception of the depersonalization factor which presented low internal consistency (.59) (Vicente, Oliveira, & Maroco, 2013).

Procedures

The formal contact was made with the boards of the Private Social Solidarity Institutions, having sent by electronic mail the requests for collaboration in the respective study. Together with the introductory letter for the study, in annex was a request for permission, which included the objectives and phases of the study. Sample collection was carried out between January and March of 2011.

In order to ensure the anonymity and confidentiality of the participants, each participant received an envelope which included the objectives of the study; informed consent, the sociodemographic questionnaire, the Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI – HSS). The participants were assured of the anonymity of their answers, and no remuneration or incentive of any kind was offered to the participants. All of the procedures required by the Research Ethics Committees were followed.

Statistical Analysis

We used descriptive statistics to characterize the study variables (Table I).

The analysis of variance "One-Way" (ANOVA) followed by comparisons "post-hoc" and "t-tests" for independent samples, for a type I error probability of 95%, were used to infer the existence of differences in averages of sociodemographic variables under study.

In order to identify the levels of burnout, it was considered the frequency of symptoms, up three "a few times a month" for emotional exhaustion and depersonalization, and two for the personal accomplishment, according to proposed by Shirom (1989) because non-existence of validated cut-off points for the Portuguese MBI-HSS population.

To assess the influence of study variables, severity of disease and support services, the three dimensions of burnout were conducted multivariate analyzes of variance (MANOVA) with fixed effects (Maroco, 2010). For the variable severity of disease, were considered age, length of service at an institution, seniority, as covariates. The homogeneity of variance-covariance assumption in each group was evaluated with the test Box's M test ($M = 131.37$; $F(66,2493.48) = 1.605$; $p = .002$). For the variable support services, it was decided to consider the model as covariates: age, length of service at an institution, seniority, academic qualifications, employment at an alternative place of work, and contractual situation. The homogeneity of variance-covariance assumption in each group was evaluated with the test M for Box ($M = 55.75$; $F(24,1355.79) = 2.081$; $p = .002$).

In both cases, there was one of the MANOVA assumptions was violated, namely variance homogeneity, given the robustness of Pillai's trace, we opted for recourse to MANOVA, in virtue of its presenting lesser probabilities of error type I and greater power than the nonparametric alternatives (Maroco, 2010).

Several multiple linear regressions (stepwise method) were carried out, using as dependent variables each dimension of burnout, to determinate if the variables age, length of service at an institution and seniority are predictors of burnout in caregivers of elderly and chronically ill.

All statistical analysis were performed with SPSS (v.17, SPSS an IBM company, Chicago, IL).

Table 1

Comparison between the MBI-HSS dimensions and the variables in study

Variable	<i>n</i>	EE		DP		PA	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Gender							
Masculine	15	1.6	1.4	0.9	1.0	5.4	0.4
Feminine	250	1.5	1.1	0.7	0.8	5.2	0.7
Marital Status							
Single	51	1.8	1.4	0.7	0.8	5.1	0.8
Married/de facto union	156	1.4	1.0	0.7	0.8	5.2	0.7
Widowed	58	1.5	.9	0.9	1.0	5.4	0.5
Academic qualifications							
Primary School	43	1.2	1.0	0.9	0.9	5.2	0.7
High School	39	1.7	1.1	0.7	0.8	5.3	0.5
Honour's/Master's Degree	57	1.8	1.2	0.5	0.5	5.2	0.5
Working hours							
Extra hours	120	1.5	1.1	0.8	0.9	5.1	0.7
Normal	135	1.5	1.2	0.6	0.8	5.3	0.6
Part time	10	1.7	0.9	0.5	0.4	5.3	0.5
Contractual situation							
Permanent staff	199	1.8	1.1	0.8	0.9	5.2	0.7
Service providers	12	1.5	1.2	0.4	0.4	5.3	0.5
Age							
25-30 years	26	2.0	1.2	0.6	0.7	5.1	0.5
31-35 years	39	1.8	1.4	0.7	0.9	5.2	0.7
50-55 years	37	1.2	0.9	0.8	0.8	5.3	0.7
Length of service at an institution							
5-10 years	49	1.5	1.2	0.7	0.8	5.4	0.6
> 10 to 15 years	40	1.6	1.0	1.0	1.1	5.3	0.5

> 15 to 20 years	14	1.7	1.2	0.8	0.9	5.0	0.7
> 20 to 25 years	6	2.0	1.5	0.5	0.4	4.6	1.3
Length of service to the elderly and chronically ill							
5-10 years							
> 15 to 20 years	47	1.5	1.2	0.7	0.9	5.4	0.6
	23	1.7	1.2	0.8	0.9	5.1	0.7

Note: EE = emotional exhaustion; DP= depersonalization; PA = personal accomplishment

3.2.3. Results

The prevalence of burnout syndrome - one of the objectives of this study - was established with Shirom's (1989) cut-off point as its basis. In accordance with the results obtained, we verified that, in this sample, 19.6% of the participants presented high levels of emotional exhaustion, 4.9% presented high depersonalization and only 2.6% demonstrated low personal accomplishment.

The descriptive characterization of the psychological, social and professional aspects associated with burnout phenomenon in care providers, is reflected in Table 1, where the averages and respective standard deviations are given.

In view of the differences between averages of one of the variables under study - that of gender - analyses of t-student were carried out for independent samples. In accordance with the analyses undertaken, no statistically significant differences were noted between men and women in any of the three burnout dimensions (EE: $t(263) = -.538$, $p = .591$, 95% CI $[-.780, .445]$; DP: $t(263) = -1,003$, $p = .317$, 95% CI $[-.692, .225]$; PA: $t(263) = -.902$, $p = .368$, 95% CI $[-.551, .205]$).

In turn, through "One Way" ANOVA, only worth noting is the existence of statistically significant differences in the variables: working hours, contractual situation and length of service at an institution. On analyzing the working hours variable, we verified that differences are apparent only in the depersonalization dimension ($F(2,2) = 3.378$, $p = .036$, $\eta^2_p = .025$, $Power = 63.4\%$). After a consideration of the effect of the working hours, we verified that the subjects who work overtime present greater

depersonalization than those working a normal schedule ($M = .8$, $SD = 0.9$, $M = .6$, $SD = 0.8$, respectively).

In reference to the contractual situation variable, we verified the existence of differences in at least two dimensions, emotional exhaustion, ($F(2,5) = 4.442$, $p = .013$, $\eta^2_p = .033$, $Power = 76\%$), and depersonalization ($F(2,2) = 3.747$, $p = .025$, $\eta^2_p = .028$, $Power = 68.2\%$). The differences observed demonstrate that tenured workers present greater emotional exhaustion and depersonalization than subjects working on a contract basis ($M = 1.8$, $SD = 1.1$, $M = 0.8$, $SD = 0.9$, respectively).

Regarding the length of service at an institution variable, worth noting is the existence of differences in the personal accomplishment dimension only ($F(5,1) = 2.506$, $p = .031$, $\eta^2_p = .046$, $Power = 77.9\%$). Proceeding with a comparison of averages, we verified that subjects with a length of service between 05 and 10 years were those who presented lesser personal accomplishment compared to those situated between 20 and 25 years ($M = 5.41$, $SD = 0.6$; $M = 5.2$, $SD = 1.2$, respectively).

To the second research question, the relationship between the burnout syndrome and the severity of illness, MANOVA revealed that the “severity of illness” factor has a medium but marginally significant effect on the multivariate composite ($V = .367$, $F(75,70) = 1.310$, $p = .047$, $\eta^2_p = .122$, $Power = 100\%$). On analyzing the results, we verified that the severity of illness factor influences only the personal accomplishment dimension ($F(25,79) = 1.640$; $p = .032$, $\eta^2_p = .149$, $Power = 97.6\%$), demonstrating no influence whatsoever on the emotional exhaustion dimension ($F(25,12) = .983$; $p = .491$, $\eta^2_p = .095$, $Power = 79.8\%$) or on depersonalization ($F(25,95) = 1.293$; $p = .166$, $\eta^2_p = .121$, $Power = 91.9\%$).

The third research question involved studying the influence of the support services in the burnout syndrome. MANOVA revealed that the “support services” factor had a medium but marginally significant effect on the multivariate composite ($V = .077$, $F(12,77) = 1.685$, $p = .065$, $\eta^2_p = .026$, $Power = 86.5\%$). In accordance with the results, we verified that the support services factor influences only the personal

accomplishment dimension ($F(4,13) = 2.665$; $p=.033$, $\eta^2_p = .040$, $Power = 73.8\%$), revealing no influence whatsoever on the emotional exhaustion dimension ($F(4,14) = 1.182$, $p=.319$, $\eta^2_p = .018$ $Power = 36.9\%$) or on the depersonalization dimension ($F(4,05) = .784$; $p=.537$, $\eta^2_p = .012$, $Power = 25\%$).

Other objective was investigated whether the variables age, length of service at an institution and seniority are predictors of burnout in caregivers of elderly and chronically ill. With recourse to multiple linear regression, it was possible to identify, that both the age variable and the seniority variable are significant predictors of the emotional exhaustion dimension. In accordance with the results, it is evident that the age variable has an influence on the emotional exhaustion variable, in so far as with an increase in age we observe a decrease in the emotional exhaustion variable ($\beta= -.210$, $t(260) = -2.9$, $p = .004$). On the other hand, it is perceptible that an increase in the length of service at an institution variable has a positive influence on the emotional exhaustion variable ($\beta= .287$, $t(260) = 3.1$, $p = .002$). While length of service at an institution is only marginally significant as a predictor of the personal accomplishment dimension, it should not be ignored in so far as it exercises a contradictory influence, that is, to the extent that length of service at an institution increases, personal accomplishment of the participants appears to diminish ($\beta= -.175$, $t(260) = -1.8$, $p = .059$).

3.2.4. Discussion

The burnout syndrome has been one of the most studied psychosocial risks, at both a national and international level, due to the pronounced implications for professionals, not only at a physical but also at a psychic level, affecting in this way the quality of life of these professionals.

The prevalence of burnout syndrome in our sample was lower than that reported by most studies. However, consistent with studies developed by Pera and Serra-Prat (2002), Varoli and Souza (2004), Gomes, Cruz and Cabanelas (2009),

Pereda-Torales et al (2009), whose work maintains that the incidence of burnout in health care professionals and assistance services is situated between 10 and 20.6% in the emotional exhaustion dimension, being significantly inferior in the depersonalization dimension (4% to 5.2%) and low personal accomplishment (3.5% to 6.6%). The justification for our results, in the emotional exhaustion dimension (19.6%), may be in fact being a context in which professionals are confronted daily with complex social situations. In addition, feelings of frustration are common due to the performance of tasks and roles for which they do not feel adequately prepared. The low results (4.9%), in depersonalization dimension, could be due to a certain social desirability effect in relation to the responses given by the participants, in so far as a certain level of depersonalization could represent a psychological threat to the individual, in particular in those professionals whose main professional objective is care for the other (Vicente, et al., 2013).

The gender variable has been considered by empirical studies as one of the most predictors of burnout. Authors like Schaufeli and Greenglass (2001), Carlotto (2011) have observed that women present higher levels of emotional exhaustion, while in men there is evidence of higher depersonalization. In our study, this variable was similarly considered. Although, on first analysis our results indicated that men presented higher levels of burnout than women, no significant differences were confirmed for any of the MBI-HSS dimensions. These results, despite being in contradiction with the majority of research, are actually consonant with other studies, which in accordance with our results; also do not demonstrate the influence of the gender variable (Dickinson et al., 2007). In our understanding, these results may be due to the composition of the sample, in so far as this is a field, in the main, populated by women, thereby not allowing for evidence of the effect of the gender variable. In addition, we agree with Maslach (1998), who notes that when the gender and type of profession variables are controlled, as in our study, differences due to gender tend to disappear.

Regarding the working hours variable, studies show that a greater number of working hours per week also contribute to more pronounced levels of emotional exhaustion and depersonalization, having found that professionals working overtime demonstrate higher levels of emotional exhaustion. However, our results were in agreement with those observed by Gisbert et al., 2008 and Gomes et al., 2009, given that subjects who work extra hours present higher depersonalization when compared with those who work a normal schedule. What could justify these results is the fact that the longer the working hours, the greater the contact of these professionals with occupational stressors. These are professionals who work with people suffering from greater physical, mental and social vulnerability, and who sometimes recognize their incapacity, to provide adequate responses to the situations with which they are confronted. In this sense, depersonalization can be understood as a defense mechanism, providing the necessary distance so that they may deal with their work.

While it is recognized that burnout can affect professionals of any age, studies developed by Varoli and Souza (2004), Grau et al. (2005), Carlotto (2011) report that it is younger professionals who are more likely to develop this syndrome. On analyzing our research, we saw that the age variable presents as a predictor of the emotional exhaustion dimension that perceptibly, with an increment in age there is a reduction in emotional exhaustion. In this way, we can claim that our results are in line with those previously presented, that is, younger professionals appear to demonstrate higher levels of emotional exhaustion. We also believe that these results may be the result of the fact that younger professionals do not possess effective strategies for dealing with the demands and expectations of their jobs.

Still, the study realized by Carvalho et al. (2006) found that the age and seniority variables correlate significantly with the cynicism scale (equivalent to depersonalization). These results were in disagreement with those obtained by us, as we verified that both age and seniority were significant predictors for the emotional exhaustion dimension, although they had no effect on the depersonalization dimension.

These results are supported by the research of Dias et al (2010), who consider that age appears to play a moderate role in relation to burnout.

In relation to the variables severity illness and support services, our results were substantially modest, in so far as they appear only to correlate with the personal accomplishment dimension, without observable influence on other dimensions. In our understanding, the weak influence of these variables is explicable by the composition of the sample, which was not homogeneous.

Our research reveals some limitations which demand attention. In first place, the fact that the questionnaires were self-administered, namely the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS); given the participants low levels of schooling, this may have led to doubts in the filling out of this instrument. The low internal consistency (0.59) of the depersonalization dimension of the Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS) may be considered a limitation of this study. In addition, the fact that the sample was composed mainly of women did not allow for an apprehension of the influence of gender in the appearance of burnout syndrome. However, it was perceptible that the non-uniformity of the groups, regarding support services, may have contributed to the more modest results obtained in relation to their influence on the emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment variables.

As for future research, a replication of this study, at a national level, appears relevant, whilst taking into consideration the need for the composition of the study to be more homogeneous in relation to the sociodemographic and professional variables under study, for a better apprehension of their effects in the development of burnout. It would be absolutely relevant to develop longitudinal studies centered on the evaluation of intervention programs adjusted to the reality and context being studied.

Burnout is considered one of the great contemporary challenges to the occupational health of professionals, with special emphasis for those professions involving assistance, and has underlying costs for the workers, not just at the individual level, but also at the family level and for the institutions themselves. Although the

incidence is lower than that presented by health professionals, according to the levels presented we should not ignore that these present a threat. It is therefore imperative that delineate interventions adjusted to the context associated with care providers to the elderly and chronically ill.

3.2.5. References

- Barría, J. (2003) Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la región metropolitana. *Psykie*, 12, 1, 213-226.
- Breihl, K. A., & Nunes, M. L. T. (2012) Burnout em psicólogos – Quando o trabalho adocece. In J. Ribeiro; I. Leal; A. Pereira; P. Vagos & I. Direito (Ed) *Atas do 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Promoção da Saúde e doenças crónicas desafios à promoção da Saúde* (pp. 1389-1396). Lisbon: Placebo, Editora, Lda.
- Carlotto, M. (2011) O impacto de variáveis sociodemográficas e laborais na Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14, 1, 165-185.
- Carvalho, V., Calvo, B., Martin, L., Campos, F., & Castillo, I. (2006) Resiliencia y el modelo burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18, 4, 791-796.
- Da Silva, M., Marques, M., & Da Silva Bruno, C. (2009) Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em cuidadores de idosos. *Enfermería Global*, 16, 1-10.
- Dias, S., Queirós, C., & Carlotto, M. (2010) Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*, 32, 4-21.
- Ebling, M., & Carlotto, M. S. (2012) Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. *Trends Psychiatry and Psychotherapy*, 34, 2, 93-100.
- Gisbert, M. F., De Los Fayos, E. J., & Montesinos, M. D. (2008) Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*, 20, 3, 361-368.
- Gomes, A., Cruz, J., & Cabanelas, S. (2009) Estresse Ocupacional em Profissionais de Saúde: Um Estudo com Enfermeiros Portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, 3, 307-318.

- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., & Braga, F. (2009) Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario Hispanoamericano y Español (2007). *Revista Espanhola Salud Pública*, 83, 2, 215-230.
- Grau, A., Suñer, R., & García, M. (2005) Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19, 6, 463-470.
- Kareaga, A., Exeberria, S., & Smith, J. (2008) Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24, 2, 235-252.
- Lyod, C., & King, R. (2004) A survey of burnout among Australian mental health occupational therapists and social workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 752–757. doi:10.1007/s00127-004-0808-7
- Marôco, J. (2010) *Análise Estatística. – Com utilização do SPSS*. Lisbon, Edições Sílabo.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001) Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Noguera, L., & Francês, F. (2008) Estudio descriptivo del síndrome de burnout en una muestra de profesionales de enfermería en el área sur de Gran Canaria. *Ansiedad y Estrés*, 14, 1, 101-113.
- Oyefeso, A., Clancy, C., & Farmer, R. (2008) Prevalence and associated factors in burnout and psychological morbidity among substance misuse professionals. *BMC Health Services Research*, 8, 1, 39. doi:10.1186/1472-6963-8-39
- Pera, G., & Serra-Prat, M. (2002) Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, 16, 6, 480-486. doi:10.1016/S0213-9111(02)71968-7
- Pereda-Torales, L., Celedorio, F., Vásquez, M., & Zamora, M. (2009) Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*, 32, 399-404.

- Ribeiro, L., Gomes, A., & Silva, M. (2010) Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M.C. Taveira (Eds) *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1494-1508). Lisbon: Associação Portuguesa de Psicologia.
- Roque, L., & Soares, L. (2012) *Burnout* numa amostra de psicólogos portugueses da região autónoma da Madeira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13, 1, 2-14.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009) Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*. 14, 3, 204-220.
doi:10.1108/13620430910966406
- Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001) Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & Health*; 16, 5, 501-510.
doi:10.1080/08870440108405523
- Semedo, C. (2009) *Bem-Estar Psicológico no Trabalho e Acidentalidade Laboral em profissionais de saúde*. (Tese de Doutoramento, não publicada) Universidade de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela.
- Silva, M., & Gomes, A. (2009) Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14, 3, 239-248.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. In C. L. Cooper & I. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (pp. 25-48). New York: Wiley.
- Varoli, I., & Souza, C. (2004) O sofrimento dos que tratam: Burnout em profissionais de saúde mental. In J. Ribeiro e I. Leal *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A Psicologia da saúde num mundo em mudança*. Lisbon: ISPA, 691-697.

Vicente, C. S., Oliveira, R. A., & Maroco, J. (2013) Análise fatorial do Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14, 1, 152-167.

IV.

Estudo 2:

Burnout em Cuidadores Formais de Idosos e Doentes Crónicos – Atualidades

4º Artigo

Título: Burnout em Cuidadores Formais de Idosos e Doentes Crónicos – Atualidades

Title: Burnout in Formal Caregivers of Elderly and Chronically Ill – Current Affairs

Título resumido: Burnout em Cuidadores Formais de idosos e doentes crónicos

Short Title: Burnout in Formal Caregivers of Elderly and Chronically Ill

Autores: Carla Susana Vicente¹ & Rui Aragão Oliveira²

¹ *Doutoranda, Departamento de Psicologia, Universidade de Évora, Évora, Portugal.*

² *Psicanalista; Doutorado, Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (UIPES), Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), Lisboa, Portugal*

Estado: Accepted for publication in: Psychology, Community & Health

Correspondência autor:

Carla Susana Vicente

Doutoranda, Departamento de Psicologia, Universidade de Évora

Morada: Av. Rovisco Pais, nº 4, 1º Dto 1049-001 Lisboa, Portugal

E-mail: csvicent@gmail.com

Phone: (+351) 91 7578563

Burnout em Cuidadores Formais de Idosos e Doentes Crônicos – Atualidades

Resumo

Objetivo: O estudo visa compreender qual das dimensões associadas ao *burnout* apresenta maior relevância, e a influência de fatores ambientais e relacionais no desenvolvimento desta síndrome. **Método:** Utilizou-se uma metodologia mista. Amostra de conveniência, 15 participantes, sendo 93.3% do género feminino. Selecionados de acordo: critérios de *burnout* ($n = 7$) e índices elevados de Exaustão Emocional ($n = 8$). A média de idades situa-se entre os 41.6 ($DP = 8.92$) e os 37.2 ($DP = 11.54$). O Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) foi aplicado para a avaliação quantitativa, e a entrevista semiestruturada para explorar indicações clínicas, problemas, aspetos satisfatórios e constrangimentos vividos no trabalho. As entrevistas foram transcritas, codificadas e analisadas através da Análise Temática e Categorical (Bardin, 2011). Foram analisadas por um investigador independente. **Resultados:** A manifestação clínica do *burnout* mais relevante foi a Exaustão Emocional. Os fatores com maior influência foram as relações interpessoais, em particular entre profissionais e os utentes, e as vivências/significados associados ao trabalho, mais do que fatores organizacionais. Modelos que melhor se adequam ao contexto: A dinâmica intrapessoal e relacional. **Conclusão:** A Exaustão Emocional é a dimensão mais significativa para a ocorrência de fenómenos de burnout em profissionais que cuidam de população idosa na amostra estudada.

Palavras-Chave: *síndrome de burnout, Exaustão Emocional, prestadores de cuidados, geriatria, doenças crónicas*

Burnout in Formal Caregivers of Elderly and Chronically Ill – Current Affairs

Abstract

Aim: The study aims to understand which of the dimensions associated with burnout has greater relevance and the influence of environmental and relational factors in the development of this syndrome. **Method:** Used a mixed methodology. Convenience sample, 15 participants, with 93.3% of the female. Selected according: burnout criteria ($n = 7$) and high levels of emotional exhaustion ($n = 8$). The average age is located between 41.6 ($SD = 8.92$) and 37.2 ($SD = 11.54$). Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) was applied for quantitative assessment and semi-structured interview was used to explore clinical indications, indication of problems, satisfying aspects and the constraints experienced in their work. The interviews were transcribed, coded and analysed by categorical and thematic analysis (Bardin, 2011). Were analysed by independent investigator. **Results:** The clinical manifestation of burnout with greater relevance was Emotional Exhaustion. The factors with greater influence were interpersonal relationships, particularly between professionals and users and the experiences/ meanings associated with the work, rather than organizational factors. Models that best suits the context: The intrapersonal and relational dynamics. **Conclusion:** Emotional Exhaustion is the most significant dimension to the occurrence of phenomena of burnout in professionals who care for elderly people in the study sample.

Keywords: burnout syndrome, emotional exhaustion, social workers, geriatric, chronic illness.

4.1. Introdução

As profissões centradas no cliente, como a de cuidador formal, requerem um certo envolvimento emocional que coloca tensão sobre os profissionais, não sendo invulgar o sentimento de estarem emocionalmente esgotados e até a existência de uma certa frustração com o trabalho que realizam (Evers, Tomic, & Brouwers, 2001, 2002; Ngai & Cheung, 2009). Daí que seja relevante do ponto de vista social e individual estudar o burnout nos prestadores de cuidados, dado que os seus efeitos negativos fazem-se sentir não só no próprio profissional, como em todos aqueles que são alvo da sua intervenção (Cocco, 2010; Evers, et al., 2001; Narumoto et al., 2008; Ng, Fong, & Wang, 2011).

O burnout definido enquanto experiência de stress individual desenvolvida no contexto das relações sociais complexas, e associado ao trabalho, tem sido considerado como um fenómeno multidimensional composto por três dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e redução da Realização Pessoal (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Por Exaustão Emocional entende-se um esgotamento dos recursos emocionais, morais e psicológicos do sujeito. A Despersonalização representa um distanciamento afetivo ou indiferença emocional em relação aos outros, nomeadamente aos beneficiários do seu trabalho. A baixa Realização Pessoal exprime a diminuição dos sentimentos de competência e prazer associados ao desempenho da atividade profissional (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Para uma melhor compreensão do burnout têm sido propostos vários modelos com o objetivo de clarificar como é processada a evolução desta síndrome.

Os modelos teóricos focados nas questões individuais centram as suas explicações na vulnerabilidade dos indivíduos e no sentido que o sujeito atribui ao seu trabalho (Schaufeli & Buunk, 2003). Portanto, estariam mais suscetíveis ao burnout os profissionais orientados para os objetivos, e profissionais idealistas que apresentam elevadas expetativas em relação a si e à sua profissão. Assim, têm sido considerados

como fatores catalisadores do burnout, a motivação com que os profissionais iniciam a sua atividade, a necessidade exagerada de ajudar os outros e as expectativas irrealistas (El-Nady, 2012; Evers, et al., 2002; Ng, et al., 2011).

Nos modelos centrados nas interações das relações interpessoais, enquanto Maslach (1982) atribui a principal causa do burnout às relações interpessoais emocionalmente exigentes dos prestadores de cuidados com os seus clientes, Buunk e Schaufeli (1993) expandem o modelo a todas as relações sociais existentes no local de trabalho remetendo, assim, para a perceção da equidade entre o que o trabalhador investe e o que ele recebe nas suas relações no e com o trabalho (Maslach, et al., 2001; Pitfield, Shahriyarmolki, & Livingston, 2011; Rose, Madurai, Thomas, Duffy, & Oyebode, 2010). Certos tipos de clientes, especialmente aqueles com problemas crónicos e complexos, em que o profissional vê-se confrontado com a dor, a agressividade, o sofrimento e até a morte, são percecionados como mais stressantes e menos desejáveis pelos trabalhadores (Acker, 2010; Cocco, Gatti, Lima, & Camus, 2003; Evers et al., 2002; Padyab, Richter, Nygren, & Ghazinour, 2013; Westermann, Kozak, Harling, & Nienhaus, 2012). Os conflitos com os familiares dos clientes também têm sido considerados como um dos fatores que contribui para a exaustão emocional e despersonalização (Fujiwara, Tsukishima, Tsutsumi, Kawakami, & Kishi, 2003). Por outro lado, a falta de comunicação com os colegas de trabalho, o fraco apoio social dos colegas e supervisores, e os conflitos interpessoais estão associados ao burnout (Padyab et al., 2013; Westermann, et al., 2012). Deste modo, colegas de trabalho competitivos, distantes ou excessivamente críticos podem representar um importante catalisador para acontecimentos carregados de ansiedade e agravar situações de conflito (Trindade, Lautert, Beck, Amestoy, & Pires, 2010).

Por sua vez, a perspetiva organizacional coloca a ênfase nas condições em que o trabalho desenvolve-se. Assim, incluem como antecedentes do burnout, as disfunções dos papéis, os objetivos da instituição, a burocracia, a inadequação de recursos e o clima organizacional (Cocco et al., 2003; Schaufeli & Buunk, 2003). Lloyd,

King, e Chenoweth (2002) referenciam outros fatores de risco entre as assistentes sociais, nomeadamente a pouca autonomia e as dificuldades na prestação dos serviços aos utentes. Os conflitos de papéis, a ambiguidade do papel, a fraca participação na tomada de decisão e a sobrecarga de trabalho também foram consistentemente apontados como fatores de risco de burnout entre os trabalhadores em lares e os prestadores de cuidados de longa duração (Fujiwara et al., 2003; Ng, et al., 2011).

A forma como é processada a evolução do burnout tem suscitado alguma controvérsia. Na ótica de Maslach e Jackson (1981), e Buunk e Schaufeli (1993), a dimensão central do burnout seria a Exaustão Emocional, que contribuiria para a Despersonalização, entendida como uma estratégia defensiva face à primeira e consequentemente para a baixa Realização Pessoal (Maslach et al., 2001). Por sua vez, para Golembiewski, Munzender, e Stevenson (1986), na génese do burnout estaria a dimensão Despersonalização, que decorre do desequilíbrio entre as necessidades da organização e os interesses do trabalhador, gerando uma diminuição da realização profissional, contribuindo para a Exaustão Emocional (Schaufeli et al., 2003). Para Gil-Monte e Peiró (1997), a primeira das dimensões seria a baixa Realização Pessoal, seguida pela Exaustão Emocional, sendo a Despersonalização uma estratégia adotada pelo indivíduo para fazer face às anteriores (Gil-Monte & Moreno-Jiménez, 2007).

Nos cuidadores formais de idosos e de doentes crónicos, os estudos incidem particularmente nas categorias profissionais mais representativas, não abrangendo a vasta diversidade de profissionais que trabalham neste contexto. Assim, para uma melhor compreensão do fenómeno de burnout estabeleceram-se como objetivos:

a) Compreender qual das dimensões associadas ao burnout parece apresentar maior relevância;

b) Perceber a influência dos fatores ambientais/ organizacionais e relacionais para o desenvolvimento desta síndrome e sua especificidade, em relação ao grupo com critérios de burnout e ao grupo, apenas, com elevada Exaustão Emocional;

c) Avaliar qual o modelo teórico que é mais adequado para a compreensão do burnout no contexto em estudo.

4.2. Método

Participantes

Os autores, num primeiro momento, realizaram o estudo *Prevalence of burnout among professionals who care for elderly and chronically ill patients* onde foi utilizado o Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS), que demonstrou boas qualidades psicométricas (cf Vicente, Aragão, & Maroco, 2013) num universo de 265 participantes. Propôs-se a 15 destes profissionais a realização de entrevistas. Optou-se, assim, por uma amostragem de variação máxima. Os critérios de seleção adotados foram: trabalhar diretamente com idosos e doentes crónicos, categoria profissional, e fazer parte de um dos seguintes perfis: Grupo 1 ($n = 7$) preenche os critérios de *burnout* (elevada Exaustão Emocional e Despersonalização, e baixa Realização Pessoal) e o Grupo 2 ($n = 8$), apenas com valores elevados na dimensão Exaustão Emocional. A amostra foi na sua maioria constituída por mulheres (93.3%). No Grupo 1, a média de idades situa-se nos 41.6 ($DP = 8.92$), enquanto no Grupo 2, foi de 37.2 ($DP = 11.54$) (Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização da Amostra

Variáveis	Grupo 1 (n = 7)	Grupo 2 (n = 8)
Género		
Feminino	6	8
Masculino	1	-
Estado civil		
Solteiro (a)/Divorciado (a)	6	4
Casado (a)	1	4
Habilitações literárias		
1º Ciclo	-	1
2º Ciclo	1	-
3º Ciclo	2	3
Secundário	2	1
Bacharelato	1	-
Licenciatura/Mestrado	1	3
Categoria profissional		
Ajudante familiar	3	3
Auxiliar ação direta	1	1
Assistente social	1	3
Fisioterapeuta	1	-
Animador sociocultural	1	-
Responsável área saúde	-	1

Material

Para a caracterização sociodemográfica foi utilizado um questionário simples, com questões fechadas.

A entrevista qualitativa, semiestruturada, com questões abertas e fechadas, com particular incidência no contexto profissional, foi estruturada de acordo com o

referencial teórico. O guião de entrevista foi organizado de modo a obter o máximo de informação acerca das experiências dos cuidadores, tendo em consideração quatro áreas principais: indicações clínicas de *burnout*, indicação de problemas, aspetos satisfatórios, e os constrangimentos vividos no trabalho (Tabela 2). A investigadora tem experiência em entrevistas clínicas (Vicente et al., 2012).

Tabela 2

Protocolo de Entrevista

Áreas	Questões
Indicações clínicas do <i>burnout</i>	- Geralmente, como se sente no seu trabalho?
Indicação de problemas	- Qual a principal dificuldade com que se depara no seu trabalho? - Em relação a quem é que enfrenta esse problema: utentes, colegas ou superiores?
Aspectos satisfatórios	- Qual o aspecto mais satisfatório do seu trabalho? - Em relação a quem sente essa satisfação: utentes, colegas ou superiores?
Constrangimentos vividos no trabalho	- Que aspectos do seu trabalho, gostaria de evitar? Ou Quais são, para si, os maiores problemas que enfrenta na sua atividade profissional? - Como lida com essas situações? Ou O que faz para resolver essas situações?

Procedimento

A primeira fase consistiu na aplicação do Inventário de Burnout de Maslach (HSS) a 265 participantes, prestadores de cuidados sociais para idosos e doentes crónicos (cf Vicente, Oliveira, & Maroco, in press). Esta etapa permitiu avaliar a existência de *burnout* e seleccionar os participantes para a segunda etapa do estudo.

A segunda fase compreendeu o contato formal dos profissionais que manifestaram interesse em colaborar na segunda etapa. Foi explicitada a necessidade de realizar uma entrevista direcionada para o contexto profissional e uma segunda entrevista clínica. Através do consentimento informado foi solicitada a autorização para a gravação áudio. O anonimato e confidencialidade das respostas foram assegurados a todos os participantes.

As entrevistas com gravação áudio tiveram uma duração entre 60 a 180 minutos. A média de entrevistas para cada participante foi de 2.67.

Após as entrevistas terem sido realizadas, foram transcritas na íntegra e analisadas utilizando a Análise Temática e Categorical proposta por Bardin (2011). Neste método, assente na análise indutiva, utilizou-se a técnica de codificação aberta. A análise de conteúdo foi realizada tendo por base as seguintes fases: as transcrições foram lidas pelo menos duas vezes, de forma a inferir os seus significados globais e específicos e respectiva estrutura. Os significados específicos de cada entrevista geraram códigos abertos (critério semântico). Os códigos abertos foram identificados e etiquetados. Os códigos com temas semelhantes foram agrupados. Os temas foram reanalisados e revistos, de modo a serem etiquetados e reagrupados nas respectivas categorias temáticas. As categorias temáticas foram validadas através da releitura dos dados obtidos por meio das citações directas dos participantes.

As entrevistas foram analisadas por dois investigadores, o principal (CV) e outro investigador independente (RA). Sempre que surgiram dúvidas no processo de codificação, entre investigadores, voltou-se a ler as entrevistas na íntegra de modo a clarificar e tornar mais explícito o tema subjacente.

4.3. Resultados

As duas principais categorias que emergiram foram: as indicações clínicas do *burnout*, que remetem para as manifestações e consequências decorrentes do sujeito evoluir ou estar em *burnout*; e os fatores indutores de *burnout*, que dizem respeito às causas que podem contribuir para o aparecimento desta síndrome. Destas duas categorias resultaram cinco temas e 23 subtemas específicos que encontram-se expressos na Tabela 3.

Tabela 3

Categorias, Temas e Subtemas por Grupos.

Categorias, Temas e Subtemas	Grupo 1 (n = 7)	Grupo 2 (n = 8)
Indicações clínicas de <i>burnout</i>		
Manifestação <i>Burnout</i>		
Exaustão Emocional e Física	7	7
Baixa realização pessoal	6	2
Despersonalização	4	1
Desejo de abandonar o trabalho	3	1
Fatores indutores		
Características organizacionais		
Excesso de burocracia	2	5
Falta de recursos humanos	2	3
Conflito de funções	0	2
Baixa remuneração	3	0
Fraca participação tomada decisão	0	3
Características das funções		
Sobrecarga de trabalho	4	5
Excesso de responsabilidade	1	3
Horário de trabalho prolongado	2	1
Complexidade das funções	1	2
Relações interpessoais		
Com clientes e/ ou cuidadores informais		
Impacto da morte do outro	4	6
Lidar com dependência/Fragilidade do outro	4	5
Lidar com familiares/Cuidadores informais	3	4
Deterioração do quadro clínico	4	3
Com colegas e superiores		
Fraco apoio social	6	7
Falhas de comunicação	3	3

Conflitos interpessoais	5	8
Vivências/Significado atribuído ao trabalho		
Investimento excessivo no trabalho	2	6
Não corresponder às expectativas	5	7
Experiências significativas/Identificação	2	3

Indicações Clínicas do *Burnout*

Manifestação do *Burnout*

A Exaustão Emocional e Física remete para as manifestações psicossomáticas "...é um grande desgaste psicológico ... quando chega à 4ª feira já estou estoirada..." (E3). Foi identificada em 14 dos participantes, que reportaram aspetos como: não se sentirem capazes de dar mais de si; sentirem desgaste psicológico; alteração na capacidade de memorização; cansaço físico; dores de cabeça e falta de paciência.

A baixa Realização Pessoal refere-se à desmotivação e aos sentimentos de diminuição de competência, assim como ao sentimento de frustração. Foi observável nas verbalizações de 8 dos participantes, "... tenho dias em que me sinto desmotivada, sinto que faço isto por obrigação, não por gosto..." (E1), sendo mais evidente no grupo com critérios de *burnout*.

A Despersonalização remete para uma atitude de distanciamento face aos utentes e a outros intervenientes associados ao contexto, e uma certa insensibilidade face ao problema do outro. Em apenas cinco dos participantes, com maior evidência no grupo com critérios de *burnout* ($n = 4$), observaram-se citações como, "(...) não, não quero saber se tem passado bem, se tem passado mal ..." (E15).

O desejo de abandonar o trabalho, "Às vezes não, só me apetecia sair, estou farta ..." (E10), foi outro dos subtemas identificados. Somente quatro participantes manifestam o desejo de mudar ou deixar a instituição onde trabalham.

Fatores Indutores

Caraterísticas Organizacionais

No que se refere à forma como a instituição se organiza, emergiram cinco subtemas.

O excesso de burocracia, "... com isto da qualidade ainda veio complicar mais porque ainda é mais papelada..." (E7), remete para a quantidade de procedimentos administrativos necessários à execução do seu trabalho. Foi assinalado principalmente pelo grupo com índices elevados de Exaustão Emocional ($n = 5$).

A falta de recursos humanos corresponde ao número insuficiente de colaboradores, "... a equipa nunca está completa ..." (E3), ou ausência de equipa técnica multidisciplinar. Foi observável em ambos os grupos.

O conflito de funções refere-se à indefinição das funções e responsabilidades exigidas aos colaboradores. As narrativas evidenciam, "...há situações que elas tratam que não passam por mim e depois vem-me questionar ..." (E2), em que apenas o grupo com índices elevados de Exaustão Emocional ($n = 2$) assinala este fator.

A baixa remuneração é proferida pelos participantes com critérios de *burnout*, que referem, "...e claro o ordenado é muito pequeno, para a minha exigência é demasiado pequeno..." (E10), não correspondendo às suas responsabilidades e expetativas.

A fraca participação na tomada de decisões remete para o sentimento de não se sentirem envolvidos e atendidos nas suas opiniões acerca do funcionamento da instituição "... estive presente na entrevista (...) a direção que selecionou definiu as condições, o tipo de contrato, (...) nem sequer me informou ..." (E7). Apenas os participantes com índices elevados de Exaustão Emocional proferem verbalizações que remetem para este subtema.

Características da Função

Nesta secção foram incluídos todos os subtemas que dizem respeito especificamente à função e aos constrangimentos decorrentes da mesma.

A sobrecarga de trabalho, "...a sensação que eu tenho é que um dia para mim são três dias de trabalho, é a quantidade de assuntos que são tratados, a diversidade, ..." (E15) foi verbalizada pelos participantes dos dois grupos, correspondendo à percepção da quantidade, a diversidade e natureza de assuntos que carecem de resolução diariamente.

O excesso de responsabilidade apreende-se das verbalizações dos participantes, "... estarmos presentes e não esquecermos, lá está, trabalhamos com a vida das pessoas,..." (E12), com elevados índices de Exaustão Emocional ($n=3$). Remete para o dar respostas a situações de risco, o sentimento de ser responsabilizado perante situações de insucesso e pela percepção de que certas decisões dependem de si.

O horário de trabalho prolongado foi citado em ambos os grupos, na medida em que referem "...não é justo estar a semana toda mais horas do que é o meu horário a fazer tudo e depois ainda levar para casa trabalho" (E7).

No que se refere à complexidade do trabalho, foi referida por três participantes, em particular no grupo com elevados índices de Exaustão Emocional, que remetem para o desempenho de múltiplas funções, "... quer dizer eu não posso fazer o trabalho de psicóloga e de assistente social, ..." (E5), para as quais não se sentem preparados por não disporem de formação adequada para as desempenharem.

Relações Interpessoais

Com Clientes e/ou Cuidadores Informais

O impacto da morte do outro, "... tratava-se da pessoa que faleceu mas ficava aquele vazio ... faltava ali qualquer coisa ..." (E13), remete para a sensação de vazio,

saudade, ou sentimento de perda, foi proferido em ambos os grupos, sendo mais evidente no grupo com elevados índices de Exaustão Emocional ($n = 6$).

O lidar com a fragilidade do outro, "... pela dor, pelo sofrimento da velhota ali, isso é que nos custava,..." (E8), remete para a dependência dos utentes, a vulnerabilidade do outro, assim como para o isolamento social evidenciado pelas pessoas a quem prestam assistência. Foi observável que nove dos participantes mencionam uma maior dificuldade em lidar com estes aspetos.

O lidar com os familiares/ cuidadores informais foi mencionado, em ambos os grupos ($n = 9$), dado que consideram ter dificuldade em gerir a agressividade e acusações por parte dos familiares dos utentes, "...houve, aí o caso do filho de uma utente, que me atacou forte e feio ..." (E2), assim como a atitude de desresponsabilização destes cuidadores informais perante os seus familiares.

A deterioração do quadro clínico, "... um doente em fase terminal também, (...) que deixou de respirar e começou a revirar os olhos, ... paralisei ..." (E14), foi igualmente assinalado pelos dois grupos. Este fator remete para a perda gradual de capacidades, perda de identidade que ocorre em alguns quadros clínicos (e.g. Demências), bem como um sentimento de incapacidade para reverter determinados quadros clínicos.

Com Colegas/ Superiores

O fraco apoio social, "Acho que não temos, acho que trabalhamos todos para o mesmo, mas cada um faz por si (...)" (E11), entendido como fraco suporte por parte dos colegas e superiores hierárquicos, a ausência de ajuda na resolução de problemas, a ausência de reciprocidade, o que contribui para a dificuldade em estabelecer vínculos com o outro, foi dos subtemas mais assinalados pelos participantes dos dois grupos ($n = 6$; $n = 7$, respetivamente).

Outro fator, assinalado por seis dos participantes, prende-se com as falhas de comunicação, que remete para uma comunicação mais funcional centrada no trabalho

e desprovida de afetos, entendida como uma comunicação agressiva, ausência de partilha de informação, percepção de não se sentir ouvido e na dificuldade em comunicar com os colegas e superiores hierárquicos, “...em relação a mim, não temos linguagens em comum, eu falo ela não entende, ela fala eu não entendo...” (E4).

Os conflitos interpessoais, um dos subtemas evidenciados nos dois grupos, por narrativas como “... não sabes fazer isto, ou porque não sabes fazer aquilo, ou porque fizeste isto ou fizeste aquilo ...” (E1), acentuam a existência de um ambiente pouco contendor nas relações com os colegas, e com os familiares dos utentes, a existência de rivalidade entre colegas, assim como as críticas constantes a que se sentem sujeitos.

Vivências/ Significado Atribuído ao Trabalho

O investimento excessivo no trabalho, exposto pelos participantes com elevada Exaustão Emocional, foi aqui representado pela demonstração de um comprometimento excessivo com o trabalho, assim como de uma necessidade de o participante sentir que fez tudo pela melhoria das condições do outro (utente), e o sentimento de que a sua satisfação pessoal e a sua autoestima são obtidas por intermédio do trabalho “...a satisfação pessoal, a autoestima, a concretização revê-se muito pelo trabalho, ...” (E15).

O não corresponder às expetativas, suas e dos outros, foi observado nas narrativas dos participantes dos dois grupos “... tenho pena de não chegar mais longe, não poder estar mais presente ...” (E1). Este subtema remete para, a discrepância entre o trabalho idealizado e o realizado, as expetativas frustradas por o trabalho realizado pelo participante não corresponder à sua idealização, a impotência para solucionar o problema do outro, e o participante sentir-se desajustado quanto às necessidades da instituição.

No que concerne, às experiências significativas ou à identificação com a história, outro dos subtemas, refere-se às vivências dos participantes com os utentes,

que remetem para a história de vida dos participantes, suscitando um sentimento de impossibilidade de cuidarem dos seus familiares, à semelhança do muitas vezes reiterado pelos cuidadores informais ou noutros casos, remete para a vivência ou ausência da experiências de vida dos participantes com os seus pais e/ou avós "... eu gosto mesmo daquilo que eu faço, faz-me lembrar coisas que eu tinha com a minha avó" (E9).

4.4. Discussão

Um dos objetivos desta investigação consistiu em averiguar qual das dimensões associadas ao *burnout* parece apresentar maior relevância. No nosso estudo, a Exaustão Emocional apresenta-se como a dimensão central do *burnout*, a qual desencadeia sentimentos de desmotivação e frustração, contribuindo para a Despersonalização. Embora estes resultados pareçam ir no sentido dos alvitados por Maslach (1982), i.e. a Exaustão Emocional como dimensão central, eles diferem na forma como é processada a sua evolução, dado que a dimensão subsequente foi a Realização Pessoal, seguida da Despersonalização (Maslach et al., 2001; Ngai & Cheung, 2009). Contudo, parece-nos fundamental ser cautelosos na interpretação dos resultados, na dimensão Despersonalização, em virtude de se tratar de um contexto profissional centrado no cuidar do outro, em que há uma ideia próxima de vocação, o que poderá constituir uma certa ameaça psicológica para o indivíduo assumir a existência de sentimentos de distanciamento face às pessoas beneficiárias do seu trabalho.

Esta investigação propunha-se, ainda, perceber a influência dos fatores ambientais/ organizacionais e relacionais no aparecimento do *burnout*.

À semelhança dos estudos de Ng e colegas (2011), Lloyd e colegas (2002), os dados sugerem que fatores como o excesso de burocracia, excesso de responsabilidade, complexidade de funções, e fraca participação na tomada de

decisão parecem influenciar o desenvolvimento de Exaustão Emocional e consequentemente de *burnout*. Porém, o impacto destes fatores parece ter repercussões apenas nas categorias profissionais que assumem funções de gestão e coordenação, como é o caso de assistentes sociais.

Segundo Acker (2010) e Padyab et al. (2013) o lidar com doenças crônicas e situações complexas é considerado pelos profissionais como um dos aspetos menos desejáveis do seu trabalho. Confrontar-se com situações de perda de capacidades e de morte foi considerado, neste estudo, como indutor não só de exaustão emocional mas também de *burnout*. Estes fatores foram evidenciados em todas as categorias profissionais, não sendo caraterísticos de nenhuma em particular, o que poderá justificar-se com um dos critérios de seleção da amostra que pressupunha o contato direto com idosos e doentes crónicos.

Fujiwara et al. (2003) consideram que os conflitos com os familiares dos clientes constituem um impulsionador da exaustão emocional. Sendo um contexto pautado pela proximidade entre profissionais e familiares dos clientes, verificou-se que o lidar com a agressividade e acusações dos familiares/ cuidadores informais foi considerado como um dos fatores indutores de *burnout*. Não obstante, os conflitos interpessoais e o fraco apoio social dos colegas foram igualmente assinalados como fatores que parecem influenciar a propensão para a exaustão emocional e para o *burnout*.

As vivências/ significado atribuído ao trabalho também parecem exercer influência não só no aparecimento da exaustão emocional, como do *burnout*. Não será de descurar que nestas profissões os profissionais consideram que com o trabalho que desenvolvem pode fazer a diferença no cuidar do outro.

Os modelos teóricos que se adequam melhor para a compreensão do *burnout*, no contexto em estudo, foi outro dos objetivos propostos. Em primeiro, consideramos que o *burnout* será melhor explicado pelos modelos assentes nas interações das relações interpessoais. A importância das relações interpessoais não se cinge apenas

aos utentes e familiares/ cuidadores informais, mas também aos outros institucionais, como os colegas e superiores hierárquicos. A ausência de reciprocidade e uma comunicação mais funcional e desprovida de afetos entre colegas/ superiores contribuem para um estado não só de exaustão emocional, mas também de *burnout*.

Porém, atendendo a se trata de um contexto centrado no cuidar do outro, os nossos resultados também confirmam a importância do sentido que é atribuído ao trabalho pelos profissionais, dado estar subjacente um envolvimento excessivo com o trabalho. Assim como a discrepância entre o trabalho idealizado e o realizado, que conduz a um sentimento de não corresponder às expectativas, suas e dos outros, em virtude de serem confrontados com a impossibilidade de dar as respostas mais adequadas às situações das pessoas beneficiárias do seu trabalho.

As limitações apresentadas por esta investigação consistem na realização de duas entrevistas, com objetivos diferentes, podendo ter contribuído para uma certa dispersão na exploração do contexto profissional. No entanto, foram efetuadas em semanas diferentes, permitindo uma análise prévia, de forma a clarificar e aprofundar as temáticas.

O facto de não se ter utilizado o critério de *saturação teórica* para o término de inclusão de casos poderá ser considerado uma limitação. No entanto, assegurou-se a fidelidade dos resultados através da análise das entrevistas por outro investigador, tendo-se observado um elevado grau de concordância. Embora não se tenha procedido à confirmação da interpretação dos dados junto dos participantes, o que comprometeria a validade do estudo, procedeu-se à triangulação de métodos, o que possibilitou alcançar resultados mais seguros.

Em futuras investigações sugere-se a realização de estudos qualitativos em que seja controlada a variável depressão, de forma a perceber a sua influência no desenvolvimento do *burnout*. Considera-se, ainda, essencial a realização de estudos longitudinais centrados na avaliação de programas de intervenção ajustados à realidade e contexto em estudo.

As implicações teóricas e práticas deste estudo traduzem-se numa melhor compreensão do fenómeno *burnout* nos cuidadores formais, dando o seu contributo:

- Na compreensão da génese do *burnout*, em que a dimensão principal parece ser a Exaustão Emocional, a qual desencadeia sentimentos de desmotivação e frustração, contribuindo para a Despersonalização;

- Clarificação dos fatores de risco mais relevantes, nomeadamente o impacto da morte, da complexidade dos casos, da agressividade dos cuidadores informais; dos conflitos interpessoais; e do fraco apoio social com os colegas e/ou superiores hierárquicos;

- Assim, os fatores relacionados com a dinâmica intrapessoal e relacionais parecem ter maior influência no aparecimento do *burnout* do que os fatores organizacionais.

- Permitindo sugerir linhas orientadoras, assentes na adaptação dos objetivos e expectativas, da atual situação de trabalho e da equidade social, para se delinearem intervenções mais eficazes, de modo a prevenir ou reduzir o *burnout*.

4.5. Referências

- Acker, G. (2010) The challenges in providing services to clients with mental illness: Managed care, burnout and somatic symptoms among social workers. *Community Mental Health Journal, 46*, 591-600. doi:10.1007/s10597-009-9269-5
- Bardin, L. (2011) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Buunk, B., & Schaufeli, W. (1993) Burnout: Perspective from social comparison theory. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Cocco, E. (2010). How much is geriatric caregivers burnout Caring-Specific ? Questions from a questionnaire survey. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 6*, 66–71.
- Cocco, E., Gatti, M., Lima, C., & Camus, V. (2003) A comparative study of stress and Burnout among staff caregivers in nursing homes and acute geriatric wards. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18*, 1, 78-85. doi:10.1002/gps.800
- El-Nady, M. (2012) Relationship between caregivers burnout and elderly emotional abuse. *Scientific Research and Essays, 7*, 41, 3535–3541. doi:10.5897/SRE11.1256
- Evers, W., Tomic, W., & Brouwers, A. (2001) Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. *Mental Health Nursing, 22*, 439-454.
- Evers, W., Tomic, W., & Brouwers, A. (2002) Aggressive behavior and burnout among staff of homes for the elderly. *International Journal of Mental Health Nursing, 11*, 2-9.
- Fujiwara, K., Tsukishima, E., Tsutsumi, A., Kawakami, N., & Kishi, R. (2003) Interpersonal conflict, social support, and burnout among home care workers in Japan. *Journal of Occupational Health, 45*, 313-320.

- Gil-Monte, P., & Moreno-Jiménez, B. (2007) *El Síndrome de Quemarse por el trabajo (Burnout): grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1997) *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F., & Stevenson, J. G. (1986). *Stress in organizations: Toward a phase model of burnout*. New York: Praeger
- Lloyd, C., King, R., & Chenoweth, L. (2002) Social work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health, 11, 3, 255–265*. doi:10.1080/09638230020023642.
- Maslach, C. (1982) *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior, 2, 2, 99-113*. doi:10.1002/job.4030020205
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001) Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52, 397-422*. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Narumoto, J., Nakamura, K., Kitabayashi, Y., Shibata, K., Nakamae, T., & Fukui, K. (2008) Relationships among burnout, coping style and personality: Study of Japanese professional caregivers for elderly. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 62, 174–176*. doi:10.1111/j.1440-1819.2008.01751.x
- Ng, S., Fong, T., & Wang, X. (2011) The role of holistic care culture in mitigating burnout and enhancing engagement: A study among elderly service workers in Hong Kong. *Ageing and Mental Health, 15, 6, 712–719*. doi:10.1080/13607863.2011.556602
- Ngai, S., & Cheung, C. (2009) Idealism, altruism, career orientation, and emotional exhaustion among social work undergraduates. *Journal of Social Work Education, 45, 1, 105-121*. doi:10.5175/JSWE.2009.200700077
- Padyab, M., Richter, J., Nygren, L., & Ghazinour, M. (2013). Burnout among social workers in Iran : Relations to individual characteristics and client violence. *Global Journal of Health Science, 5, 4, 142–150*. doi:10.5539/gjhs.v5n4p142

- Pitfield, C., Shahriyarmolki, K., & Livingston, G. (2011) A systematic review of stress in staff caring for people with dementia living in 24-hour care settings. *International Psychogeriatrics*, 23, 1, 4–9. doi:10.1017/S1041610210000542
- Rose, J., Madurai, T., Thomas, K., Duffy, B., & Oyebode, J. (2010) Reciprocity and burnout in direct care staff. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 455-462. doi:10.1002/cpp.688
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003) Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In M. J. Winnubst and C. L. Cooper (Eds.) *The Handbook of work and health psychology*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009) Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*. 14, 3, 204-220. doi:10.1108/13620430910966406
- Trindade, L., Lautert, L., Beck, C., Amestoy, S., & Pires, D. (2010) Estresse e Síndrome de Burnout entre trabalhadores da equipa de saúde da família. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23, 5, 684-689.
- Vicente, C., Aragão Oliveira, R., Silva, F., Ferrajão, P., ... Oliveira, S., & Krieger, D. (2012) Cross-cultural adaptation of the Operationalized Psychodynamic Diagnostic (OPD-2) in Portugal. *Trends Psychiatry Psychotherapy*, 34, 3, 129-38.
- Vicente, C. S., Oliveira, R. A., & Maroco, J. (2013) Análise fatorial do Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14, 1, 152-167.
- Vicente, C. S., Oliveira, R. A., & Maroco, J. (in press) Prevalence of Burnout among professionals who care for elderly and chronically ill patients. *Manuscript submitted for publication*.
- Westermann, C., Kozak, A., Harlinh, M., & Nienhaus, A. (2012) Burnout interventions studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 51, 1, 63-71. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.12.001

V.

Estudo 3:

Dinâmicas intrapsíquicas na Síndrome de Burnout

5º Artigo

Title: Cross-cultural adaptation of the Operationalized Psychodynamic Diagnostic (OPD-2) in Portugal

Título: Adaptação transcultural do Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2) em Portugal

Authors: Carla S. Vicente,¹ Rui Aragão Oliveira,² Filipe Silva,³ Paulo Ferrajão,⁴ Sara Augusto,⁵ Sandra Oliveira,⁶ Hugo Senra,⁷ Raquel Oliveira,⁸ Daniela Krieger⁹

1 Doutoranda, Departamento de Psicologia, Universidade de Évora, Évora, Portugal. 2 Doutorado. Psicanalista. Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (UIPES), Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), Lisboa, Portugal. 3 Psicólogo clínico, Sociedade Portuguesa de Psicanálise, Sociedade Portuguesa de Psicossomática. 4 Bolseiro de Doutoramento, UIPES, ISPA, Fundação de Ciência e Tecnologia (FCT). 5 Doutoranda, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. 6 Doutorada. Psicanalista, CliniPinel, Lisboa, Portugal. 7 Doutorado. Psicólogo clínico, clínica privada. 8 Assistente técnica de investigação, UIPES, ISPA. 9 Psicóloga clínica. Mestranda, Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil.

Estado: *PUBLICADO: TRENDS IN PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY, 2012.*

Corresponding Author:

Carla Susana Vicente

Ph.D. Student, Psychology Department, University of Évora

Address: Av. Rovisco Pais, nº 4, 1º Dto 1049-001 Lisbon, Portugal

E-mail: csvicent@gmail.com

Phone: (+351) 91 7578563

Cross-cultural adaptation of the Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) in Portugal

Abstract

Background: The OPD-2 (Operationalized Psychodynamic Diagnostic) is established internationally as a one of the major instruments for clinical diagnosis and scientific research, being frequently used as an auxiliary means in the deduction of the therapeutic intervention's focus. **Aim:** This study aims at: 1) presenting the methodological aspects of the adaptation process OPD-2 into Portuguese (Portugal and Brazil), and 2) assessing inter-rater agreement for the different axes of the instrument when scoring clinical interviews. **Method:** The transcultural adaptation involved a translation, performed by independent translators. The resulting versions were compared in discussion groups, in order to develop the instrument's final version. When faced with discrepancies, in the discussion group, regarding the translation of the original concepts, the instrument's authors were contacted for clarification. To assess the inter-rater agreement, five interviews were used. Each subject participated in two interviews, conducted by an experienced clinical psychologist. The interviews were recorded, transcribed and then analyzed by the researcher and by three independent judges. **Results:** Axis IV (Structure) presented the highest inter-rater agreement (78%). Axes I (Experience of illness and prerequisites for treatment) and III (Conflict) presented lowest levels of inter-rater agreement (66% and 57.7% respectively). **Conclusions:** The results point in the same direction of studies conducted in other countries. In this sample the instrument presented an acceptable inter-rater agreement; however, further studies are needed to study the instrument's reliability.

Keywords: Operationalized Psychodynamic Diagnosis; cross-cultural adaptation; OPD; translation and adaptation methodology; psychological assessment instruments

Adaptação transcultural do Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2) em Portugal

Resumo

Introdução: O OPD-2 (Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado) constitui-se internacionalmente como um dos principais instrumentos de diagnóstico clínico e de investigação científica, sendo frequentemente utilizado como meio auxiliar na dedução de focos de intervenção terapêutica. **Objetivo:** Esse estudo tem como objetivos: 1) apresentar os aspetos metodológicos do processo de adaptação transcultural do Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2) para a língua portuguesa (Portugal e Brasil) e 2) avaliar a concordância inter-avaliadores para os diferentes eixos do instrumento na cotação de entrevistas clínicas. **Método:** A adaptação transcultural envolveu tradução realizada por tradutores independentes. As versões resultantes foram confrontadas em grupos de discussão, para redação da versão final do instrumento. Face às divergências, no grupo de discussão, na tradução de alguns conceitos originais, foram contactados os autores do instrumento para clarificação dos mesmos. Para avaliação da concordância inter-avaliadores, foram utilizadas entrevistas de cinco sujeitos. Cada um dos sujeitos participou em duas entrevistas conduzidas por uma psicóloga com experiência clínica. As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas pela investigadora e 3 juízes independentes. **Resultados:** O eixo IV (Estrutura) apresentou a maior concordância inter-avaliadores (78%). Os eixos I (Vivência da doença e Pré-requisitos para o tratamento) e o Eixo III (Conflitos) obtiveram menor concordância inter-avaliadores (66% e 57,7% respetivamente). **Conclusão:** Os resultados obtidos apontam na mesma direção de estudos realizados em outros países. Na amostra utilizada o instrumento obteve razoável concordância inter-avaliadores, porém são necessários outros estudos, para investigar a confiabilidade do instrumento.

Descritores: *Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado; Adaptação transcultural; OPD; metodologia de tradução e adaptação; instrumentos psicológicos*

5.1.1. Brief introduction to the Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2)

In 1992, in Germany, Manfred Cierpka and a group of psychoanalysts, psychoanalytic psychotherapists, and psychiatrists founded a group called Operationalized Psychodynamic Diagnosis, or the OPD Task Force.¹ Since its creation, the group has aimed at expanding the classification and description of mental disorder symptoms by adding some clinically attested psychodynamic dimensions to previous diagnostic systems.^{1,2}

One of the reasons motivating the creation of the OPD group were the general limitations of existent diagnostic classification systems, such as the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSMIII, DSM-IV), published by the American Psychiatric Association,³ and the International Classification of Mental and Behavioral Disorders (ICD-10), issued by the World Health Organization (WHO),⁴ in the context of psychodynamic psychotherapies (APA, 1994; WHO, 1993). According to the OPD founders (Manfred Cierpka and Wolfgang Schneider), these diagnostic systems alienate the concept of neurosis and are primarily based on phenomenological and biological concepts, neglecting the validity and reliability of other categories of psychoanalytic diagnosis.¹

A diagnosis centered on symptom descriptions provides few guidelines to psychodynamic therapists on how to guide their work, and does not provide information about the aspects underlying the individuals' mental functioning, such as interpersonal relations or intrapsychic conflicts. In addition, the level of structural integration of the patient's personality and the subjective experience of the disease are not taken into consideration in these classifications.^{1,2,5,6} As a result, the OPD Task Force developed a diagnostic inventory and a manual aimed specifically at experienced therapists. The authors' main objective was to promote specialized training and clinical application.^{1,2,5}

The OPD-2 is a multi-axial tool for psychoanalytic diagnosis, based on five axes: Axis I, Experience of illness and prerequisites for treatment; Axis II, Interpersonal relations; Axis III, Conflicts; Axis IV, Structure; and Axis V, Mental and psychosomatic disorders, in accordance with ICD-10's Chapter V(F). The first four axes are based on psychodynamic thought, derived from the psychoanalytic theory, and partially match psychoanalytic concepts (personality structure, intrapsychic conflicts, transference). The last axis is a point of connection with the diagnostic tool ICD-10.7 The instrument is intended for clinicians, who complete the forms covering each axis after performing one or more initial interviews lasting 1-2 hours each. The OPD- 2 therefore allows to identify dysfunctional relationship patterns, settings of internal conflicts, and the patient's structural conditions. It may be used in determining the focus of therapeutic interventions.1,2,5

5.1.2. Main areas of application

The creation of the OPD-2 has allowed the elaboration of reliable and differential diagnoses. In addition, when combined with other standardized instruments, the OPD-2 has assisted in the development of psychotherapeutic treatment plans and in the evaluation of results.

In Germany, the OPD-2 is already considered an essential resource to certify the quality of interventions in patients undergoing psychodynamic psychotherapy in the context of hospital treatments, within the development the Quality in Psychodynamic Psychotherapy system (QPP). The OPD-2 allows the description of outpatient psychotherapy results and consequently the establishment of an operationalized psychodynamic diagnosis, including symptoms and systematic documentation of treatment progress.

This process is ensured by defining the changes that need to occur in the patient during the therapeutic plan. Such changes have as a starting point the categories identified as "problematic" in the OPD-2 initial evaluation. Treatment

progress is assessed based on a common conceptual basis: the axes comprising the OPD-2 are evaluated at different moments of the therapeutic process, guiding the therapeutic action through the definition of new treatment focuses. The OPD-2 also allows to evaluate the reduction of pre-existing symptoms, by defining the most appropriate therapeutic intervention for the patients and thus increasing their quality of life (OPD, 2008). The OPD-2 was not created with disciplinary or assessment purposes, but rather to improve our understand and judgment of which type of psychotherapy should be applied or will bring greatest benefit to the patient.

Even though the implementation of OPD-2 can be afforded by national public health institutions, the authors advocate the expansion of OPD-2 use also into private health care institutions, in order to develop internal systems of quality certification.¹ The OPD-2 can be applied with the following purposes:

1. to provide a better understanding of difficult treatment stages and help establish the focus of psychotherapy;

2. in evaluation and subsequent therapeutic indication.

For example, patients with moderate to high levels of structural integration may join groups to work on the conflict pathology; patients with a low level of structural integration may be included in groups focusing on ego function deficits;

3. to access the patient's potential for change;

4. as an evaluation system, complementary to ICD-10-based diagnosis, applied at the beginning and the end of the therapeutic process, allowing the analyst to assess the changes taking place in the patient during the therapeutic process, as well as to collect indicators on factors that influence treatment adherence or non-adherence.

In addition to the clinical applications described above, the OPD-2 may also be useful in the evaluation and training of future psychotherapists, contributing to their professional certification in specialized areas of psychosomatic medicine and psychotherapy.²

At a different level, technical reports on psychosomatics and psychotherapy have been frequently requested from mental health experts in the legal framework (criminal, civil, social). According to the authors,¹ OPD-2 data may, for example, help support a forensic report generally based on a descriptive psychiatric diagnosis, as it enables the understanding of the individual's mental development. This could help understand the precise reasons and causes of a given act and predict a more reliable prognosis, namely by determining the probability of a given individual, with a given mental structure, incurring in the same act.

Thus, the original purpose leading to the creation of the OPD-2 was the development of an instrument that could enable an empirical investigation of the therapeutic process, largely supplanted by the possibilities of its practical application to other fields, which justifies its continuous dissemination and improvement.

5.1.3. OPD-2 axes and specificities of the interview

The OPD-2 manual provides a set of checklists and guidelines for clinical interviews that are specific and designed according to the specific nature of each psychodynamic dimension, in order to obtain a diagnosis for each axis.¹ All axes, dimensions, and respective indicators are described in Table 1.

Table 1

OPD-2 – Outline of each respective axis and directions

Axis	Dimensions	Indicators
I. Experience of illness and prerequisites for treatment	Objective assessment of the patient's illness / of the problem	1. Current severity of the illness/of the problem
		2. Duration of the disturbance/of the problem
	Patient's experience, presentation, and concepts of illness	3. Experience and presentation of the illness
		4. Illness concepts of the patient
	Resources for and impediments	5. Patient's concepts about change
		6. Resources for change

	to change (Psychotherapy module)	7. Impediments to change
	Patient's experience, presentation, and concept/s of illness	5. Patient's concepts about change
	Resources for and impediments to change	6. Resources for change 7. Impediments to change
II. Interpersonal Relationships	<i>Perspective A: The patient's experience</i>	Patient experiences herself as Patient experiences others as
	<i>Perspective B: The experience of others (also of the investigator)</i>	Others experience the patient as Others experience themselves as
		1. Individuation versus dependency. 2. Submission versus control. 3. Need for care versus autarky
III. Conflict	Repetitive-dysfunctional conflicts	4. Self-worth conflict 5. Guilt conflict 6. Oedipal conflict 7. Identity conflict
	Mode of processing of main conflict	1. Predominantly active 2. Mixed but active 3. Mixed but passiv 4. Predominantly passiv 9. Not ratable
IV. Structure	Cognitive abilities	1a Self-perception 1b Object perception
	Regulation	2a Self regulation 2b Regulation of object relationship
	Emotional communication	3a Internal communication 3b Communication with the external world
	Attachment	4a Attachment to internal objects 4b Attachment to external objects
V. Mental and psychosomatic disorders	Mental disorders	Main diagnosis/additional diagnosis
	Personality disorders	Main diagnosis/additional diagnosis
	Somatic illnesses	Main diagnosis/additional diagnosis

The first axis, Experience of illness and prerequisites for treatment, enables assumptions about the patient's ability and willingness to start a psychotherapeutic and psychosomatic treatment. Based on these assumptions, the need to carry out specific interventions, designed to increase motivation and promote the subject's ability to cope

with their disease, can be deduced. The focus is not on maladaptive or pathological behaviors, but rather on the patient's experience, motivation, and personal resources. In a more specific way, this axis may even help prepare the patient for the psychotherapeutic process.¹

Evaluation is performed using a usual psychodynamic interview and following some guidelines. Both the verbal and non-verbal contents of the interview should be considered when scoring each indicator.^{1,2,5}

Axis II - Interpersonal relationships was designed to identify the individual's usual dysfunctional relationship patterns, and is operationalized through a clinical interview. The interview enables the understanding of recurrent dysfunctional patterns that the patient establishes with others in several areas of their life. These patterns are obtained by analyzing four categories of interpersonal behavior⁸: how the patient perceives himself; how the patient perceives the others; how the others perceive the patient; and how the others perceive themselves in relation to the patient. Thus, it is possible to obtain a description of the patient's behavior and interaction patterns through two experiential perspectives: the patient's own perspective and the others' perspectives, including the interviewer/ psychotherapist's perspective. The final description is made using a standardized list of relational items, based on a circumplex model of interpersonal behavior.^{1,2}

In this way, the subject's dysfunctional relational patterns and their persistence can be asserted. In other words, the relational dynamics obtained through the selection of items from the standardized list allows ascertaining the dysfunctional relationship patterns and their persistence.¹

Axis III – Conflicts enables the understanding and identification of neurotic conflicts beyond the psychoanalytic notion of libido, with emphasis on a motivational development model. This allows the conceptualization and differentiation of the conflict's areas and structure, in a continuum model.¹

Thus, the diagnosis of psychodynamic conflict involves its identification through deductive and inductive procedures regarding the patient's behavior.

While the therapist/investigator becomes aware of a number of repetitive behaviors and experiences that allow the patient to reconstruct his pathway regarding his personal history and disease evolution, the therapist/ investigator also observes the effort made by the patient to solve his conflicts in an adaptive way (adaptation to life circumstances, existence of productive work, and personal relationships). Through the OPD-2, it is possible to recognize adjustments based on the presence of dysfunctions and on the fact that they lead to relational problems, which are, in turn, related to clinical symptoms and/or personality disorders.^{1,2,5} The following conflicts are assessed: individuation vs. dependence, submission vs. control, need for care versus autarky, self-worth conflict, guilt conflict, oedipal conflict, and identity conflict.¹

To establish the diagnosis for this axis, the therapist/interviewer should complete a specific checklist that provides general criteria to be considered in order to diagnose each conflict, as well as associated areas of life that may or may not evidence adaptation. The results of this checklist are based on the clinical interview designed for this axis, which is directed to the deepening of each conflict considering their psychodynamic specificities.^{1,7}

As for Axis IV – Structure, diagnosis of the patient's structural patterns is performed based on their manifestations through the subject's behavior in the relationship. The interviewer experiences expressions of the patient's structure in the psychotherapeutic context. For example, when the patient shares their life experiences, it is possible to reach a general understanding of their psychic structure. Thus, the therapist has access to the patient's psychic structure through the information provided about their personal experiences and typical behavior, a concept closely related to the dynamics of the therapeutic relation.¹

The interview based on this axis allows the observation of structural aspects that the interviewer should understand; knowledge should be particularly based on the

personality theory and on the experience of diagnosis. Without this knowledge, the differentiation between counter-transference mechanisms, observation and introspection, would not be clear for the interviewer.⁷

The OPD-2 system does not address disorders corresponding to the traditional classification of “real diseases.” Rather, it allows the understanding and identification of a predisposed or potential structure, which is inferred by the patient’s interactions over the previous 2 years. The diagnostic checklist for this group encompasses four structural dimensions: awareness; regulation; communication; and attachment ability. Each dimension focuses directly on the self and on the object. Interview guidelines allow the interviewer/ therapist to obtain the necessary information in order to understand the patient’s level of integration, i.e., it enables the interviewer/therapist to obtain information about the total structure.^{1,7}

Axis V – Mental and psychosomatic disorders incorporates into the OPD-2 the same type of descriptive-phenomenological diagnostic classification as found in ICD-10 and DSM-IV, emphasizing the need for an accurate identification of the psychopathological phenomena that cannot be disregarded in psychodynamic psychotherapy.^{1,3,4}

Unlike the procedure adopted in other axes, Axis V does not have a checklist, and therefore requires an in-depth knowledge of diagnostic systems, including the ICD-10 and DSM- IV, and an extensive experience in diagnosis using these systems.

A descriptive clinical diagnosis of mental disorders according to the ICD-10 (Chapter V [F]), as stipulated for the first phase of the OPD-2 interview, requires a complete identification or examination of the main symptoms of each chapter of ICD-10, including psychopathological criteria and their stability over time and during the course of the disease.^{3,4} In the context of clinical research questions, symptom checklists may also be used. These are external rating procedures that should be supplemented by other sources of information, such as information external to clinical history, behavior observation, etc.¹

5.1.4. Method

Methodological aspects of the cultural adaptation of the OPD-2 into Portuguese

The translation and cultural adaptation of psychological assessment instruments presents significant challenges and difficulties related to ensuring an adequate adaptation of the original concepts into a second language. This process should ensure that the meaning of the constructs assessed is consistent for the people of a given culture or group; however, this consistency should also be preserved between different languages and cultures.⁹

In order to meet these requirements, in 2009 we started the process of translation and adaptation of the OPD-2 into Portuguese. First, the instrument was translated into Portuguese by a group of independent translators comprising clinical psychologists, MSc and PhD candidates (with clinical experience), and two psychoanalysts with a PhD. This methodology was based on literature findings that refer that the selected translators should be fluent in both languages and understand both cultures, but also have knowledge about the instrument's construction and the constructs assessed.^{10,11}

Once the independent translations were completed, each individual version was compared with the others by the translators in discussion groups, in order to produce a final consensual version. This methodology assures preservation of the linguistic and connotative meaning of items, ensuring a better quality of the translation when compared with the traditional method of translation and back-translation.¹⁰

An example of the advantages of this methodology can be observed in Axis IV – Structure, item 2b –Regulation of object-relationship, where the translators presented different formulations for the same item, with minor variations. One of the options (“Regulação da relação objectal,” equivalent to “Regulation of the objectal relationship” in English) was considered to be the most adequate one taking into account the usual

description found in the literature and the clinical application adapted to the Portuguese reality, enabling the maintenance of the construct present in the original version.¹²

However, in one of the last discussion sessions aimed at creating a synthetic version of the OPD-2 in Portuguese, the translators were unable to reach a consensual solution for the formulation of some items, as for example Axis I, items 4.1.5.3 – Desired form of treatment: social environment, and 4.1.6.P1– Psychological mindedness. These disagreements between translators probably resulted from the maintenance of a certain level of abstraction² in the creation of the constructs, with qualities that ranged from a merely behavioral description to the metapsychological elaboration of concepts.

Aiming at a better understanding of the concepts and at insuring adequate content validity, the nonconsensual issues were referred to the OPD Task-Force (Manfred Cierpka/Matthias von der Tann) for further clarification.¹⁰ Finally, after consulting experts in the area and the creators of the test, the Portuguese version was formulated so as to encompass the sociocultural vicissitudes of each item, and simultaneously allow an inter-rater precision that is transversal to different theoretical models (through the operationalization of constructs applicable in clinical practice).¹³

Some authors advocate that the review process conducted by translators and authors of a given test should be performed according to a methodology that would enable its validity in a second language. Notwithstanding, most authors state that empirical evidence is necessary to support the validity of inferences concerning the translation's adequacy. According to Hambleton and Patsula, this is achieved by means of a pilot study involving a small but representative sample.¹¹

For the assessment of validity, the level of inter-rater agreement is determined after the independent judges score the interviews. High inter-rater agreement values indicated that categories are well operationalized and have a high content validity.²

Sample

This study was conducted at three private social solidarity institutions working with elderly people and patients with chronic diseases. Interviews were conducted in a small group of participants, comprised of five institution employees, mostly female. Participants' mean age was 40 years (range: 20-54). Most of them were social workers (2), followed by health care professionals (1), socio-cultural animators (1), and family helpers (1). In terms of qualifications, about 60% had a schooling level between the 9th and 12th grade, while 40% had a university degree.

Procedures

In order to assert the adequacy of translation, a pilot study was performed in which clinical interviews, based on the OPD-2, were conducted under a research project entitled "Understanding the burnout phenomena in caregivers of elderly and chronically ill people," with the aim of assessing how processes of a relational and conflictual nature can contribute to the onset of burnout syndrome (professional exhaustion) in professionals who deal with physically, mentally and socially vulnerable patients on a daily basis.

After authorization was granted by the institution's management, the five professionals were formally contacted and invited to participate in this study.

The study aims and procedures were explained to participants, as well as the need to participate in two clinical interviews, each one lasting a minimum of 1 hour. Interviews took place at different weeks, were recorded, and lasted between and 1h30min and 2h30min.

At first, a semi-structured interview with open-ended questions was conducted, with a particular focus on issues related to general information about work specificities and professional inter-subjectivity (when possible, a description of critical incidents was requested). Subsequently, the interview focused primarily on personal factors, with the

objective of assessing interpersonal relationship patterns, intrapsychic conflicts, and mental structure; this interview was based on OPD-2 guidelines, as previously described. All procedures were conducted in accordance with guidelines from the Research Ethics Committees.

After the interviews, a coding system was used to score relevant dimensions arising from interviewee/investigator interaction, namely non-verbal communication events, emotional expression attunement, and also reactions and difficulties experienced by the investigator.

The procedure used to analyze interviews and rate the four OPD-2 axes was based on verbatim transcripts of each interview, with additional information on the issues mentioned in the previous paragraph, enabling a better understanding of transference and countertransference processes. Interviews were analyzed by three independent investigators (one psychoanalyst and two clinical psychologists) who belonged to the Portuguese OPD-2 research group and also completed the OPD-2 evaluation form. Finally, an inter-observer comparison of the scores was performed to evaluate the similarities and dissonances in the different axes.

In order to assess the level of agreement among different raters, percentage inter-rater agreement was calculated for each of the items comprising the OPD-2 codification form. For each item, we calculated the percentage of agreement among different evaluators, based on the proportion of agreement in relation to the number of agreements and disagreements observed in the five interviews analyzed by the evaluators.

5.1.5 Results

Inter-rater analysis did not fulfill recommended statistical criteria given this is a preliminary study. In addition, the small sample size invalidates the use of statistical calculations such as intra-class correlation coefficient and weighted kappa.² Therefore,

before comparing inter-rater agreement, we conducted an exploratory data analysis, estimating scores for frequency per item and calculating percentages. Secondly, we defined a percentage $\geq 70\%$ as a criterion to evaluate the agreement between raters. Unlike Pérez et al., who established $50\% + 1$ as their criterion, we chose to use a narrower and more conservative criterion, both because we are dealing with a non-clinical sample and because only four investigators analyzed the interviews.

Analysis of the five interviews allowed to identify the items and respective axes showing the highest levels of agreement and disagreement among raters. However, we chose to exclude Axis II – Interpersonal relations from this analysis, because further clarification and training by the investigators was considered necessary before a consistent and reliable evaluation could be made.

The axis with the highest level of agreement was Axis IV – Structure (78%); however, in interviews 2 and 3, differences occurred in one out of nine items (Table 2). As for interview 2, in item 4a – Attachment to internal objects, the scores range from moderate levels of structural integration 2 to not classifiable, 9 corresponding to a 50% level of agreement (Table 3).

Regarding interview 3, differences occurred in item 3b – Communication with the external world, with integration scores ranging between high to moderate (1.5) and low (3), again with an agreement level of 50% (Table 3).

Table 2

Inter-rater analysis (%)

Axis	Items	Items \geq 70%	%
I. Experience of illness and prerequisites for treatment	21	14	66,6
III - Conflict	7	4	57,1
IV. Structure	9	7	77,7

Table 3

Axis I – Experiences of illness and prerequisites for treatment

Axis	Items	% Frequency range
I. Experience of illness and prerequisites for treatment	4. "Illness concepts of the patient (somatic and social factors)"	60% and 45%
	5. "Patient's concepts about change" (physical, psychological and social support)	60%, 65% and 70%
	7 "Impediments to change"	50%

However, the consistency of this axis can be explained by the fact that the understanding of clinical cases focuses on issues such as attachment, object relations, internal and external communication, and overall structure. Another hypothesis is that this is one of the most objective axes of the OPD-2, given it evaluates criteria that are directly observable in the interviewee's relationship with the patient.

Inter-rater differences were observed in Axis I –Experience of illness and prerequisites for treatment and Axis III – Conflict. In Axis I, inter-rater differences were found in item 4 – Illness concepts of the patient (somatic and social factors), with a level of agreement ranging between 45 and 60%. One of the investigators considered the somatic and social factors to be not classifiable,⁹ differing from the other two raters, who classified the three factors in a similar way: somatic, psychological and social (Table 4). Also, in item 5 – Patient's concepts about change, one of the raters believed that the types of treatment desired (physical, psychological, and social support – 60, 65, and 70%, respectively), were not classifiable⁹ (Table 4). Furthermore, in this axis, a low inter-rater agreement (50%) was observed for item 7 – Impediments to change, as

one of the evaluators scored the item as not classifiable, disagreeing with the other raters (Table 4). These differences across raters can be justified by the difficulty faced by one of the raters in collecting sufficient evidence from the clinical material available in the interview so as to adequately score the items; as a result, that rater preferred to score items as not classifiable.

Table 4

Axis III – Conflict

Interview	Axis	Conflict	Range	% Frequency range
Interview 3		1. Individuation vs. Dependency	Scores range from 1 (Insignificant) to 3 (Very Significant)	50%
	Axis III - Conflict			
Interview 5		1. Individuation versus dependency. 2. Submission versus control. 3. Need for care versus autarky	Not secure of the diagnosis of underlying conflicts Significant and Very Significant	57%

With regard to Axis III – Conflict, in the third interview, disagreement was observed in the assessment of individuation vs. dependency: the scores ranged from 1 (insignificant) to 3 (very significant), yielding an agreement level of 50% (Table 5). No further differences were observed, except for the main conflict and how conflict occurs.

In interview 4, the investigators had divergent opinions regarding the classification of the main conflict, alternating between 1 – Individuation versus dependency, 2 – Submission versus control, and 4 – Self-worth conflict.

Table 5

Axis IV - Sstructure

Interview	Axis	Itens	Range	% Frequency range
Interview2	Axis IV - Sstructure	4a "Attachment to internal objects"	Scores range from moderate levels of structural integration and not classifiable	50%
Interview 3		3b "Communication with the external world"	Scores ranged from a level of integration between high to moderate and low	50%

This disagreement also contributed to the divergence of opinions on how the conflict proceeds. Conversely, in interview 5, the disparities found in Axis III may be due to the quality of the interview, which became an obstacle to completion of the conflict axis. As previously mentioned, one of the observers was not secure of the diagnosis of underlying conflicts, while the other three evaluators scored the first conflicts in a similar way, leading to a reduction in the percentage of inter-rater agreement (57%). This discrepancy can also be explained by a certain rigidity of the less experienced raters, who objectively followed the scoring criteria presented in the OPD-2 manual.

However, the inter-rater differences expected for item 6.P1 – Psychological mindedness were not confirmed. This was one of the non-consensual items in the discussion sessions, with different meanings attributed by different translators, and therefore a low level of agreement was expected. Nevertheless, the level of agreement for this item was 75%.

5.1.6. Discussion

The translation and cultural adaptation of a psychological assessment instrument is not limited to the mere translation of contents by independent translators, specialists in the subject and fluent in both languages, or to the revision of the

translation by the OPD Task Force. As previously mentioned,¹¹ in order to perform an empirical work that provides indicators regarding the consistency and validity of the translation, a pilot study has to be carried out. In order to comply with this last requirement, a pilot study was conducted with a small sample to obtain empirical evidence of the translation adequacy of OPD-2 into Portuguese.

The results found in this work are consensual with those found in the literature on the subject,^{1, 2} indicating that high content validity results (determined by interrater agreement) are observed only in studies carried out for research purposes, through the use of interviews directed to the assessment of one or more OPD-2 axes, in comparison with results obtained when using the OPD-2 in clinical practice or in a clinical setting. Hence, the need for further preparation and training in conducting OPD-2 interviews, covering all the axes, became evident. This need is reinforced by the fact that the OPD-2 combines several interview methods according to the information that is sought, e.g., exploratory, structured, and unstructured.

Also, in accordance with their experience and with previous research, the authors observed that the OPD-2 interview took longer than 1h30m, being unlikely completed in less time, and in some circumstances reaching 2-3 hours.^{3,11}

Several papers designed to assess the reliability of OPD-2^{1,2,5,14} have indicated an influence of two preconditions, namely, evaluator's clinical experience (approximately 2-3 years) and use of the OPD-2 in clinical practice. Therefore, the quality of the examined material, as well as the evaluator's clinical training and experience, play an important role in the quality of subsequent evaluations.¹

As regards the evaluation of the degree of agreement between raters, we highlight that it was not possible to follow the statistical procedures recommended by the OPD-2 authors, namely intra-class coefficient correlations and weighted kappa, because of the preliminary nature and small sample of the present study. However, similarly to previous studies, we adopted other statistical procedures, in our case using a percentage $\geq 70\%$ as a criterion to evaluate the degree of agreement. Although our

methodology was similar to that employed by Pérez et al.,¹⁴ we chose a narrower and more conservative criterion, because of our non-clinical sample and because we considered the evaluations of only four investigators.

These first clinical evaluations revealed problems in inter-rater agreement, especially in the diagnostic interpretation in Axis III – Conflict. The differences found in the scores appear to be related to difficulties in reaching a consensual assessment in the identification of the patient's central conflict, as well as in ordering the conflict's list. These results are similar to those of Pérez et al.,¹⁴ who observed that this axis was the one with the greatest level of inter-rater disagreement between 15 evaluators. We hypothesize that these initial difficulties have to do with the clinician's tending to resist an attitude of evaluation oriented solely towards the identification of unconscious conflicts, as in clinical practice these professionals are usually focused on understanding the dynamics and main anxieties involved in object relationship. Conversely, these results may also be related to the fact that Axis III is one of the four more psychodynamic axes, where hypotheses are formulated based on the interpersonal relationship with the patient, which makes it a more subjective axis.

Another axis where discrepancies between evaluators were found was Axis I – Experience of illness and prerequisites for treatment. This is the most objective axis in terms of understanding the patient's problem, since it allows to assess the patient's experience, motivation, and personal resources regarding illness and change. The differences in the evaluations of this axis appear to be justified by the fact that the interviews were not conducted in a clinical setting (where specific complaints are present). As a result, in our sample, complaints were more diffuse and associated with the workplace.

With regard to Axis II – Interpersonal relations, some weaknesses were observed in terms of inter-rater scores, suggesting the need for improving knowledge and practice in order to ensure a greater homogeneity of scores. In this sense, we

corroborate previous findings,¹⁴ confirming that this axis, like Axis III – Conflict, is more psychodynamic and implies a more subjective assessment by the investigators.

Regarding Axis IV –Structure, a slight divergence occurred in items 3b – Communication with the external world and 4a – Attachment to internal objects, possibly related to a low level of structural integration in the first case and a lack of security in establishing diagnosis and proceeding to scoring in the second. However, this axis was the one with the highest levels of inter-rater agreement. The most relevant hypothesis to explain this homogeneity of scores is the fact that this axis is more objectively operationalized and easily measured through observable criteria, based on the interaction between clinician and patient.¹⁴

Considering the prerequisites for the implementation of OPD-2, it is vital that the therapists/interviewers have a basic understanding of psychodynamics, so as to understand the psychoanalytic constructs operationalized in the instrument.^{1,2,14}

As revealed in previous studies, the qualifications required for a reliable use of the OPD-2 include, in addition to a thorough training in the use of the instrument, a minimum clinical experience of 2-3 years.

These conditions are necessary as the OPD-2 interview should be non-structured and associated with a clinical exploratory approach, one that enables making some interpretations and clarifying certain aspects stated by the respondents, which cannot be deduced in an obvious way or based on common sense.²

During the interviews, some constraints were felt. Most importantly, the fact that the interviews were conducted in a non-clinical context, without an associated request for help, seems to have caused a greater level of defensiveness in the responses given by the participants, which focused primarily on labor aspects, seeming somewhat guarded in the discussion of personal issues. Another aspect that constituted a limitation is related with the use of a recorder, which was an inhibiting element to the respondent. Nevertheless, over the course of the interview, the participants gradually stopped focusing on accessories and started to interact more spontaneously. Another

limitation possibly associated with audio recording refers to the fact that this method only captures the dialogue between two people, not reproducing aspects of the relational dynamics occurring between the dyad (investigator and respondent). However, we were concerned to take this into consideration when delineating the investigation, by providing the other investigators with personal notes collected by the interviewer where relevant dimensions of the dyad interaction were described, allowing a more comprehensive access to processes emerging during the interview, and not limiting it to the interview transcript.

Conversely, similarly to what is observed in the clinical context, our interviews were conducted under the practical constraints usually associated with the existence of a time limit, as they were performed during the participants' working hours. It had been originally agreed with the institution's management that each interview would not exceed 1 hour.⁵ However, since the first part of the interview focused on the working context, it was necessary to prolong this time so as to obtain more biographical data on the interviewee.

Additionally, the conduction of some interviews was tendentiously rigid; the concern of collecting as much information as possible to make an adequate evaluation of the OPD-2's axes led some interviewers to make closed questions and consequently interrupt the associative process during the interview. As argued by some authors,^{2,5} an approach using only one or two axes is easier and more consensual, given the demand for an extensive preparation and training for conducting an OPD-2 interview covering all the axes.

Thus, it seems to be of great importance to attend seminars given by OPD-2 authors, in addition to the training provided by the OPD Task Force, which comprises different levels of expertise, as a means of achieving a deeper understanding of the evaluations of its various axes.

5.1.7. Conclusion

The OPD-2 is internationally established as a leading clinical diagnostic instrument for the identification of dysfunctional relationship patterns, configurations of internal conflicts, and the patient's structural conditions.

Because it is related with the individual's current symptoms and pain, it may assist in determining the focus of therapeutic interventions.

The OPD-2 is already used in different countries and cultures (Germany, Britain, Italy, Chile, Australia),^{1,2,14} and is now in the process of being adapted into Portuguese, in a cross-cultural version for the populations of both Portugal and Brazil.

According to the first empirical evidence here described, the translation performed is adequate and presents good reliability, with results pointing in the same direction as previous studies conducted in other countries. Although our sample was not clinical, reasonable inter-rater agreement results were found. However, further studies are necessary to assess clinical samples and also larger samples, in order to assess the instrument's reliability.

5.1.8. References

1. OPD Task-Force. Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2. Manual of diagnosis and treatment planning. Göttingen: Hogrefe & Huber; 2008.
2. Cierpka M, Stasch M, Dahlbender R; El Grupo de Trabajo OPD. El sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD): concepto, confiabilidad y validez. *Revista Chilena De Neuro-Psiquiatría*. 2006;44: 105-26.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th edition (DSM-IV). Washington: APA; 1994.
4. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1993.
5. Cierpka M, Grande T, Rudolf G, Von der Tann M, Stasch M. The Operationalized Psychodynamic Diagnostics system: clinical relevance, reliability and validity. *Psychopathology*. 2007;40: 209-20.
6. Cierpka M, Stasch M, Grande T, Schauenburg H, De la Parra G, Rost R, et al. La evaluación primeras entrevistas psicoterapéuticas mediante el sistema diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD2). *Clinica e Investigación Relacional*. 2010;4: 221-35.
7. De la Parra G, Palacios JP, Stuardo VP, Alvarado L. Diagnóstico operacionalizado: indicación y planificación estratégica en psicoterapia psicodinámica. *Rev GPU*. 2012;6: 364-71.
8. Benjamin LS. Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*. 1974;8:392-425.
9. Van de Vijver F, Poortinga Y. Towards an integrated analysis of bias in cross-cultural assessment. *European Journal of Psychological Assessment*. 1997;13: 29-37.
10. Hambleton H. The next generation of the ITC test translation and adaptation guidelines. *European Journal of Psychological Assessment*. 2001;17: 164-72.

11. Hambleton H, Patsula L. Increasing the validity of adapted tests. *Journal Applied Testing Technology*. 1999;1: 1-30.
12. Aragão Oliveira R, Vicente C, Silva F, Ferrajão P, Oliveira S, Senra H, et al. Cultural problems in adapting the OPD system in Portugal. 4th OPD International Conference; 2009 Oct; Heidelberg, Germany.
13. Geisinger KF. Cross-cultural normative assessment: translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological Assessment*. 1994;6: 304-312.
14. Pérez F, Alvarado L, De la Parra G, Dagnino P. Diagnóstico psicodinámico (OPD-2): evaluación preliminar de la validez y confiabilidad inter-evaluador. *Revista Chilena De Neuro-Psiquiatría*. 2009;4: 271-278.

6º Artigo

Título: Compreensão das dinâmicas intrapsíquicas no aparecimento da síndrome de burnout

Title: Understanding of intrapsychic dynamics in the emergence of burnout syndrome

Título: Comprensión de la dinámica intrapsíquica en la aparición del síndrome de burnout

Título abreviado cabeçalho: Dinâmicas intrapsíquicas no burnout

Título resumido: Compreensão das dinâmicas intrapsíquicas no burnout

Short Title: Understanding of intrapsychic dynamics in burnout

Título: Comprender la dinámica intrapsíquica en el burnout

Autores: Carla Susana Vicente¹ & Rui Aragão Oliveira²

¹ *Doutoranda, Departamento de Psicologia, Universidade de Évora, Évora, Portugal.*

² *Psicanalista; Doutorado, Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (UIPES), Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), Lisboa, Portugal*

Estado: *Manuscript submitted for publication, PSICOLOGIA EM ESTUDO*

Correspondência autor:

Carla Susana Vicente

Doutoranda, Departamento de Psicologia, Universidade de Évora

Morada: Av. Rovisco Pais, nº 4, 1º Dto 1049-001 Lisboa, Portugal

E-mail: csvicent@gmail.com

Phone: (+351) 91 7578563

Compreensão das dinâmicas intrapsíquicas no aparecimento da Síndrome de Burnout

Resumo

Introdução: Numa perspectiva psicodinâmica, o burnout tem sido explicado como: o resultado de um processo gradual de exaustão e o resultado da inibição de impulsos incompatíveis.

Objetivos: Compreender que tipologia de conflitos internos e nível de integração estrutural contribuem para o burnout, nos prestadores formais de cuidados a idosos e doentes crónicos.

Método: Utilizou-se uma metodologia mista. Estudo quantitativo, 265 sujeitos avaliados pelo Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS). Estudo qualitativo, com recurso a 15 entrevistas clínicas de investigação, tendo por base o protocolo OPD-2.

Resultados: Os profissionais, que apresentam níveis elevados de burnout ou de exaustão emocional, parecem ter um Superego severo e extrenalizado, com um Ideal do Ego exagerado. A percepção do Self é voltada para o Ego. Ao nível do conflito, necessidade de ser cuidado vs autosuficiência, os afectos direccionam-se para se preocupar com os outros. Na vida profissional as descrições remetem para colaboradores que vivenciam com intensidade o seu trabalho, revelando pouca tolerância para com os outros. Pressupõe-se que a sua satisfação pessoal e a sua auto-estima é obtida através do trabalho. Por outro lado, observa-se uma necessidade exagerada de independência emocional havendo a forte convicção de não precisar do Outro, o que remete para a despersonalização.

Conclusões: Na amostra em estudo, o burnout parece mais associado aos conflitos: necessidade de ser cuidado vs auto-suficiência e individuação vs dependência e a níveis de estrutura moderado a baixo. Este estudo constitui-se um importante contributo permitindo, assim, relações directivas para a prevenção e tratamento.

Palavras-Chave: Síndrome de burnout; exaustão emocional; psicanálise.

Understanding of intrapsychic dynamics in the emergence of Burnout Syndrome

Abstract

Background: In a psychodynamic perspective, the origin of the *burnout* has been explained as: the result of a gradual process of exhaustion and the result of the inhibition of impulses incompatible

Aims: Understand what types of internal conflicts and level of structural integration contribute to burnout in formal caregivers of elderly and chronically ill.

Method: Used a mixed methodology. Quantitative study, 265 subjects assessed by the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS). Qualitative study, using 15 clinical interviews research, based on the protocol OPD-2.

Results: The professionals, who have burnout or high levels of emotional exhaustion, appear to have a severe and extrenalizado Superego, the Ego Ideal with a exaggerated. Perception of Self is facing the Ego. At the level of conflict, Need for care vs. autarky, the assigned direct-to worry about others. In professional life the descriptions refer to employees who experience their work intensity, showing little tolerance for others. It is assumed that personal satisfaction and self-esteem is achieved through the work. On the other hand, it is observed in some participants an exaggerated need for emotional independence having the strong belief of not needing the Other, which refers to depersonalization.

Conclusions: In the study sample, burnout seems most associated with conflict: the need for care vs autarky and individuation vs dependency and structure levels moderate to low. This study constitutes an important contribution thus allowing elations guidelines for prevention and treatment.

Keywords: Burnout syndrome, emotional exhaustion; psychoanalysis.

Comprensión de la dinámica intrapsíquica en la aparición del síndrome de burnout

Resumen

Introducción: En la perspectiva psicodinámica, el burnout se ha explicado como el resultado de un proceso gradual de agotamiento y el resultado de la inhibición de impulsos incompatibles.

Objetivos: Entender qué tipo de conflicto interno y el nivel de integración estructural contribuyen al agotamiento de los cuidadores formales de personas mayores y enfermos crónicos.

Método: Se utilizó una metodología mixta. Estudio cuantitativo, 265 sujetos evaluados por el Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS). Estudio cualitativo, mediante 15 entrevistas de investigación clínica, basadas en el protocolo OPD-2.

Resultados: Los profesionales, que tienen altos niveles de burnout o agotamiento emocional, parecen tener un extrenalizado severa y Superyó con un exagerado ego ideal. La percepción del Yo se enfrenta al Ego. El nivel de conflicto, tienen que ser atendidos vs autosuficiencia, el directo asignado a preocuparse por los demás. En las descripciones de profesionales se refieren a los empleados que experimentan su trabajo con intensidad, mostrando poca tolerancia hacia los demás. Se supone que la satisfacción personal y la autoestima se logra a través del trabajo. Por otro lado, existe una necesidad exagerada de independencia emocional que tiene la firme convicción no necesita del Otro, que se refiere a la despersonalización.

Conclusiones: En la muestra estudiada, el burnout parece más asociada con los conflictos: necesidad de ser cuidadosos vs individuación y la autosuficiencia frente a la dependencia y moderados a bajos niveles de estructura. Este estudio constituye una importante contribución permitiendo así que las directrices para las elaciones de prevención y tratamiento.

Palabras clave: Síndrome de quemarse por el trabajo; agotamiento emocional; el psicoanálisis.

O *burnout* constitui-se como uma das prioridades da investigação na área da saúde mental e ocupacional, por consistir numa das enfermidades que mais custos acarretam para os trabalhadores, quer a nível individual, familiar e para as próprias organizações.

Ainda que na literatura a conceptualização do constructo, mais aceite seja a formulada por Maslach e Jackson (1981), o conceito emerge na década de 70, por intermédio do psicanalista, Herbert Freudenberger (1974). Na concepção deste autor, o *burnout* corresponderia a um estado de fadiga ou frustração provocada pela devoção a uma causa, ou relação que não produziu as recompensas desejadas por parte dos profissionais. Ora, de um ponto de vista mais clínico, Freudenberger (1974) considerava que associados ao sentimento de exaustão poderiam ser observados outros sintomas, como o conflito entre um Self verdadeiro e um Self fachada, intolerância, sentimentos de onipotência, vivências paranóides, ou até mesmo depressão (Gazziano & Bianchi, 2010).

Porém, Christina Maslach e Susan Jackson (1981) propõem aquela que ainda hoje se vê refletida na literatura. O *burnout* traduz-se numa experiência de stress individual desenvolvida no contexto das relações sociais complexas, associado ao trabalho. Caracteriza-se por ser um fenómeno multidimensional que comporta três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Por exaustão emocional, dimensão essencial no *burnout*, entende-se um esgotamento dos recursos emocionais, morais e psicológicos da pessoa (Ngai & Cheung, 2009; Vicente & Aragão Oliveira, no prelo). A despersonalização representa a desumanização da relação com o outro, nomeadamente aqueles que são a razão de ser da sua atividade profissional (pacientes, clientes). A realização pessoal exprime uma diminuição dos sentimentos de competência e de prazer associados ao desempenho da atividade profissional (Paris & Hoge, 2009).

A síndrome de burnout, como fenómeno psicológico, tem sido particularmente estudado mais numa perspectiva organizacional ou psicossocial, do que numa perspectiva clínica. Reflexo disso, são os estudos empíricos, na sua maioria quantitativos, que tendem a centrar-se mais sobre as condições contextuais (especialmente no trabalho), por serem fenómenos mais facilmente observáveis e não sobre as vulnerabilidades dos indivíduos ao Burnout (Pines, 2002).

A compreensão dos processos internos, associados a este fenómeno tem sido pouco aprofundada, havendo escassa literatura sustentada em estudos qualitativos que abordem a génese do burnout numa perspectiva mais clínica. Contudo, observa-se que a Psicanálise foi das disciplinas que maior contributo deu na compreensão deste fenómeno, nomeadamente a perspectiva psicodinâmica-existencial (Pines, 2002), Kohutiana (Gosch & Olsen, 1994) e Freudiana-Lacanianiana (Vanheule, 2003). Assim, a dinâmica causal do burnout, tem vindo a ser compreendida, tendo por base três modelos teóricos. Numa visão mais clássica, como o resultado de um processo gradual de exaustão, decorrente da idealização narcísica ou submissão masoquista. Por outro lado, como o resultado da anulação do Ideal do Ego em relação a um Outro significativo e, por último, ainda que de forma indirecta, como resultado da inibição de impulsos incompatíveis.

O burnout ao ser entendido como um processo gradual de exaustão fundamenta-se na ideia de que resultaria de uma desilusão progressiva frequentemente encontrada em indivíduos altamente motivados e muito envolvidos no seu trabalho, estando associado a uma perda de sentido na busca existencial de uma razão de existir (Lambie, 2006; Sogaard, Ryan, Hill, Dawson & The OSCAR group, 2007). Uma das características fundamentais do problema centra-se na insistência por parte dos profissionais nas suas rotinas habituais, expressa pela rigidez e na inflexibilidade (Vanheule, 2003). Desta forma, o desgaste destes profissionais adviria, então, do negar da sua própria fragilidade, sendo o investimento excessivo no trabalho uma via para encontrar um sentimento de identidade e satisfação (Pines, 2002). Daí

que se possa considerar, que ocorre uma idealização de si próprio por meio do trabalho e conseqüentemente, a tentativa de corresponder a essa imagem idealizada. Estes sujeitos parecem ter o seu próprio Ego como objecto (Chessik, 2001; Pines, 2002). Assim, a pessoa que sofre de burnout corresponderia a alguém severo consigo mesmo; talvez identificado com o Ideal do Ego, que procura realizações inalcançáveis por intermédio do trabalho (Chessik, 2001; Santos, 2009). A severidade, consigo próprio traduz-se numa expressão de uma raiva narcísica contra um Ego decepcionado, que espera sempre mais de si mesmo. Uma experiência de insucesso conduz o indivíduo a experimentar uma frustração de conteúdo depressivo, que se manifesta através da auto-depreciação. Nesta perspectiva, Fischer (1983) e Santos (2009), alegam que o que está na génese do burnout é uma patologia da percepção, na medida em que as queixas apresentadas remetem para um indivíduo angustiado pela desproporção entre a grandiosidade da expectativa fantasiada e a realidade (Pines, 2002).

Seguindo este raciocínio, é frequentemente observado que os prestadores formais de cuidados vêem o seu trabalho como forma de satisfazer o desejo de ser apreciado e reconhecido (Vanheule & Verhaeghe, 2004; Vicente et al, no prelo). Assente na perspectiva de Kohut, Grosch e Olsen (1994) defendem que as pessoas propensas ao burnout tendem a tratar os seus pacientes/clientes como Self-Object, não lhes reconhecendo autonomia, mas como elementos que se encontram ao seu serviço. Nesta situação, a fragilidade do Self seria compensada pelo contacto com os pacientes, quer isto dizer que o profissional procuraria satisfazer a sua necessidade básica de ser gostado ou admirado, por intermédio do Self-Object (Vanheule, 2005).

Numa concepção mais contemporânea, tem sido veiculado que as pessoas com defesas mais masoquistas, também, revelam ser mais suscetíveis à exaustão devido a uma devoção ilimitada e submissão servil, muitas vezes sentindo-se incapazes de se retirar das exigências dos outros (colegas, chefes, clientes, pacientes, etc.), mesmo que seja sentido como intolerável. Neste caso, falar-se-ia então, no que

parece, uma idealização do Outro (Vanheule, 2003; Vanheule, Lievrouw, & Verhaeghe, 2003).

Porém outro dos contributos da teoria psicanalítica advém da suposição de que a escolha da profissão constitui uma forma de superar diferentes problemas não resolvidos na sua infância. (Lambie, 2006; Pines, 2002; Pines & Oreniya, 2001; Vieira, 2010).

O segundo modelo considera o burnout como o resultado da anulação do Ideal do Ego, em relação a um Outro significativo, quer isto dizer, que o Ideal do Ego perde a sua função mediadora entre o sujeito e o Outro (Vanheule et al., 2004; Vanheule et al., 2003). É devido a esta perda que o sujeito perde a sua identidade em relação a um Outro, sendo confrontado com sentimentos de vazio, como tem vindo a ser descrito pela maioria dos autores. De acordo com Farber (2000), a perda progressiva do ideal do ego leva os profissionais a uma diminuição da dedicação ao trabalho e/ou pacientes, pelo efeito cumulativo de lidarem com situações que percebem como fora do seu controlo, o que leva os profissionais a terem a impressão de que a sua motivação inicial se baseou numa ilusão (Vanheule, 2003, 2005). Como é exposto pelos estudos, os profissionais de ajuda ao iniciarem a sua actividade têm a percepção de que poderão “curar” os seus pacientes, mas com o passar do tempo e pelo facto de, muitas vezes, lidarem com doenças incuráveis apercebem-se que todo o esforço e empenho que colocaram no cuidar do outro, não altera a situação. Deste modo, autores como Vanheule (2003, 2005) consideram que a dinâmica subjacente ao burnout, poderá ser entendida como uma falha na relação entre o sujeito e os outros, mais concretamente na forma como o sujeito tenta corresponder ao desejo do outro. Assim, esta síndrome afetaria a identidade do sujeito.

O terceiro modelo exposto por Vanheule (2003) considera o burnout como uma consequência da inibição de impulsos incompatíveis. De acordo com este modelo, as inibições são perceptíveis na atitude que os profissionais adotam para com os pacientes, nomeadamente a tendência para lidarem com eles de forma impessoal e

evitante, tratando-os como objectos. Tal como é referido pela maioria das investigações quando descrevem uma das dimensões do burnout, a despersonalização (Maslach et al, 2001). A par desta atitude, os estudos destacam que o trabalho dos profissionais de ajuda pode suscitar ideias e vivências que são sentidas como insuportáveis. O cuidar de pessoas dependentes e com doenças incapacitantes confronta o profissional com sentimentos que não desejaria ser confrontado, como o desamparo, sentimentos de ódio, agressão (Vicente et al., no prelo). Para além de identificação com a história do paciente, desgosto e impulsos sexuais. O aparecimento destes sentimentos poderá resultar em conflitos psíquicos, ansiedade e vergonha.

Partindo do modelo de que o burnout consiste num processo gradual de exaustão, cuja dinâmica subjacente ao desenvolvimento da síndrome, pode ser explicada conciliando uma visão mais clássica através de defesas narcisistas e por uma visão contemporânea, por intermédio de defesas masoquistas, leva-nos a pensar no tipo de estrutura mental mais frequente nos profissionais de ajuda. Por outro lado, tendo por base o modelo da inibição dos impulsos incompatíveis, que nos remetem para a atitude impessoal e distante adotada pelos profissionais como forma de lidarem com os sentimentos despertados muitas das vezes intoleráveis ao próprio, que poderá fazer despertar conflitos psíquicos não conscientes. A partir desta visão, parece-nos pertinente perceber que tipos de conflitos surgem nos indivíduos que desenvolvem o quadro de burnout.

Deste modo, foram definidas como questões de investigação: estudar o nível de integração estrutural e o aparecimento da síndrome de burnout e tipologia de conflitos intrapsíquicos associada ao burnout.

Método

Participantes

O estudo foi realizado em 24 Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS'S), que desenvolvem a sua atividade no contexto de respostas sociais direcionadas à terceira idade e doenças crónicas.

Para a participação na primeira etapa do estudo, foram selecionados os sujeitos que preenchiam os seguintes critérios: mínimo de 12 meses no exercício das funções e trabalhar diretamente com idosos e doentes crónicos. Foram avaliados 265 sujeitos, na sua maioria mulheres 94.3% ($n = 250$). A média de idades situa-se nos 43.04 ($SD = 10.2$).

Pelo fato de a exaustão emocional ser considerada uma dimensão essencial (Ngai et al., 2009; Vicente et al., no prelo), que indicia a probabilidade de desenvolver a síndrome de burnout, optou-se por uma amostragem de variação máxima. Os critérios de seleção adotados foram: Grupo 1 ($n = 7$) preenche os critérios de Burnout e o Grupo 2 ($n = 8$) apresentar índices elevados de exaustão emocional, que aceitaram participar voluntariamente neste estudo. Na sua maioria foi composta por mulheres (93.3%). No grupo 1, a média de idades situa-se nos 41.6 ($SD = 8.92$), enquanto no grupo 2, foi de 37.25 ($SD = 11.54$). No que se refere há categoria profissional verifica-se que a maioria são ajudantes de ação direta (46.47%) seguidas por assistentes sociais (26.67%) (ver Tabela I). Em termos de habilitações literárias verifica-se que cerca de 33.3% apresenta um nível de escolaridade ao nível 3ª ciclo (7º ao 9º ano), 20% tem habilitações ao nível da licenciatura e Secundária (10º ao 12º ano). A resposta social mais representada foi o serviço de apoio domiciliário (66.7%).

Quanto a antecedentes clínicos de depressão verificou-se que 40% ($n = 6$) dos sujeitos teve um quadro de depressão reactiva e 26.7% ($n = 4$) dos participantes apresenta um quadro clínico de depressão endógena. Dos quinze participantes em

estudo, 60% refere nunca ter recorrido a ajuda especializada, nomeadamente a consultas de psicologia (ver Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização da Amostra

Variáveis	Grupo 1 (n = 7)	Grupo 2 (n = 8)
Género		
Feminino	6	8
Masculino	1	-
Estado Civil		
Solteiro (a)/Divorciado (a)/Separado (a)	6	4
Casado (a)	1	4
Habilitações Literárias		
1º Ciclo	-	1
2º Ciclo	1	-
3º Ciclo	2	3
Secundária	2	1
Bacharelato	1	-
Licenciatura/Mestrado	1	3
Categoria Profissional		
Ajudante Familiar	3	3
Auxiliar Ação Directa	1	1
Assistente Social	1	3
Fisioterapeuta	1	-
Animadora sociocultural	1	-
Responsável área Saúde	-	1
Resposta Social		
CD	1	2
SAD	6	3
Lar	-	1
CD, SAD	-	2
Dados Clínicos		
Depressão		
Depressão reactiva	2	4
Depressão endógena	3	1
Sem Depressão	2	3
Ajuda Especializada		
Sim	4	2
Não	3	6

Material

Foi utilizado um questionário simples, com questões fechadas, com o intuito de se proceder à caracterização sociodemográfica.

O Inventário de Burnout de Maslach para as ciências da saúde (Maslach & Jackson, 1996; Semedo, 2009), permitiu selecionar e avaliar os profissionais que apresentavam maiores índices de exaustão emocional e burnout. Este instrumento é composto por 22 itens acerca de sentimentos relacionados com o trabalho, distribuídos por três escalas: Exaustão Emocional (9 itens); Despersonalização (5 itens) e Realização Pessoal (8 itens). A resposta é dada sobre a frequência com que cada sentimento ocorre numa escala ordinal de sete posições entre “*Nunca*” (0) e “*Todos os dias*” (6). A consistência interna das dimensões exaustão emocional (0.84) e realização pessoal (0.70) do MBI-HSS foi aceitável, à exceção do fator despersonalização que apresentou valores muito baixos (0.59) (Vicente, et al., 2013).

O Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2) foi utilizado para avaliar o tipo de conflitos e o nível de integração estrutural. É um instrumento psicanalítico de diagnóstico multiaxial baseado em cinco eixos (“experiência de doença e pré-requisitos para o tratamento”, “relações interpessoais”, “conflitos”, “estrutura” e “distúrbios mentais e psicológicos, de acordo com o capítulo V(F) do ICD 10”). A utilização do instrumento efetua-se através do preenchimento do protocolo do OPD-2 dos respetivos eixos, pelo clínico após uma entrevista inicial (uma a duas horas). Nesta investigação, serão analisados o Eixo I – Vivências e pré-requisitos para o tratamento, o Eixo III – Conflito e o Eixo IV – Estrutura. (Cierpka, Grande, Rudolf, Von der Tann, Stasch, & OPD Task force, 2007; Vicente, et al., 2012).

O Eixo I – Experiência de doença e pré-requisitos para o tratamento possibilitará a elaboração de pressupostos sobre a capacidade e disponibilidade do paciente para iniciar um tratamento de natureza psicoterapêutica e psicossomática.

Com base nestes pressupostos, deduz-se a necessidade de se realizarem intervenções específicas destinadas a aumentar a motivação e a promover a capacidade do sujeito para enfrentar a sua doença (ver Tabela 2). Por sua vez, o Eixo III – Conflito, permite avaliar os conflitos internalizados que possuem um papel determinante na vida do sujeito, os quais poderão ser justapostos com situações conflituais e correntemente determinados pela realidade externa (ver Tabela 2). No que se refere ao Eixo IV – Estrutura, retrata as qualidades e/ou inadequação das estruturas mentais, permitindo aceder à possibilidade e/ou impossibilidade do sujeito estabelecer vínculos externos ou internos, à capacidade ou incapacidade de auto percepção e auto - regulação, etc (ver Tabela 2). A estrutura refere-se à vulnerabilidade da personalidade, a disposição para a doença, e a capacidade de processar os conflitos internos e acontecimentos externos indutores de stress (OPD Task-Force, 2008; Vicente, et al. 2012). A fiabilidade, avaliada pelo Coeficiente Intra-Classes (ICC) foi de .45 para o Eixo III – Conflitos e .75 para o Eixo IV – Estrutura.

Tabela 2

OPD-2 Apresentação dos Eixos e respetivas Dimensões

Eixos	Dimensões	Itens
I. Vivências e Pré-requisitos para o tratamento	Avaliação objectiva da doença/problema	1. Gravidade dos sintomas 2. Duração da doença/problema
	Vivência, apresentação e conceptualização da doença por parte do paciente	3. Vivência e forma de apresentação da doença. 4. Conceptualização da doença por parte do paciente. 5. Conceptualização da mudança por parte do paciente.
	Recursos e resistência à mudança	6. Recursos para a mudança. 7. Resistência à mudança.
III. Conflitos	Conflitos disfuncionais repetitivos	1. Individualização vs Dependência 2. Submissão vs Controlo. 3. Necessidade de ser cuidados vs Auto-suficiência 4. Conflito de Autoestima 5. Conflito de Culpa 6. Conflito Edipiano

IV. Estrutura		7. Conflito de Identidade
	Capacidades Cognitivas	1a Auto-percepção 1b Percepção do objecto
	Regulação	2a Auto-regulação 2b Regulação da relação objectal
	Comunicação	3a Comunicação interna 3b Comunicação com o mundo externo
	Vinculação	4a Capacidade de Vinculação: objectos internos 4b Capacidade de vinculação: Objectos externos

Nota: Apresentação parcial do Protocolo de avaliação do OPD-2 versão portuguesa. Retrieved from: Vicente et al. (2012) Cross-cultural adaptation of the Operationalized Psychodynamic Diagnostic (OPD-2) in Portugal. Trends Psychiatry Psychotherapy, 34, 3, 129-38.

Procedimento

O presente estudo insere-se num projecto de investigação, mais amplo, sobre a “*Compreensão dos fenómenos burnout nos prestadores de cuidados a idosos doentes crónicos*”, cujo objectivo visa compreender que tipo de conflitos internos e nível de integração estrutural contribuem para o aparecimento da síndrome de burnout, entre os profissionais que lidam diariamente com pacientes em situação de vulnerabilidade física, mental e social (Vicente et al., no prelo).

A primeira fase, entre Janeiro a Março de 2011, consistiu na aplicação do Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS), a 265 participantes das respostas sociais para idosos e doentes crónicos (ver Vicente et al, no prelo). Adotou-se este procedimento, na medida em que através da aplicação do MBI-HSS foi possível seleccionar a amostra que mais se adequava, índices elevados de exaustão emocional e burnout, aos objetivos do nosso estudo.

Na segunda fase, Maio de 2011 a Março de 2012, os profissionais foram formalmente contactados, tendo-lhes sido explicitada a necessidade de se realizarem duas entrevistas clínicas, cada uma com duração prevista mínima de 60 minutos. Foi solicitada a autorização para a gravação áudio através do consentimento informado. O

anonimato e a confidencialidade das respostas foram assegurados a todos os participantes.

As entrevistas, com gravação áudio, tiveram uma duração entre 60 a 180 minutos. A média de entrevistas por participante foi de 2.67.

Num primeiro momento optou-se pela realização de uma entrevista qualitativa semiestruturada, com questões abertas e fechadas, com particular incidência no contexto profissional (ver Vicente et al., no prelo). A segunda parte, entrevista clínica, incidiu fundamentalmente nos fatores de natureza pessoal, na medida em que se pretendia aceder ao padrão de relações interpessoais, conflitos intrapsíquicos e estrutura mental, tendo-se para o efeito seguido as diretrizes contempladas no manual do OPD-2. Todas as entrevistas foram conduzidas e gravadas pela mesma investigadora (CV). A investigadora tem experiência em entrevistas clínicas, tendo no decorrer das mesmas sido supervisionada por outro investigador (RAO). Foram seguidos todos os procedimentos éticos de investigação.

Ao finalizarem-se as entrevistas procedeu-se ao registo de aspetos relevantes decorrentes da interação entrevistado, investigadora, nomeadamente comunicação não-verbal, adequação da expressão emocional, bem como reações e dificuldades sentidas pela investigadora. O procedimento adotado para a análise das entrevistas consistiu na transcrição *ipsis verbis* de cada uma das entrevistas, tendo no final sido adicionadas as observações, anteriormente referidas, de modo a permitir uma melhor apreensão dos processos transferenciais e contratransferências. A etapa seguinte consistiu no preenchimento, por parte da investigadora principal (CV), do formulário de avaliação de dados do OPD-2. Numa segunda fase, as entrevistas foram analisadas por um investigador independente (RA, psicanalista), que igualmente procedeu ao respetivo preenchimento do formulário de avaliação de dados do Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado, OPD-2. Procedeu-se, de seguida, à comparação das cotações efetuadas inter-observadores com o intuito de avaliar as semelhanças e

dissonâncias existentes nos vários eixos. A análise das quinze entrevistas clínicas teve por base as directrizes proferidas no manual do OPD-2 (OPD Task-Force, 2008).

Resultados

Dados quantitativos

Através da análise dos resultados obtidos por intermédio do MBI-HSS, verificou-se que dos 265 sujeitos, 19.6% ($n=52$) apresentaram elevados índices de exaustão emocional, 4.9% ($n=13$) elevada despersonalização e apenas 2.6% ($n=7$) baixa realização pessoal.

Dados Qualitativos

Ao proceder-se à análise do tipo de conflitos intrapsíquicos, uma das variáveis em estudo, por intermédio do Eixo III – Conflitos do OPD-2, verificou-se que os conflitos mais emergentes foram: a 3. Necessidade de ser cuidado vs auto-suficiência ($n = 14$), a 1. Individuação vs dependência ($n = 9$) e o 4. Conflito de auto-estima ($n = 5$) (ver Tabela 3).

O conflito da necessidade de ser cuidado vs auto-suficiência (Critérios de Burnout $n = 6$; Elevada EE $n = 8$), aprendido pelas verbalizações dos participantes, no seu modo ativo, caracteriza-se pela auto-suficiência e falta de exigências. As descrições que fazem da interacção com os outros, remete para o sentimento de que “fazem tudo pela outra pessoa”. É um comportamento que pode ser descrito como uma “atitude altruísta”, acerca da forma como descrevem a sua atitude para com os utentes da instituição onde trabalham ou até para com amigos e familiares. Por outro lado, esta atitude altruísta também é expressa pela dificuldade em se distanciarem do seu trabalho, como é verbalizado pela participante Sr.^a I “... depois chego a casa e começo a pensar o que poderia ter feito mais, o que é que eu não fiz (...)”.

Por sua vez, o conflito individuação vs dependência, segundo conflito com maior expressão no grupo com índices elevados de exaustão emocional ($n = 6$),

embora também esteja presente no grupo com critérios de burnout (ver Tabela 3). Este conflito, no seu modo activo, caracteriza-se pela necessidade de uma exagerada independência emocional e existencial das relações interpessoais. Todas as áreas da vida parecem ser determinadas por uma constante disputa pela autonomia e independência.

Tabela 3

Eixo III Conflitos

Dois Conflitos Principais	Grupo 2 Elevada EE (n = 8)	Grupo 1 Crítérios Burnout (n = 7)
	Predominantemente Ativo – 3	Misto mas Ativo – 2
3. Necessidade de ser	Misto mas Ativo – 1	Misto mas Passivo – 3
Cuidado vs Autosuficiência	Misto mas Passivo – 3	Predominantemente Passivo – 1
(n = 14)	Predominantemente Passivo – 1	
	(n = 8)	(n = 6)
	Predominantemente Ativo – 1	Predominantemente Ativo – 1
1. Individuação vs	Misto mas Ativo – 1	Misto mas Ativo – 1
Dependência	Predominantemente Passivo – 4	Predominantemente Passivo – 1
(n = 9)		(n = 3)
	(n = 6)	
	Misto mas Ativo – 1	Predominantemente Ativo – 1
4. Conflito de Autoestima	Predominantemente Passivo – 1	Misto mas Ativo – 1
(n = 5)		Misto mas Passivo – 1
	(n = 2)	(n = 3)

A segunda questão de investigação colocada prendia-se com o compreender qual o nível de integração estrutural que contribui para o aparecimento do burnout. De acordo com os resultados observa-se que no grupo com critérios de burnout verifica-

se a existência de dois perfis, um primeiro que se refere ao nível de integração moderado a baixo ($n = 4$) e um segundo perfil, referente ao baixo nível de integração estrutural ($n = 3$). Ao passo que no grupo com índices de elevada exaustão emocional poderão ser considerados três perfis: elevado a moderado ($n = 1$), moderado ($n = 2$) e moderado a baixo ($n = 5$).

No que se refere ao Eixo I - vivências e pré-requisitos para o tratamento, optou-se por incluir, em virtude de proporcionar informação adicional para a interpretação dos resultados e respectiva comparação entre grupos. A gravidade dos sintomas (1.1) é mais acentuada no grupo com critérios de burnout ($n = 6$), situando-se no moderado a elevado, na medida em que os sintomas são tanto físicos, como no domínio emocional. No que se refere ao sofrimento subjectivo (3.1), embora esteja presente no grupo com elevados índices de exaustão emocional ($n = 5$), é mais acentuado no grupo com critérios de burnout ($n = 7$). Porém, há a salientar que os problemas sociais (3.4) apresentam maior expressão no grupo com critérios de burnout ($n = 5$). No item referente ao Apoio Psico(Social) (6.2) observam-se diferenças, na medida em que no grupo com critérios de burnout, se torna evidente a existência de uma reduzida rede de suporte emocional e instrumental, fator que não é tão evidente no grupo com índices elevados de exaustão emocional.

Discussão

Do ponto de vista psicodinâmico, o burnout tem vindo a ser compreendido como: processo gradual de exaustão; anulação do ideal do ego em relação a um outro significativo e como o resultado da inibição de impulsos incompatíveis. Sustentado nestes modelos teóricos, revelou-se pertinente perceber de que forma o nível de integração estrutural e que tipos de conflitos contribuem para o aparecimento do burnout.

Nesta investigação, os resultados obtidos indiciam que um nível de integração estrutural moderado a baixo, parece tornar os profissionais mais propensos a

desenvolverem índices elevados de exaustão emocional e burnout. Quer isto dizer, que são indivíduos que se caracterizam por um Superego severo e externalizado, bem como um ideal do ego exagerado. Os conflitos situam-se ao nível interpessoal, reflectindo-se nas várias áreas da sua vida. Ao nível das funções estruturais como a auto-percepção, a percepção do Self é voltada para o Ego, tendo uma capacidade limitada de diferenciar os seus afetos. No que se refere à percepção do objecto, interlocutor na relação, é visto como um objecto que satisfaz as necessidades do próprio, ocorrendo processos de idealização e desvalorização do Outro. Portanto, poderá inferir-se que os resultados aqui expostos confirmam a teoria no sentido de que o desgaste destes profissionais advem do negar da sua própria fragilidade, sendo o investimento excessivo no trabalho uma via de encontrar um sentimento de identidade e satisfação. Estes profissionais demonstram que perante uma experiência de insucesso experimentam uma frustração de conteúdo depressivo, que se manifesta através da sua auto-depreciação. À semelhança do proferido por Grosch e Olsen (1994), verifica-se que os participantes parecem necessitar do Outro apenas numa função específica, no nosso entender necessidade de ser admirado e reconhecido quer pelos utentes, quer pelos colegas.

Em relação aos conflitos observa-se uma maior predominância da necessidade de ser cuidado vs auto-suficiência e individuação vs dependência. Verifica-se que as descrições que os participantes fazem da interacção com o Outro, remetem para o sentimento de uma enorme disponibilidade face ao Outro. O seu comportamento poderá ser descrito como uma atitude altruísta que remete para, ao nível inconsciente, a necessidade de ser cuidado.

No entanto, o segundo conflito remete para uma necessidade exagerada de independência emocional das relações interpessoais, havendo uma forte convicção de não precisar de ninguém. Daí a excessiva necessidade de autonomia. No outro extremo observa-se que os seus próprios desejos se encontram subordinados aos dos outros, de modo a não comprometer a relação.

Deste modo, os nossos resultados parecem ir no sentido do sugerido pela literatura, na medida em que se verifica que a devoção ilimitada dos participantes conduz a um sentimento, em que percebem uma maior dificuldade em distanciar-se do Outro, reflexo desta atitude altruísta, que inconscientemente remete para a necessidade de ser cuidado, reconhecido e apreciado. No entanto, a necessidade exagerada de autonomia e independência face ao Outro, conduz a uma atitude de desvinculação perante os colegas e utentes.

Outro dado a ter em consideração prende com o fato de 66.7% dos participantes apresentar um quadro clínico de depressão (reativa ou endógena), o que nos leva a refletir acerca da sua contribuição para o burnout ou, se pelo contrário o aparecimento da depressão decorre de estar em burnout. Embora se reconheça a dificuldade em fazer o diagnóstico, na medida em que o burnout não é reconhecido como “doença”, sendo frequentemente diagnosticado como depressão, por ser mais facilmente admissível perante as convenções de saúde, tem sido unânime considerar que os sintomas de depressão e do burnout apesar de muitas vezes semelhantes, provem de causas diferentes (Delbrouck, 2006). No entanto, existem autores que acreditam que a depressão precederia o burnout, sendo que os elevados índices de exaustão emocional corresponderiam a um dos factores que contribuem para o aparecimento desta sintomatologia. Porém, subsistem dúvidas entre a associação depressão e as restantes dimensões, o que contraria a ideia de que o burnout é uma forma de depressão relacionada com o trabalho (Brenninkmeijer, VanYperen e Buunk, 2001; Kiersy et al. 2007). Porém, concordamos com a visão de Delbrouck (2006), que considera que o burnout constitui “uma porta de entrada para outras patologias mais graves, nomeadamente a depressão, a ansiedade, as doenças somáticas”.

No decorrer das entrevistas fizeram-se sentir alguns constrangimentos. A primeira limitação, poderia estar associada à gravação áudio, na medida este método de recolha de dados, apenas permite capturar o diálogo entre duas pessoas não reproduzindo aspetos da dinâmica relacional entre dois intervenientes (entrevistada e

investigadora). No entanto, ao delinear-se a investigação houve a preocupação de ter este aspeto em consideração, tendo-se para o efeito procedido ao posterior registo de notas relevantes para que outros investigadores tivessem um retrato mais aproximado do conteúdo da interação entre entrevistado e investigadora, não se cingindo apenas à transcrição da entrevista. A entrevista foi conduzida sob os constrangimentos práticos usualmente associados à existência de um tempo limitado para a sua realização, dado que foram realizadas durante o período laboral dos participantes.

Para futuras investigações sugere-se a replicação deste estudo, numa amostra de maior dimensão, sendo recomendável que as entrevistas sejam efetuadas pelo menos por dois investigadores. Por outro lado, propõe-se a realização de estudos qualitativos em que seja controlada a variável depressão, de modo a perceber a sua influência no desenvolvimento do burnout.

Esta investigação constitui um importante contributo para a compreensão das dinâmicas intrapsíquicas no fenómeno burnout, permitindo clarificar processos inconscientes a ele associados, sobretudo a escolha da profissão, assim como a forma como se estabelece a relação entre o prestador de cuidados e os vários intervenientes do seu contexto profissional. Permitindo, assim, elações directivas para a prevenção e tratamento.

Com este estudo podemos perceber que dos 15 sujeitos, sete com burnout e oito com índices elevados de exaustão emocional, avaliados numa amostra de 265, o:

1) Conflito necessidade de ser cuidado vs auto-suficiência, modo ativo – remete, ainda que de uma forma inconsciente, para um desejo de obter cuidado e segurança. Os afectos direccionam-se para se preocupar com os outros, verificando-se sentimentos latentes de depressão. Na sua vida profissional, as descrições remetem para colaboradores insubstituíveis, que vivenciam com intensidade o seu trabalho, revelando muitas das vezes pouca tolerância para com o ritmo e postura dos outros.

2) Conflito individuação vs dependência, no modo ativo – pressupõe-se que a sua satisfação pessoal, a sua auto-estima e concretização é obtida por intermédio do

trabalho. Daí que fique implícito que a sua satisfação e gratificação a nível pessoal advém do trabalho que realizam.

3) Nível de integração estrutural moderado a baixo - remete para um espaço mental interno e subestruturas pouco desenvolvidas, onde as funções regulatórias são claramente reduzidas. A coerência da auto-imagem é influenciada por situações indutoras de stress. Demonstram dificuldade em precisar o que os outros pensam deles, sendo as suas descrições uma projecção do que eles próprios sentem. O outro é visto como um objecto que satisfaz as necessidades do próprio (desvalorização/idealização).

Assim, considera-se como proferido por Dejours (in press) que a retribuição que mobiliza a maioria dos trabalhadores não é a retribuição material, mas antes de tudo uma retribuição simbólica. A retribuição simbólica esperada sob a forma de: reconhecimento no sentido de gratidão pelo serviço prestado; e reconhecimento no sentido de apreciação sobre a qualidade do trabalho realizado (Dejours, in press). Ora, o reconhecimento tem um impacto considerável sobre a identidade, sendo graças a ele que uma parte essencial do sofrimento é transformada em prazer no trabalho (Dejours, in press). Desta forma, aqueles que são mais vulneráveis encontram-se entre os profissionais mais implicados nas suas tarefas e que põem mais empenho no serviço prestado (Dejours, in press; Lambie, 2006; Pines, 2002).

Referências

- Brenninkmeijer, V., VanYperen, N., & Buunk, B. (2001). Burnout and depression are not identical twins: Is superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences, 30*, 873-880. doi:10.1016/S0191-8869(00)00079-9
- Cierpka, M., Grande, T., Rudolf, G., Von der Tann, M., Stasch, M., & OPD Task force (2007). The operationalized psychodynamic diagnostics system: clinical relevance, reliability and validity. *Psychopathology, 40*, 209-220. doi:10.1159/000101363
- Chessik, R. (2001) The secret life of the psychoanalyst. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 29*, 403-426.
- Dejours, C. (2013) A sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise, 33*, 2, 9-28.
- Delbrouck, M. (2006) *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi.
- Grazziano, E., & Bianchi, E. (2010) Impacto do stress ocupacional e burnout para enfermeiros. *Enfermeria Global, 18*, 1-20.
- Kiersy, C., Callegari, A., Martinelli, V., Vizzardi, V., Navino, C., Malberti, F., et al. (2007) Burnout in health care providers of dialysis service in Northern Italy—a multicentre study. *Nephrology Dialysis Transplantation, 22*, 8, 2283–2290. doi:10.1093/ndt/gfm111
- Lambie, G. (2006) Burnout prevention: A humanistic perspective and structured group supervision activity. *Journal of Humanistic Counselling, Education and Development, 45*, 1, 32-44. doi:10.1002/j.2161-1939.2006.tb00003.x
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001) Job Burnout. *Annual Review of Psychology, 52*, 1, 397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Ngai, S., & Cheung, C. (2009) Idealism, altruism, career orientation, and emotional exhaustion among social work undergraduates. *Journal of Social Work Education, 45*, 1, 105-121. doi:10.5175/JSWE.2009.200700077

- OPD Task-Force (2008). *Operationalized Psychodynamic Diagnostics OPD-2. Manual of diagnostics and treatment planning*. Göttingen, Hogrefe & Huber.
- Paris, M., & Hoge, M. (2009) Burnout in the mental health workforce: A review. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 37, 4, 519-528.
- Pérez F, Alvarado L., De la Parra G., & Dagnino P. (2009) Diagnóstico Psicodinâmico (OPD-2): Evaluación preliminar de la validez y confiabilidad inter-evaluador. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatria*, 47, 4, 271-278.
- Pines, A. (2002) A psychoanalytic-existential approach to burnout: Demonstrated in the cases of a nurse, a teacher and a manager. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 39, 1, 103–113. doi:10.1037//0033-3204.39.1.103
- Pines, A., & Oreniya, Y. (2001) Unconscious determinants of career choice and burnout: theoretical model and counseling strategy. *Journal of Employment Counseling*. 38, 4, 170-15. doi:10.1002/j.2161-1920.2001.tb00499.x
- Santos, J. (2009) A síndrome de burnout: uma análise social e psicodinâmica. *Revista Científica Eletrônica de Psicologia*, VII, 13.
- Semedo, C. (2009) *Bem-Estar Psicológico no Trabalho e Acidentalidade Laboral em profissionais de saúde*. Tese de Doutorado, não publicada, Universidade de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela.
- Sørgaard, K. W.; Ryan, P.; Hill, R., & Dawson, I. (2007) Sources of stress and burnout in acute psychiatric care: Inpatient vs. community staff. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 10, 794–802. doi:10.1007/s00127-007-0228-6
- Vanhuele, S. (2003) “*Slave labor and mastery: A psychoanalytic study of professional burnout*”. Proefschrift ingediend tot het behalen van de academische graad van Doctor in de Psychologische Wetenschappen. Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.
- Vanheule, S. (2005) Professional burnout in the mirror. *Psychoanalytic Psychology*, 22, 2, 285-305.

- Vanheule, S., Lievrouw, A., & Verhaeghe, P. (2003). Burnout and intersubjectivity: A psychoanalytical study from a Lacanian perspective. *Human Relations*, *56*, 321-339. doi:10.1177/0018726703056003614
- Vanheule, S., & Verhaeghe, P. (2004) Powerlessness and impossibility in special education: A qualitative study on professional burnout from a Lacanian perspective. *Human Relations*, *57*, 4, 497-519. doi:10.1177/0018726704043897
- Vicente, C., Aragão Oliveira, R., Silva, F., Ferrajão, P., ... Oliveira, S., & Krieger, D. (2012) Cross-cultural adaptation of the Operationalized Psychodynamic Diagnostic (OPD-2) in Portugal. *Trends Psychiatry Psychotherapy*, *34*, 3, 129-38. doi:10.1590/S2237-60892012000300004
- Vicente, C., & Aragão Oliveira, R. (no prelo) Burnout em prestadores de cuidados a idosos e doentes crónicos - Atualidades. *Manuscript submitted for publication*.
- Vicente, C. S., Oliveira, R. A., & Maroco, J. (2013) Análise fatorial do Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *14*, 1, 152-167.
- Vieira, I. (2010) Conceito (s) de burnout: questões atuais da pesquisa e a contribuição da clínica. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, *35*, 122, 269-276.

VI. DISCUSSÃO

6.1 Objetivos e Questões de Investigação do Estudo

Os estudos aqui apresentados inserem-se num, mais amplo, sobre a “*Para a compreensão do fenómeno Burnout nos prestadores de cuidados a idosos doentes crónicos*”, cujo objectivo visa compreender que tipo de conflitos internos e nível de integração estrutural estão mais relacionados com o desenvolvimento do Burnout, nos profissionais que lidam diariamente com pacientes em situação de vulnerabilidade física, mental e social (Vicente et al., in press).

No global foi possível concretizar todos os objectivos e responder às questões de investigação inicialmente propostas, os quais serão explanados e reflectidos de seguida.

Estudo 1 - Prevalência da Síndrome de Burnout em Prestadores de Cuidados

O propósito do primeiro estudo foi o de avaliar as propriedades psicométricas do MBI-HSS, numa amostra de profissionais portugueses que trabalham na área de intervenção social. Assim como permitiu a seleção da amostra que mais se adequava, índices elevados de exaustão emocional e burnout, aos objetivos do nosso estudo.

Vários estudos sugerem que a fiabilidade do MBI-HSS é variável, consoante as amostras em estudo, na medida em que os valores oscilam entre 0.79 a 0.91 para a exaustão emocional e 0.69 a 0.87 para a escala realização pessoal (Carlotto et al., 2007; Córdoba et al., 2011; Faúndez et al., 2009; Gil-Monte & Faúndez, 2011; Lara et al., 2008; Rohland et al., 2004; Semedo, 2009; Wilke et al., 2012).

Todavia, das três dimensões a que revela maiores fragilidades, quando utilizado em amostras não anglo-saxónicas, ao nível da fiabilidade é a despersonalização, em virtude, de os resultados serem substancialmente inferiores aos apresentados pela versão original (EUA: 0.79; Outros estudos: 0.42 a 0.66).

Na amostra em estudo, os resultados vão ao encontro dos enunciados pela literatura, na medida em que se obteve resultados mais satisfatórios nas dimensões exaustão emocional ($\alpha=0,84$) e realização pessoal ($\alpha=0,70$).

O que nos leva a considerar, em concordância com o proferido por Carlotto e Câmara (2007), que a dimensão exaustão emocional é menos vulnerável a questões culturais, dado que o sentimento de desgaste profissional pelo trabalho e as questões que o abordam têm um carácter mais universal, pela franca relação dessa dimensão com o constructo do item.

No que se refere à dimensão despersonalização, os nossos resultados encontram-se em consonância com os obtidos por Lara et al. (2008) Semedo (2009) e Córdoba et al., (2011), uma vez que se revelou a dimensão com menor consistência interna (0.59). Um dos fatores que parece justificar a menor fiabilidade desta dimensão poderá relacionar-se com o reduzido número de itens que a compõem como adverte Gil-Monte (2005). Por outro lado, será de considerar a existência de um certo efeito de desejabilidade social sobre as respostas dadas pelos sujeitos nesta dimensão.

Em relação à estrutura fatorial do Maslach Burnout Inventory, Human Services (MBI-HSS), embora alguns autores recomendem uma solução de apenas dois factores, pela fraca correlação da realização com as outras duas dimensões, tem sido consensual do ponto de vista empírico, a adoção de uma estrutura de três factores, concordante com a sua versão original (Halbesleben et al., 2005; Maroco et al., 2012; Qiao et al., 2011; Schaufeli et al., 2005).

De acordo com as recomendações de Maslach e Jackson (1981, 1996), para se obter uma melhoria substancial do modelo subjacente ao MBI, deveria proceder-se à supressão dos itens 12 (RP) e 16 (EE).

Contudo, existem evidências de dificuldades ao nível de outros itens que não saturam no fator esperado, como é o caso dos itens: 1, 2, 7, 11, 13, 15, 18 e 20 (García, Remuzgo, & Fuentes, 2007; Gil-Monte, 2005; Lara et al., 2008; Maslach et al., 1996; Wilke et al., 2012).

Num estudo recente, Córdoba et al. (2011), propuseram a eliminação do item 6 da dimensão exaustão emocional, por considerarem que parece fazer parte da dimensão despersonalização e dos itens 15 e 21 devido à sua fraca capacidade discriminatória com a escala total, sendo itens que devido à sua complexidade, se tornam de difícil interpretação.

Ao testarmos a validade fatorial do MBI-HSS, na sua versão original, verificou-se que o modelo apresentava uma qualidade de ajustamento sofrível, por isso na tentativa de melhorar o instrumento foi testado um segundo modelo, no qual se procedeu à eliminação do item 6, da exaustão emocional, os itens 5 e 22, da despersonalização e o item 7, da realização pessoal, o que veio a revelar um ajustamento significativamente melhor da estrutura tri-fatorial proposta originalmente pelos autores do MBI-HSS.

Na nossa investigação, fomos confrontados com a existência de itens que apresentaram cargas fatoriais mais baixas do que seria expectável, sendo de considerar que as mesmas possam ser explicadas pelas características da amostra, na medida em que na sua maioria era composta por mulheres e com um nível de escolaridade baixo.

Assim, concordamos com a perspectiva de Wilke et al. (2012), os quais consideram que as debilidades relacionadas com as cargas fatoriais de alguns dos itens do MBI-HSS poderá ser explicada mais pelas características da amostra, do que pelo desenho do instrumento ou pelos fatores culturais. Por sua vez, Kristensen et al., (2005), defendem que a discrepância encontrada nos estudos de adaptação do MBI para outras línguas, poderá dever-se mais aos fatores associados ao género, cultura e

contexto socioeconómico, do que propriamente devido a questões técnicas e fiáveis da tradução, atendendo a que o instrumento foi criado para a população americana.

Consideramos, ainda, que a direção conceptual na formulação dos itens, particularmente a formulação na negativa das afirmações que compõem a subescala exaustão emocional e despersonalização, também poderá ter contribuído para influenciar a fraca validade convergente destas subescalas.

Desta forma, o MBI-HSS revelou ser uma medida com validade fatorial e discriminante e com fiabilidade aceitável para avaliar o burnout em prestadores de cuidados a idosos doentes crónicos.

No segundo estudo foram definidos como objetivos: estudar a prevalência da síndrome de burnout nos profissionais que prestam cuidados a idosos doentes crónicos e a relação entre o aparecimento do burnout e as variáveis: sociodemográficas, com particular enfoque na severidade das doenças e a influência da variável institucionalização na ocorrência do fenómeno burnout.

A prevalência da síndrome de burnout, na nossa amostra, revela que 19.6% dos participantes apresentam elevados índices de exaustão emocional, 4.9% elevada despersonalização e 2.6% baixa realização pessoal.

Na amostra em estudo, a incidência é menor à observada em investigações com profissionais de saúde que apontam para valores na ordem dos 30% (Sos Tena et al., 2002; Grau, Suñer & García, 2005; Noguera & Francês, 2008; Oyefeso, Clancy & Farmer, 2008).

Os resultados obtidos, na dimensão exaustão emocional (19.6%), parecem justificar-se pelo facto de ser uma área onde os profissionais são diariamente confrontados com situações sociais complexas, lidar com a fragilidade e dependência do outro, para as quais muitas das vezes sentem que não conseguem dar a resposta mais adequada, induzindo deste modo a ideia de que apesar de todo o esforço e empenho que colocam no cuidar do outro, não conseguem reverter a situação.

Por outro lado, é recorrente o sentimento de frustração pelo fato de desempenharem funções e tarefas para as quais não se sentem devidamente preparados. As expectativas pouco realistas com que iniciaram a sua atividade, poderão também justificar a elevada exaustão emocional.

Por sua vez, a dimensão despersonalização apresenta resultados mais baixos (4.9%) aos proferidos pela literatura. Estes poderão dever-se não só a um certo efeito de desejabilidade social, mas um certo tipo de despersonalização, também, poderá representar uma ameaça psicológica para o indivíduo, em particular, nos profissionais cujo objectivo central da sua profissão se centra no cuidar do outro.

Todavia, concordamos com o ponto de vista de Farber (2000), que considera que algumas pessoas podem não ter condições para reconhecer, verdadeiramente, o que poderá estar a acontecer com elas, o que dificultaria a identificação das questões relacionadas com a dimensão despersonalização (Carlotto & Pallazzo, 2006).

A variável género tem sido considerada pelos estudos empíricos, como um dos fatores de maior vulnerabilidade no desenvolvimento do burnout.

Autores como Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), Schaufeli e Greenglass (2001), Carlotto (2011) têm observado que as mulheres apresentam maiores níveis de exaustão emocional, enquanto nos homens parece ser mais evidente a elevação na dimensão despersonalização.

Embora numa primeira análise os resultados por nós obtidos indiciassem, que os homens apresentavam maiores índices de burnout do que as mulheres, não se confirmou a existência de diferenças significativas em nenhuma das dimensões do MBI-HSS.

Estes resultados, apesar de contraditórios em relação à maioria das investigações, acabam por estar em concordância com outras investigações, que à nossa semelhança também não evidenciam a influência da variável género (Dickinson-Bannack, et al., 2007; Gil-Monte et al., 2005; Llyod et al., 2004). A justificação para estes resultados poderá dever-se à composição da amostra, na medida em que é uma

área maioritariamente desenvolvida por mulheres, não permitindo evidenciar o efeito da variável género.

Para além disso, concordamos com Maslach e Goldberg (1998), que refere que quando as variáveis género e tipo de profissão, são controladas, as diferenças devido ao género tendem a desaparecer.

Os nossos resultados estão em conformidade com os observáveis por Gisbert et al., 2008; Gomes et al., 2009 e Hahnmary et al., 2008, uma vez que se verifica que os sujeitos que trabalham em horário acrescido apresentam maior despersonalização quando comparados, com os que trabalham em horário normal. O que poderá justificar estes resultados deve-se ao facto de quanto maior a permanência no trabalho, maior é o contato destes profissionais com os stressores ocupacionais.

São profissionais que exercem a sua atividade junto de pessoas com maior vulnerabilidade física, mental e social, reconhecendo por vezes a incapacidade, por falência de políticas sociais e de saúde, para darem respostas adequadas às situações com que são confrontados. Neste sentido, a despersonalização poderá ser entendida como um mecanismo defensivo, proporcionando o distanciamento necessário para que possam lidar com o seu trabalho.

Contudo, interessa realçar que o fato de 26% dos sujeitos se encontrar a trabalhar nesta área devido a questões socioeconómicas, poderá também contribuir para uma maior despersonalização, em virtude de não ter sido uma escolha profissional, mas uma alternativa face às condições do mercado de trabalho e respetivas dificuldades financeiras.

Ao analisar-se os nossos resultados, constata-se que a variável idade se apresenta como preditor da dimensão exaustão emocional, sendo perceptível que com o aumento da idade se observa uma diminuição da exaustão emocional.

Desta forma, poderá sustentar-se que os nossos resultados seguem a mesma direção dos anteriormente apresentados, ou seja, os mais novos parecem indiciar níveis mais elevados de exaustão emocional. Consideramos igualmente, que estes

resultados se poderão dever ao fato de os profissionais mais novos não disporem de estratégias eficazes para aprender a lidar com as exigências e expectativas face ao seu trabalho. Bem como por desempenharem funções desajustadas à sua formação.

Todavia, o estudo realizado por Souza e Silva (2002) sustenta que as variáveis idade e tempo de profissão não exercem qualquer influência nas três dimensões do burnout.

Por sua vez, Carvalho et al. (2006) constataram que as variáveis idade e tempo de profissão se correlacionam significativamente com a escala de cinismo (equivalente à despersonalização).

Discordante com estes resultados, foram os por nós obtidos, uma vez que se verificou que quer a idade, quer a antiguidade na profissão se revelaram preditores significativos da dimensão exaustão emocional, embora não apresentando qualquer efeito na dimensão despersonalização.

Estes resultados encontram reforço nos estudos de Dias et al. (2010), que consideram que a idade parece desempenhar um papel moderador em relação ao burnout.

Em relação à variável tipo de doenças e resposta social os nossos resultados foram substancialmente modestos, na medida em que apenas se parecem correlacionar com a dimensão realização pessoal, não sendo observável a sua influência nas outras dimensões.

Aspeto igualmente realçado por Roque e Soares (2012), que fundamentam a não existência de evidências entre a relação entre as dimensões do burnout e variáveis como o tipo de população e problemática. No nosso entender, a fraca influência destas variáveis poderá ser sustentada na composição da amostra, em virtude de não ser homogénea.

Para Lonne (2003), os resultados das investigações sugerem que as características pessoais e demográficas desempenham um papel limitado no processo

do burnout, correspondendo esses factores mais como moderadores ao invés de factores causais.

Estudo 2 – Burnout em prestadores de cuidados - Atualidades

Um dos principais objectivos, desta investigação, residia em apurar quais as dimensões associadas ao burnout a que parece apresentar maior relevância, procurando dar o nosso contributo para a confirmação dos modelos teóricos.

Por outro lado, perceber quais os factores que contribuem para o desenvolvimento desta síndrome e a sua especificidade em relação a dois grupos em estudo.

Os estudos evidenciam alguma controvérsia acerca da forma como se processa a sintomatologia do burnout. No entanto, muitos investigadores consideram que a primeira fase do processo do burnout, é a exaustão emocional (Cordes et al., 1993; Maslach et al., 2001; Ngai et al., 2009).

Os nossos resultados parecem ir no sentido dos propostos por Maslach et al. (2001), na medida em que se infere que a dimensão com maior expressão nas entrevistas realizadas foi a exaustão emocional.

Porém, na nossa perspectiva e sustentado nos resultados obtidos, será de salientar que a nossa concepção de exaustão emocional é mais abrangente à inicialmente proposta por Maslach e Jackson (1981), na medida em que insere não apenas manifestações associadas ao desgaste emocional e mental, mas também físico.

Este conceito tem vindo a ser reformulado, dado vários autores o terem ampliado, não o cingindo apenas ao esgotamento emocional, mas também integrando a componente física e mental, como é observável em Pines e Aronson (1981), Shirom e Melamed (2006), e até em Maslach e Leiter (1997), quando alargam o fenómeno burnout a outras profissões.

No que respeita às outras duas dimensões, como seria expectável, observa-se uma maior representatividade nas narrativas dos participantes do grupo com critérios de burnout, da dimensão baixa realização pessoal, embora a despersonalização tenha sido menos representada.

Ainda que presentes e seguindo a mesma direção do grupo anterior, estas dimensões não tiveram grande expressão no grupo com índices elevados de exaustão emocional.

Deste modo, poderia avançar-se com a hipótese de que na génese do burnout estaria a dimensão exaustão emocional, a qual desencadearia sentimentos de desmotivação e frustração, contribuindo para a despersonalização. Esta hipótese estaria, então, mais próxima do modelo teórico apresentado por Gil-Monte (1994), mais do que qualquer outro modelo teórico.

Contudo, parece-nos fundamental ser cautelosos na interpretação destes resultados, nomeadamente no que se refere à dimensão despersonalização, em virtude de ser um contexto profissional centrado no cuidar do outro, em que há uma ideia próxima de vocação, o que poderá constituir uma certa ameaça psicológica para o indivíduo assumir a existência de sentimentos de distanciamento face às pessoas beneficiárias do seu trabalho.

À semelhança do proferido pelos estudos empíricos, também os nossos resultados sugerem que o excesso de burocracia, a falta de recursos humanos, o conflito de funções, a baixa remuneração e a fraca participação na tomada de decisão, podem constituir factores que contribuem para uma maior propensão ao desenvolvimento da exaustão emocional e conseqüentemente burnout (Maslach, et al., 2001; Lone, 2003; Ruíz et al., 2004; Grau, et al., 2005; Gisbert, et al., 2008; Loureiro, Pereira, Oliveira. & Pessoa, 2008; Semedo, 2009; Grazziano et al., 2010.

Todavia, verificaram-se divergências, nos dois grupos, nomeadamente ao nível de factores como: excesso de burocracia, conflito de funções e fraca participação na tomada de decisão, dado que foram mais representativas no grupo com elevados

índices de exaustão emocional do que no grupo com critérios de burnout. Um dos factores que poderá justificar estes resultados prende-se com o facto de os participantes que compõem este grupo, exercerem funções de coordenação, estando mais sujeitos à influência destes factores.

No grupo com critérios de burnout, por sua vez, foi mencionada a baixa remuneração. Sabe-se que é um contexto em que os profissionais auferem rendimentos inferiores aos praticados em outras áreas ocupacionais. Daí alguns participantes mencionarem que a remuneração auferida não corresponde às suas expectativas e funções desempenhadas.

Quanto às características da função, também foram evidentes diferenças entre os dois grupos, nomeadamente ao nível do excesso de responsabilidade e complexidade das funções. Na nossa óptica estas divergências decorrem da composição da amostra, em virtude de no grupo com índices elevados de exaustão emocional, um número considerável de participantes serem assistentes sociais.

Contudo, não será de descurar o facto de neste contexto muitos dos profissionais terem de desempenhar funções que fogem do âmbito da sua formação, devido aos escassos recursos humanos, para fazer face às necessidades das instituições. Para além disso, o excesso de responsabilidade advém de terem de lidar com situações, em que as pessoas assistidas apresentam situações de maior vulnerabilidade física, social e mental.

Em concordância com estudos empíricos realizados no contexto de saúde, também se observou a influência do conteúdo do trabalho, como um dos factores que pode induzir exaustão emocional e burnout.

Aqui foram identificados aspectos como o impacto da morte do Outro, o lidar com a fragilidade e familiares, particularmente com os sentimentos dos utentes e cuidadores informais, muitas das vezes projetando uma certa frustração, impotência e agressividade nos colaboradores que estão diariamente em contacto com as pessoas a quem prestam assistência.

A deterioração do quadro clínico, também foi realçado, na medida em que estes profissionais se confrontam diariamente com situações de perda de capacidades ou doenças terminais, o que faz com que se coloquem elevados desafios na forma como gerir e atuar perante estas situações. Não se poderá deixar de ter em consideração que as profissões de relação de ajuda se centram no cuidar do outro, em que se vai criando um vínculo de proximidade entre quem presta assistência e quem é cuidado.

Em concordância com o estudo de Fujiwara et al. (2003), também esta investigação indicia que os conflitos decorrentes da interação entre os profissionais e cuidadores informais e/ou familiares dos beneficiários da sua intervenção, contribuiu para a exaustão emocional e burnout.

Não obstante, os conflitos interpessoais, o fraco apoio social e as dificuldades de comunicação com os colegas e/ou superiores hierárquicos, também foram assinalados por ambos os grupos, como factores que parecem influenciar a propensão para a exaustão emocional e para o burnout.

Trindade et al. (2010) reforçam que colegas de trabalho competitivos ou excessivamente críticos podem representar um catalisador para o agravamento de conflitos. Outro dos factores mais referenciados, neste estudo, foi os conflitos interpessoais, remetendo para um ambiente pouco contentor, onde não é fomentada a partilha, promovendo assim um maior isolamento entre os profissionais, o que poderá induzir um certo afastamento perante os outros, constituindo uma estratégia de evitamento.

Por sua vez, o estudo desenvolvido por Gil-Monte, et al. (2005) destacam a importância do apoio social como um moderador ou promotor da síndrome de burnout.

A coesão da equipa e os conflitos interpessoais no trabalho são positivamente associados ao burnout (Schaufeli & Buunk, 1996).

Ao analisar-se os nossos resultados também se verifica que foi uma das dimensões mais referenciadas pelos participantes, considerando a existência de um fraco apoio social, quer por parte dos colegas, quer dos superiores hierárquicos.

Face aos nossos resultados poderá inferir-se, que na nossa amostra, factores como o conteúdo de trabalho, assim como as relações interpessoais, parecem ter uma maior influência no desenvolvimento do burnout, ao contrário do que tem sido proferido pelos estudos empíricos, que consideram e revelam uma maior influência de factores associados ao que designamos de características organizacionais e da função.

Procedendo a uma análise crítica, consideramos que o contexto em estudo será melhor explicado pelos modelos assentes nas interações das relações interpessoais, na medida em que salientam a importância das exigências emocionais no relacionamento que é estabelecido entre os profissionais.

Partilhamos da perspectiva de Maslach et al. (1981), que salienta a importância da relação que é estabelecida entre o profissional e as pessoas a quem prestam assistência. De acordo com esta autora, as potenciais fontes de stress capazes de induzirem exaustão emocional estariam nos problemas das pessoas que carecem de ser resolvidos, o que faz com que os profissionais estejam continuamente em relações potencialmente stressantes.

Por outro lado, consideramos à semelhança de Buunk e Schaufeli (1993), que as relações interpessoais não se deverão cingir apenas às estabelecidas com as pessoas assistidas, mas deverá ser alargado a todos os intervenientes associados ao contexto profissional.

Como foi observável através dos nossos resultados, na medida em que as relações estabelecidas com colegas e superiores também contribuem para um estado não só de exaustão emocional mas também de burnout.

Todavia, na compreensão do burnout, como fenómeno psicológico, deverá ter-se em consideração também os aspectos individuais, particularmente no sentido que o sujeito atribui ao trabalho. Vários estudos têm demonstrado que os profissionais que

iniciam o seu trabalho com grande idealismo e elevadas expectativas para com o emprego caracterizam-se por burnout (Cherniss, 1995).

A motivação com que o sujeito inicia a sua atividade profissional revela ser uma variável relevante, sendo todos os autores unânimes em reconhecer o seu valor preditor em relação ao burnout: quanto maior a motivação com que se inicia uma atividade, maior o risco de desenvolver Burnout (Schaufeli, Enzmann & Girault, 1993; Pines, 2002; Ritter, Stumm, Kirchner, Piovesan & Ubessi, 2012; Tecedor, 2004).

Os nossos resultados também confirmam a importância do sentido que é atribuído ao trabalho pelos profissionais. Freudenberguer (1974), Fischer (1983) defendem que os profissionais mais propensos a desenvolverem o burnout seriam aqueles que atribuem uma importância exagerada ao seu trabalho.

Observa-se que um número considerável de participantes demonstra um excessivo envolvimento com o trabalho, embora tenha sido mais evidente no grupo com índices elevados de exaustão emocional, mais do que no grupo com critérios de burnout.

Para além disso, Pines e Aronson (1988), consideram que os profissionais evoluem para o burnout, quando na procura de um sentido existencial por meio do trabalho sentiram que falharam ou não correspondeu às expectativas idealizadas. Aspecto por nós, igualmente observado, na medida em que um dos aspectos que sobressai da nossa amostra é o facto de os participantes sentirem que não corresponderam quer às suas expectativas, quer às dos outros.

Estudo 3 - Compreensão das dinâmicas intrapsíquicas na Síndrome de Burnout.

A adaptação transcultural do Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado 2 visava fundamentalmente a garantia de qualidade do instrumento a utilizar no terceiro estudo.

As primeiras avaliações clínicas revelaram os primeiros problemas na concordância inter-avaliadores, destacando-se aqui a interpretação diagnóstica no

Eixo III – Conflito. As diferenças encontradas nas cotações deste eixo, em particular, parecem estar ligadas à dificuldade numa avaliação consensual na identificação do conflito nuclear apresentado pelo paciente, bem como na ordenação da lista de conflitos.

À semelhança dos resultados por nós obtidos, num estudo realizado em 2009 por Pérez, Alvarado, De la Parra e Dagnino observou-se que um dos eixos em que obtiveram maiores dissonâncias entre os quinze avaliadores foi o *Eixo III – Conflitos*.

Podemos colocar como hipótese para estas primeiras dificuldades, a ideia de que os clínicos tendem a resistir a uma atitude de avaliação orientada para a identificação. Na prática clínica, o pensamento destes profissionais é sobretudo orientado para a compreensão da dinâmica das relações de objecto e as suas principais ansiedades.

Por outro lado, poderá relacionar-se com o facto de ser um dos quatro eixos mais psicodinâmicos, em que as hipóteses são formuladas tendo por base a experiência vivida com o paciente na relação interpessoal, o que o torna num eixo mais subjetivo.

Outro eixo onde se verificaram discrepâncias entre os avaliadores foi o *Eixo I – “Vivências da doença e pré-requisitos para o tratamento”*, sendo que entre todos é o que se revela mais objectivo ao nível da compreensão das problemáticas do paciente, posto que possibilita apreender essencialmente a sua experiência, motivação e recursos pessoais face à doença e à mudança.

As divergências nas avaliações deste eixo parecem justificar-se pelo facto de as entrevistas não terem sido realizadas num contexto clínico (em que há queixas específicas) sendo que nas entrevistas realizadas as queixas expressas mostraram-se mais difusas e associadas ao contexto laboral.

No que concerne ao *Eixo II – “Relações interpessoais”*, verificou-se algumas fragilidades nas cotações inter-avaliadores, o que sugere a necessidade de um maior aprofundamento e treino de modo a uma maior homogeneidade nas referidas

cotações. Neste sentido, corroboramos os achados obtidos por Pérez, Alvarado, De la Parra e Dagnino (2009), no qual reforçam a ideia de que este eixo à semelhança do *Eixo III – “Conflitos”*, corresponde a um dos eixos mais psicodinâmicos do OPD, o que implica uma avaliação mais subjetiva por parte dos investigadores.

Em relação ao *Eixo IV – Estrutura* apenas ocorreu uma ligeira divergência em dois dos itens, o que poderá estar relacionado com um baixo nível de integração estrutural, e a falta de segurança diagnóstica para se proceder à respectiva cotação.

Contudo, na sua generalidade, revela-se o eixo no qual se observa uma maior concordância inter-avaliadores. A hipótese mais relevante que poderá explicar esta homogeneidade nas cotações parece dever-se ao facto, como salientado por Pérez, Alvarado, De la Parra e Dagnino (2009), de corresponder a um eixo com uma operacionalização mais objectiva, sendo facilmente avaliados por intermédio de critérios observáveis na interação entre investigadora e entrevistado.

Assim, partilhamos das conclusões de Cierpka et al. (2006), que sustentam que as evidências suportadas em entrevistas dirigidas para a avaliação de um ou mais eixos do OPD, com propósitos de investigação, apresentam resultados superiores, quando comparado com a aplicação do OPD na prática clínica.

A hipótese por nós colocada, neste terceiro estudo, foi a de compreender que tipo de conflitos internos e nível de integração estrutural estão mais relacionados com o desenvolvimento do burnout, nos prestadores de cuidados a idosos doentes crónicos.

Em relação aos conflitos observa-se uma maior predominância da necessidade de ser cuidado vs autossuficiência e individuação vs dependência.

Verifica-se que as descrições que os participantes fazem da interação com o Outro, remete para o sentimento de uma imensa disponibilidade face ao Outro, “*fazem tudo pelo Outro*”. O seu comportamento poderá ser descrito como uma atitude altruísta que remete para, ao nível inconsciente, a necessidade de ser cuidado.

Contudo, as separações parecem ser vivenciadas com humor depressivo, havendo o receio de ficar só. Sabe-se que o cuidar de pessoas dependentes e incapacitadas confronta os profissionais com sentimentos que não desejaria ser confrontado, muitas das vezes suscitando nos mesmos uma atitude mais distante e impessoal como forma de lidar com os sentimentos despertados sentidos como intoleráveis ao próprio.

Na sua vida profissional, as descrições remetem para serem colaboradores insubstituíveis, que vivenciam com intensidade o seu trabalho, revelando muitas das vezes pouca tolerância para com o ritmo e postura dos outros.

No entanto, no seu modo passivo, são descritos como sujeitos que têm uma forte ligação às figuras de relação precoce, sendo manifesto o desejo de segurança e cuidado. As separações são vivenciadas com humor depressivo, havendo o receio de ficar sozinho.

Por sua vez, o conflito individualização vs dependência, é o segundo conflito com maior expressão no grupo com índices elevados de exaustão emocional ($n = 6$), embora também esteja presente no grupo com critérios de burnout. Este conflito, no seu modo ativo, caracteriza-se pela necessidade de uma exagerada independência emocional e existencial das relações interpessoais. Todas as áreas da vida parecem ser determinadas por uma constante disputa pela autonomia e independência.

Ao serem questionados acerca de como se descreveriam subentende-se que a sua satisfação pessoal, a sua autoestima e concretização é obtida por intermédio do trabalho. Daí que fique implícito que a sua satisfação e gratificação a nível pessoal advém do trabalho que realizam. A perda de energia parece ser vivenciada como uma ameaça.

Deste modo, na autopercepção do indivíduo, predomina uma forte necessidade de autonomia, juntamente com a convicção de não precisar de ninguém.

Todavia, no seu modo passivo, a responsabilidade e independência são evitadas, os seus próprios desejos são subordinados aos supostos ou reais interesses

dos Outros, de modo a não comprometer uma estreita relação. Os conflitos devem ser banalizados ou negados. A auto-percepção é caracterizada pela impotência, fraqueza, e ser dependente dos outros.

Nesta investigação, os resultados obtidos indiciam que um nível de integração estrutural moderado a baixo, parece tornar os profissionais mais propensos a desenvolverem índices elevados de exaustão emocional e burnout. Quer isto dizer, que são indivíduos que se caracterizam por um Superego severo e externalizado, bem como um ideal do ego exagerado. As representações que têm dos objetos poderão ser sentidas como persecutórias ou melancolicamente idealizadas.

Os conflitos situam-se mais ao nível interpessoal do que intrapsíquico, refletindo-se nas várias áreas da sua vida, nomeadamente a nível social, laboral e pessoal.

São sujeitos que ao nível das funções estruturais como a auto-percepção, a percepção do Self é voltada para o Ego, tendo uma capacidade limitada de diferenciar os seus afetos. A imagem que têm de si próprios parece ser influenciada por situações indutoras de stress. No que se refere à percepção do objecto, interlocutor na relação, é visto como um objecto que satisfaz as necessidades do próprio, ocorrendo processos de idealização e desvalorização do Outro. Traduzindo-se, desta forma, na dificuldade em diferenciar o que é seu do que é do outro.

Ao nível da regulação da relação objetal é caracterizada pela defesa interpessoal, sendo incapaz de processar internamente as suas necessidades baseada em conflitos e medos, em vez disso, deixa transbordar diretamente na relação que é posta sob grande tensão.

Portanto, poderá inferir-se que os resultados aqui expostos confirmam a teoria no sentido de que o desgaste destes profissionais advém do negar da sua própria fragilidade, sendo o investimento excessivo no trabalho uma via de encontrar um sentimento de identidade e satisfação.

Estes profissionais demonstram que perante uma experiência de insucesso experimentam uma frustração de conteúdo depressivo, que se manifesta através da sua auto-depreciação. À semelhança do proferido por Grosch e Olsen (1994), verifica-se que os participantes parecem necessitar do Outro apenas numa função específica, no nosso entender necessidade de ser admirado e reconhecido quer pelos utentes, quer pelos colegas.

Em relação aos conflitos observa-se uma maior predominância da necessidade de ser cuidado vs autossuficiência e individuação vs dependência. Verifica-se que as descrições que os participantes fazem da interação com o Outro, remetem para o sentimento de uma desmedida disponibilidade face ao Outro. O seu comportamento poderá ser descrito como uma atitude altruísta que remete para, ao nível inconsciente, a necessidade de ser cuidado.

No entanto, o segundo conflito remete para uma necessidade exagerada de independência emocional das relações interpessoais, havendo uma forte convicção de não precisar de ninguém. Daí a excessiva necessidade de autonomia. No outro extremo observa-se que os seus próprios desejos se encontram subordinados aos dos outros, de modo a não comprometer a relação.

Deste modo, os nossos resultados parecem ir no sentido do sugerido pela literatura, na medida em que se verifica que a devoção ilimitada dos participantes conduz a um sentimento, em que percebem uma maior dificuldade em distanciar-se do Outro, reflexo desta atitude altruísta, que inconscientemente remete para a necessidade de ser cuidado, reconhecido e apreciado. No entanto, a necessidade exagerada de autonomia e independência face ao Outro, conduz a uma atitude de desvinculação perante os colegas e utentes.

Outro dado a ter em consideração prende com o fato de 66.7% dos participantes apresentar um quadro clínico de depressão (reativa ou endógena), o que nos leva a refletir acerca da sua contribuição para o burnout ou, se pelo contrário o aparecimento da depressão decorre de estar em burnout.

Embora se reconheça a dificuldade em fazer o diagnóstico, na medida em que o burnout não é reconhecido como “doença”, sendo frequentemente diagnosticado como depressão, por ser mais facilmente admissível perante as convenções de saúde, tem sido unânime considerar que os sintomas de depressão e do burnout apesar de muitas vezes semelhantes, provem de causas diferentes (Delbrouck, 2006).

No entanto, existem autores que acreditam que a depressão precederia o burnout, sendo que os elevados índices de exaustão emocional corresponderiam a um dos factores que contribuem para o aparecimento desta sintomatologia.

Porém, subsistem dúvidas entre a associação depressão e as restantes dimensões, o que contraria a ideia de que o burnout é uma forma de depressão relacionada com o trabalho (Brenninkmeijer, VanYperen e Buunk, 2001; Kiersy et al. 2007). Porém, concordamos com a visão de Delbrouck (2006), que considera que o burnout constitui “uma porta de entrada para outras patologias mais graves, nomeadamente a depressão, a ansiedade, as doenças somáticas”.

Relação entre os Estudos

O MBI-HSS revelou ser uma medida com validade factorial e discriminante e com fiabilidade aceitável, para avaliar o burnout na amostra em estudo.

Deste modo, demonstrou ser um instrumento adequado para a seleção da amostra, elevados índices de exaustão emocional e/ou burnout, a integrar os restantes estudos.

A incidência do burnout em prestadores de cuidados a idosos doentes crónicos, embora tenha sido inferior à apresentada em profissionais de saúde pela literatura internacional, encontra-se em linha com os estudos desenvolvidos em Portugal, com médicos e enfermeiros (Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009; Ribeiro, Gomes & Silva, 2009; Varoli & Souza, 2004).

Todavia, o nosso estudo revela que 19.6% ($n= 52$) apresentaram elevados índices de exaustão emocional, 4.9% ($n= 13$) elevada despersonalização e apenas 2.6% ($n= 7$) baixa realização pessoal.

Em concordância com estes resultados, surgem os dados obtidos por intermédio das entrevistas semiestruturadas, na medida em que se observou que a exaustão emocional e física foi identificada em 14 dos participantes, os quais assinalam através das suas verbalizações não sentirem-se capazes de dar mais de si; sentirem um grande desgaste psicológico, alteração na capacidade de memorização; cansaço físico; dores de cabeça; dores nas costas; dores musculares e falta de paciência.

Tendo por base o Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2) constata-se que é possível apreender através do seu Eixo I “Vivências da doença e pré-requisitos para o tratamento” que a gravidade dos sintomas é mais acentuada no grupo com critérios de burnout ($n = 6$), situando-se no moderado a elevado, na medida em que os sintomas são tanto físicos, como no domínio emocional.

É, ainda possível observar que o sofrimento subjetivo, embora esteja presente no grupo com elevados índices de exaustão emocional ($n = 5$), é mais acentuado no grupo com critérios de burnout ($n = 7$), como seria expectável e em concordância com os resultados anteriormente referidos.

Embora se observe homogeneidade entre os dois grupos quanto às queixas físicas, não foram assinaladas como as mais relevantes ($n = 3$), ao contrário do que é observado quanto às queixas psicológicas, que são igualmente acentuadas em ambos os grupos ($n = 12$).

Na nossa amostra, a dimensão despersonalização apresenta resultados mais baixos aos enunciados pela literatura. No entanto, será de ter em consideração, o fato de ter sido perceptível um certo desconhecimento acerca do fenómeno burnout por parte dos participantes, o que poderá induzir uma certa dificuldade em reconhecer o

que se está a passar com ele próprio. Por outro lado, poderá representar uma ameaça psicológica para o profissional cujo objectivo central é cuidar do outro.

Esta dimensão, também, poderá ser entendida como um mecanismo defensivo, proporcionado aos profissionais o distanciamento necessário para que possam lidar com o sentimento de incapacidade para dar respostas adequadas às situações com que se depara.

Embora exista alguma controvérsia acerca da forma como se processa a sintomatologia do burnout, muitos investigadores considera que a primeira fase do processo do burnout, é a exaustão emocional (Cordes et al., 1993; Maslach et al., 2001; Ngai et al., 2009).

De acordo com os nossos resultados infere-se que a dimensão com maior expressão nas entrevistas realizadas foi a exaustão emocional. No que respeita às outras duas dimensões, como seria expectável, observa-se uma maior representatividade nas narrativas do grupo com critérios de burnout, da dimensão baixa realização pessoal, embora a despersonalização tenha sido menos representada. Deste modo, poderia avançar-se com a hipótese de que na génese do burnout estaria a dimensão exaustão emocional, a qual desencadearia sentimentos de desmotivação e frustração, contribuindo para a despersonalização.

Os três estudos, aqui apresentados, reforçam os resultados obtidos nesta investigação, revelando-se deste modo que apesar de possíveis inconsistências assinaladas à metodologia mista, neste estudo revelou-se um método robusto.

À semelhança do proferido pelos estudos empíricos, também os nossos resultados sugerem que fatores organizacionais e de função exercem influência no desenvolvimento de exaustão emocional e conseqüentemente burnout.

Porém, ao analisar-se os dois grupos verificaram-se divergências, nomeadamente ao excesso de burocracia, excesso de responsabilidade, complexidade de funções e fraca participação na tomada de decisão, uma vez que foram mais representativas no grupo com elevados índices de exaustão emocional.

Os nossos resultados sugerem que os sujeitos que trabalham em horário acrescido apresentam maior despersonalização quando comparados com os que trabalham em horário normal, o que poderá ser justificado pelo fato de estarem mais tempo em contato com situações indutoras de stress. Aspeto igualmente citado em ambos os grupos, com critérios de burnout e índices elevados de exaustão emocional, na medida em que referem permanecer no seu local de trabalho para além do seu horário, havendo mesmo a necessidade de levarem trabalho para casa.

Neste estudo, as variáveis: tipo de doenças e resposta social apresentaram resultados modestos, dado que apenas indiciam correlacionar-se com a dimensão realização pessoal, não se tendo observado a sua influências nas outras duas dimensões.

Todavia, estes dados não foram corroborados pelas entrevistas realizadas aos dois grupos em estudo, critérios de burnout ($n = 7$) e índices elevados de exaustão emocional ($n = 8$). Um vez que se obtiveram resultados que parecem ir na direção oposta aos anteriormente referenciados, na medida em que foi considerado pelos participantes que o conteúdo do trabalho influencia o aparecimento de exaustão emocional e conseqüentemente burnout.

Neste segundo estudo foram identificados aspetos como o impacto da morte do Outro, o lidar com a fragilidade dos utentes e com os cuidados informais, assim como a deterioração do quadro clínico, o que remete para a influência do tipo de doenças, bem como da resposta social em que desenvolvem a sua atividade, em virtude de os utentes/clientes atendidos em equipamentos como lar, cuidados continuados e/ou serviço de apoio domiciliário por vezes serem os que apresentam maior vulnerabilidade física e mental, com quadro de dependência ou grande dependência, ao contrário dos utentes/clientes de centro de dia, que por norma são pessoas mais autónomas ou em que o grau de dependência é menor, face às características da própria resposta social.

Em concordância com o estudo de Fujiwara et al. (2003), também se observou no nosso estudo que o conflito decorrente da interação entre os profissionais e cuidadores informais contribui para a exaustão emocional e burnout.

Não obstante, os conflitos interpessoais, o fraco apoio social e as dificuldades de comunicação com os colegas e/ou superiores hierárquicos, também foram assinalados por ambos os grupos, como fatores que parecem influenciar a propensão para a exaustão emocional e para o burnout.

De acordo com o OPD-2, há a salientar que os problemas sociais apresentam maior expressão no grupo com critérios de burnout ($n = 5$). Porém no item referente ao Apoio Psico (Social) observam-se diferenças, na medida em que no grupo com critérios de Burnout, se torna evidente a existência de uma reduzida rede de suporte emocional e instrumental, fator que não é tão evidente no grupo com índices elevados de exaustão emocional.

Contudo, consideramos que as relações interpessoais não se deverão cingir apenas às estabelecidas com as pessoas assistidas, mas deverá ser alargado a todos os intervenientes associados ao contexto profissional. Como foi observável através dos nossos resultados, na medida em que as relações estabelecidas com colegas e superiores também contribuem para um estado não só de exaustão emocional mas também de burnout.

Um dos factores que poderá contribuir para uma maior dificuldade ao nível das relações interpessoais assinaladas no estudo anterior poderá dever-se ao fato de os participantes apresentarem um moderado a baixo nível de integração estrutural. Significando que a percepção do Self é reduzida e voltada para o Ego. A diferenciação dos afetos é igualmente limitada, sendo a coerência da autoimagem influenciada por situações indutoras de *stress*. Demonstam dificuldade em precisar o que os outros pensam deles, sendo as suas descrições uma projeção do que eles próprios sentem.

Assim, a percepção do outro e a auto-percepção parecem confundir-se. O outro é visto como um objecto que satisfaz as necessidades do próprio ou que o

persegue (desvalorização/idealização). Os conflitos situam-se mais ao nível interpessoal do que intrapsíquico, refletindo-se nas várias áreas da sua vida, nomeadamente a nível social, laboral e pessoal.

Por outro lado, os nossos resultados também confirmam a importância do sentido que é atribuído ao trabalho pelos profissionais. Observa-se que um número considerável de participantes demonstra um excessivo envolvimento com o trabalho, embora tenha sido mais evidente no grupo com índices elevados de exaustão emocional.

Para além disso, este modelo refere que os profissionais com expectativas irrealistas e uma necessidade exagerada de ajudar o outro poderão estar mais propensos ao burnout. Aspeto por nós, igualmente observado, na medida em que, da nossa amostra, sobressai o facto de os participantes sentirem que não correspondem quer às suas expectativas, quer às dos outros.

Em relação aos conflitos observa-se uma maior predominância da necessidade de ser cuidado vs autossuficiência e individuação vs dependência. Verifica-se que as descrições que os participantes fazem da interação com o Outro, remete para o sentimento de uma grande disponibilidade face ao Outro, "*fazem tudo pelo Outro*". O seu comportamento poderá ser descrito como uma atitude altruísta que remete para, ao nível inconsciente, a necessidade de ser cuidado. Contudo, as separações parecem ser vivenciadas com humor depressivo, havendo o receio de ficar só.

No entanto, o conflito individuação vs dependência remete para uma necessidade exagerada de independência emocional das relações interpessoais, havendo uma forte convicção de não precisar de ninguém, ou no outro extremo, observa-se que os seus próprios desejos se encontram subordinados ao dos outros, de modo a não comprometer a relação.

Os nossos resultados parecem ir no sentido do sugerido pela literatura, na medida em que se verifica que a devoção ilimitada dos participantes conduz a um sentimento em que percebem como de maior dificuldade em distanciar-se do

Outro, reflexo desta atitude altruísta, que inconscientemente remete para a necessidade de ser cuidado, reconhecido e apreciado. No entanto, a necessidade exagerada de autonomia e independência face ao Outro, conduz a uma atitude de desvinculação perante os colegas e utentes.

6.2. Contributo clínico e prático da Investigação

Ao reconhecer-se a síndrome de burnout, como um dos riscos psicossociais associados ao trabalho, que mais custos acarreta para os profissionais, a nível individual e familiar, e para as próprias organizações, os investigadores têm alertado para a importância dos programas de prevenção e intervenção, nos quais se torna imperativo não só ter em consideração o contexto em que ocorre, mas também conhecer os fatores que possam contribuir para a sua evolução. Pois só assim se poderá estruturar intervenções eficazes (Gáscon, Olmedo & Ciccotelli, 2003; Grazziano et al., 2010; Halbesleben & Buckley, 2004; Vicente et al., in press).

Neste sentido, decidiu-se levar a cabo esta investigação que constitui um contributo não só para uma recente revisão de estudos empíricos acerca do burnout nas profissões consideradas de ajuda, profissionais assistenciais, mas acima de tudo na exploração de uma área que tem sido pouco aprofundada, em Portugal, pela investigação, a prestação de cuidados a idosos e doentes crónicos.

Por outro lado, contribuiu para a sensibilização de diretores, coordenadores e colaboradores das IPSS'S, para a síndrome de burnout, um fenómeno psicológico desconhecido por muitos dos participantes envolvidos neste estudo.

A nossa investigação visa colmatar uma das deficiências identificadas na investigação associada à síndrome de burnout, dado que os estudos empíricos se centram mais em aspetos objetivos do que subjetivos, como fatores que podem contribuir para o aparecimento desta síndrome.

De acordo com esta investigação, a dimensão associada ao burnout que maior relevância apresenta é a exaustão emocional, seguida pela realização pessoal e a despersonalização

Assim sendo, a exaustão emocional, principal dimensão no processo do burnout, os programas de prevenção e intervenção deverão ser estruturados de modo a intervir na redução da exaustão emocional, sugerindo-se a criação de grupos de suporte.

Por outro lado, esta investigação contribui para uma melhor apreensão e reforçar recentes linhas de investigação que remetem para o facto de o burnout, estar associado a factores como o tipo de relação interpessoal estabelecido pelos profissionais e os conflitos, não só de papéis como destacado pelas investigações, mas também conflitos interpessoais e a um nível mais interno, intrapsíquicos.

Neste estudo, fatores como as relações interpessoais e as vivências/significado atribuído ao trabalho parecem ter uma maior influência no desenvolvimento do burnout, ao contrário do que tem sido proferido pelos estudos empíricos, que consideram e revelam uma maior influência de fatores associados às características organizacionais.

Os fatores relacionais nas profissões direcionadas para o cuidar do outro revelam ter uma maior influência no desenvolvimento desta síndrome. Neste sentido, a importância de se fomentar a nível organizacional, estratégias promotoras de suporte social.

Por outro lado e sustentado nos resultados por nós obtidos, concordamos com a importância que deverá ser atribuída ao significado que o sujeito atribui ao seu trabalho, como proferido pelas abordagens individuais.

Contribuir para o entendimento das causas dinâmicas que se encontram na base do aparecimento do burnout, de modo a delinear uma intervenção psicoterapêutica, individual ou em grupo, mais adequada, não somente centrado nas

pressões exercidas pelo trabalho ou do desgaste, mas no significado subjetivo na relação entre o sujeito e o outro.

Outro dos contributos desta tese, visa reforçar mecanismos mais inconscientes associados ao burnout, na medida em que a escolha da profissão, assim como a forma como é estabelecida a relação com o trabalho, isto é, aspetos na forma como se estabelece a relação entre cuidador e cuidado.

A prevenção do burnout nos prestadores de cuidados é uma prioridade. Os programas de intervenção deverão incidir sobre a adaptação dos objetivos e expectativas, há atual situação de trabalho e à equidade social.

A intervenção poderá ser mais direcionada para questões relacionadas com um investimento libidinal excessivo no trabalho, sobre a tendência de ver o trabalho como reparador da falha narcísica ou na tendência dos profissionais se defenderem da ambivalência sentida.

A avaliação diagnóstica não deverá apenas cingir-se aos sintomas, mas também, na compreensão de fenómenos mais individuais que podem contribuir para a maior propensão dos colaboradores ao burnout. Desta forma, sugere-se que a par de instrumentos psicométricos, se deva realizar entrevistas clínicas, com o intuito de clarificar e proceder a uma avaliação mais rigorosa, pois só assim se poderá intervir de forma mais ajustada.

O Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2) constitui-se um instrumento que em muito contribui para a apreensão das dinâmicas intrapsíquicas em estudo e do tipo de tratamento desejado pelo entrevistado/paciente, proporcionando deste modo uma ferramenta essencial para a melhor adequação das intervenções aos colaboradores com elevados índices de exaustão emocional e/ou em burnout.

Constitui um contributo, para o processo de seleção de potenciais candidatos a trabalharem nesta área.

6.3. Limitações do Estudo

No decorrer da investigação, fomos confrontados com alguns constrangimentos que passaremos a enunciar.

Estudo Quantitativo

O delineamento transversal tem sido frequentemente utilizado, sendo no entanto considerado como um design que acarreta limitações para se proceder a inferências causais (Özçakar, Kartal, Dirik, Tekin & Güldal, 2012; Lonne, 2003).

Na perspectiva de Cherniss (1995) um dos problemas, que maior controvérsia gera os estudos, prende-se com as variáveis sociodemográficas que mais influência exerce no burnout, dado que considera que muitos dos estudos se centram apenas em análises univariadas, sem controlar os demais factores sociodemográficos (Jiménez et al., 2006).

Como forma de minimizar e contornar esta possível limitação do nosso estudo, procedeu-se a análises multivariadas, onde houve o cuidado de determinar a influência de variáveis sociodemográficas, consideradas como mais relevantes (Vicente, Oliveira & Maroco, in press).

Será, ainda, de realçar que o fato de a entrega dos questionários ter sido efetuado pelos coordenadores e/ou diretores técnicos, da referida instituição poderá ter contribuído para uma menor adesão ao estudo. Todavia, como forma de não sermos confrontados com enviesamentos, foram acautelados todos os procedimentos que assegurassem a confidencialidade das respostas.

Por outro lado, o fato de os questionários terem sido autoadministrados, nomeadamente o Inventário de Burnout de Maslach para as ciências da saúde (MBI-HSS), o que tendo em consideração a baixa escolaridade dos participantes poderá ter suscitado algumas dúvidas no preenchimento do referido instrumento.

Para além disso, o fato de a amostra ser maioritariamente composta por mulheres, não possibilitou a apreensão da influência género no aparecimento da síndrome de burnout.

Todavia, foi perceptível que a não uniformidade dos grupos, quanto à resposta social, poderá ter contribuído para a obtenção de dados mais modestos, acerca da sua influência nas variáveis exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

No que se refere ao estudo de validade do MBI-HSS, observou-se o insucesso para confirmar a hipótese de um modelo de 22 itens. Ao testarmos a validade fatorial do MBI-HSS, na sua versão original, verificou-se que na tentativa de melhorar o instrumento foi necessário testar um segundo modelo, no qual se procedeu à eliminação do item 6, da exaustão emocional, os itens 5 e 22, da despersonalização e o item 7, da realização pessoal, o que veio a revelar um ajustamento significativamente melhor da estrutura tri-fatorial proposta originalmente pelos autores do MBI-HSS (Vicente, Oliveira & Maroco, 2013).

Fomos confrontados com a existência de itens que apresentaram cargas fatoriais mais baixas do que seria expectável, sendo de considerar que as mesmas possam ser explicadas pelas características da amostra, na medida em que na sua maioria era composta por mulheres e com um nível de escolaridade baixo (Vicente et al., 2013).

Consideramos à semelhança de Demerouti et al. (2003), que a direção conceptual na formulação dos itens do MBI-HSS, particularmente a formulação na negativa das afirmações que compõem a subescala exaustão emocional e despersonalização, também poderá ter contribuído para influenciar a fraca validade convergente destas subescalas.

Por outro lado, Kristensen et al. (2005) consideram que o que poderá contribuir para a discrepância nos estudos de adaptação do MBI para outras línguas, poderá dever-se mais ao género, cultura e contexto socioeconómico, do que propriamente

devido a questões técnicas de tradução, pois não será de descurar que foi criado para a população americana.

Estudos Qualitativos

A primeira relaciona-se com o facto de se terem realizado duas entrevistas, com objectivos diferentes, o que poderá ter induzido uma certa dispersão na exploração do contexto profissional.

Kvale (1996, 2003) adverte, que é importante o investigador acompanhar a relevância das respostas do entrevistado, a fim de se certificar de que as questões de investigação estão a ser respondidas e o significado das verbalizações do inquirido são claras.

Por outro lado, no estudo de validade do OPD-2, a realização da entrevista poderá ser influenciada não só pela qualidade do material examinado, bem como o treino clínico e a experiência profissional dos avaliadores, dado que desempenham um papel importante na qualidade subsequente das avaliações (Cierpka et al., 2007; Ferrajão et al., 2013; OPD-Task Force, 2008; Vicente et al., 2012; Vicente, Aragão Oliveira, Ferrajão & Silva, 2013).

Tendo em consideração estes aspetos, que poderiam consistir uma limitação do nosso estudo, sempre que possível efetuaram-se as entrevistas em semanas diferentes, de modo a possibilitar a análise das mesmas, antes de se proceder à segunda entrevista, com vista a clarificar respostas que resultaram menos claras na entrevista anterior.

Uma das limitações apresentadas por este estudo prende-se com o facto de o delineamento ser transversal, que apesar de proporcionar muitas vantagens, também é mais restritivo em termos de extrapolação e generalização.

O facto de as entrevistas terem sido realizadas num contexto não clínico, sem um pedido de ajuda associado, parece ter provocado em certos momentos uma maior defensividade nas respostas dos participantes, onde estes se terão centrado

fundamentalmente em aspetos de natureza laboral, parecendo portanto apresentar uma certa reserva na abordagem de questões pessoais.

Adicionalmente foi, por vezes, sentido que a condução de algumas entrevistas resultou tendencialmente rígida, com questões fechadas, dada a preocupação em recolher o maior número de dados para o necessário preenchimento dos respetivos eixos da OPD. Como argumentado por Cierpka et al. (2006), é mais fácil e consensual a abordagem de apenas um ou dois eixos, dada a exigência de maior preparação e formação para a condução de uma entrevista do OPD que contemple todos os seus eixos.

As entrevistas terem sido realizadas apenas por uma investigadora, tornando-se um processo mais moroso, atendendo a que houve a preocupação de envolver participantes de várias instituições de modo a controlar a possível influência de variáveis estranhas ao estudo, como a dinâmica de cada instituição.

Um outro aspeto que constituiu uma limitação relacionou-se com a utilização de um gravador, tendo-se aparentemente traduzido num elemento inibitório para o entrevistado. Não obstante, com o decorrer da entrevista fomos sentindo que os participantes foram gradualmente deixando de se centrar em elementos acessórios, passando a interagir com maior espontaneidade.

Contudo, outra limitação que poderia estar associada à gravação áudio relaciona-se com o fato de este método de recolha de dados, apenas permitir capturar o diálogo entre duas pessoas não reproduzindo aspetos da dinâmica relacional entre dois intervenientes (entrevistado e investigador). De acordo com Neves (2008), a comunicação numa sessão analítica é vista como um fenómeno global e não pode ser reduzido a um ou poucos canais de comunicação. O paradigma tradicional da ciência profere que a gravação das sessões pelo analista/investigador poderão ser contaminadas devido a uma eventual seleção dos dados, de acordo com a perspectiva teórica do analistas/investigadores, podendo ocorrer uma distorção consciente ou inconsciente, ou tendência para omitir os seus erros (Neves, 2008; Potter & Hepburn,

2005). Cientes destas críticas, ao delinear-se a investigação houve a preocupação de ter este aspeto em consideração, tendo-se para o efeito procedido ao posterior registo de notas relevantes para que outros investigadores tivessem um retrato mais aproximado do conteúdo da interação entre entrevistado e investigadora, o que permitiria acederem a processos emergentes na entrevista, de uma forma mais abrangente, não se cingindo apenas à transcrição na íntegra da entrevista.

Por outro lado, à semelhança do que acontece no contexto clínico, a entrevista foi conduzida sob os constrangimentos práticos usualmente associados à existência de um tempo limitado para a sua realização, dado que foram realizadas durante o período laboral dos participantes. Observou-se que este fato contribuiu para de certa forma haver uma atitude defensiva e cautelosa nas respostas dadas por alguns dos participantes, embora tenham sido efectuadas num local adequado para o efeito.

O terem sido realizadas durante o horário de trabalho dos participantes constituiu-se um constrangimento em virtude de limitação do tempo a que se esteve sujeito, devido às dinâmicas institucionais.

Foi estabelecido com a direção das instituições envolvidas que cada entrevista não excederia mais de uma hora, seguindo as recomendações para a realização de uma primeira entrevista, tal como sugerido por Cierpka et al. (2007). Todavia dado que a primeira parte da entrevista incidiu sobre o contexto laboral, houve a necessidade de se prolongar a sua duração com o objetivo de aceder a dados mais biográficos do entrevistado.

Outra das limitações com que fomos confrontados relaciona-se com o ter-se inicialmente como objectivo a adaptação e validação para a população portuguesa do Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2).

Porém, apenas foi possível concretizar o estudo de adaptação transcultural, através de um estudo piloto (Vicente et al., 2012). De acordo com Habletom e Patsula (1999), para além da tradução efetuada por tradutores independentes, especialistas na temática, com fluência em ambas as línguas, torna-se adicionalmente necessário a

observância de evidências empíricas capazes de suportarem a validade das inferências sobre a adequabilidade da sua tradução.

Outra das limitações prende-se com o procedimento estatístico adotado, para a fiabilidade do OPD-2, ainda que sejam resultados preliminares, que foi avaliada pelo Coeficiente Intra-Classes (ICC), a qual foi de .45 para o Eixo III – Conflitos e .75 para o Eixo IV – Estrutura (Vicente, et al., 2013).

A maioria das investigações utiliza o Kappa ponderado, para avaliar a concordância inter-avaliadores (OPD Task-Force, 2008). No nosso caso, e prosseguindo o desenvolvido pelos estudos de Grande (2004) foi utilizado o ICC. Para além disso, seguiram-se as orientações sugeridas por Norman e Streiner's (2000) “... *the weighted kappa using quadratic weights has a very general property – it is mathematically (ie exactly) equal the ICC.*”

No entanto, a leitura destes resultados deverá ser feita com alguma reserva, na medida em que foi realizado com uma amostra de pequena dimensão (15 participantes), o que poderá ter influenciado os resultados obtidos. Assim, como a composição do grupo de avaliadores, dado que foram integrados avaliadores com diferentes níveis de experiência clínica e conhecimento do Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado 2.

No que concerne ao *Eixo II – “Relações interpessoais”*, verificou-se algumas fragilidades nas cotações inter-avaliadores, o que sugere a necessidade de um maior aprofundamento e treino de modo a uma maior homogeneidade nas referidas cotações (Vicente et al., 2012).

Ainda que inicialmente se tenha perspectivado integrar este aspeto como um dos objetivos desta investigação, optou-se por o não concretizar, em virtude das fragilidades psicométricas apresentada pelo Eixo II – Relações Interpessoais do OPD-2, durante o estudo de adaptação transcultural (Vicente et al., 2012).

Tem sido reiterado pelos vários estudos, a menor concordância inter-avaliadores, dado ser um dos eixos mais psicodinâmicos do OPD-2, o que implica uma

avaliação mais subjetiva por parte dos investigadores (Cierpka et al., 2007; Krieger, 2013; Pérez, Alvarado, De la Parra & Dagnino, 2009; Vicente et al., 2012).

Para além disso, o material das entrevistas não deixaram transparecer o tipo de padrão relacional, em virtude de não se estar num contexto clínico, onde eventualmente se poderiam apreender estes aspetos, por intermédio da transferência e contratransferência, elementos fundamentais na relação terapêutica que possibilitam a apreensão das relações interpessoais.

6.4. Propostas de Futuras Investigações

Ao longo dos textos aqui expostos, em formato artigo, são enunciadas algumas linhas orientadoras para futuras investigações. Ainda assim não as deixaremos de aprofundar neste subcapítulo.

Revela-se de todo pertinente, replicar o estudo por nós desenvolvido, validade fatorial e a fiabilidade do Maslach Burnout Inventory – Human Services (MBI-HSS) numa amostra de maior dimensão, tendo em consideração a necessidade de a composição da mesma ser mais homogénea no que se refere à variável género, como forma de apurar a influência ou não desta variável na validade do instrumento.

Por outro lado, é necessário desenvolver outros estudos em Portugal, que incidam nas qualidades psicométricas do Maslach Burnout Inventory - Human Services (MBI-HSS) não só no contexto da intervenção social mas também na área da saúde.

No nosso entender, o Copenhagen Burnout Inventory (CBI) apresenta-se como um instrumento promissor no âmbito da investigação do burnout, pelo fato de colmatar algumas das fragilidades apresentadas pelo MBI. No entanto, apesar do estudo de adaptação e validação realizado com enfermeiros (Fonte, 2011), carece de mais estudos de adaptação e validação para outros contextos profissionais, mas acima de tudo em outros países que não o de origem.

Estudos longitudinais são absolutamente necessários, como forma de fazer face a uma das limitações aqui expostas, nomeadamente para investigar a relação

causa e efeito entre os níveis de burnout nos prestadores de cuidados, à semelhança do proposto por Özçakar, et al. (2012)

Os prestadores de cuidados a idosos doentes crónicos, tem sido uma das áreas pouco aprofundadas. Por isso como futuras investigações parece-nos relevante a replicação deste estudo, a nível nacional, tendo em consideração a necessidade de a composição da mesma ser mais homogénea em relação às variáveis sociodemográficas e profissionais em estudo, para uma melhor apreensão dos seus efeitos no desenvolvimento do burnout.

Seria de todo relevante desenvolver estudos longitudinais centrados na avaliação de programas de intervenção ajustados à realidade e contexto em estudo, não só no âmbito da intervenção social, mas alargado a outros sectores sujeitos a mudanças significativas do mercado de trabalho.

Considera-se essencial a realização de outros estudos exploratórios e qualitativos, como forma de aprofundar a realidade associada a este contexto.

Porém, em futuros estudos deverá haver uma maior homogeneidade em relação à categoria profissional, na medida em que poderá conduzir à clarificação de alguns aspectos que são próprios da função exercida, e que não constituíram um objectivo deste estudo.

Sugere-se, ainda, a realização de estudos qualitativos em que seja controlada a variável depressão, de modo a perceber a sua influência no desenvolvimento do burnout.

Seria interessante a replicação deste estudo, com uma amostra de maior dimensão, para isso seria recomendável as entrevistas serem efetuadas por mais do que um investigador, devido a minimizar uma das limitações identificadas neste estudo.

Por outro lado, a construção de um instrumento específico de avaliação dos fatores de risco direcionados para este contexto.

Face à adequabilidade da tradução do protocolo de avaliação do OPD-2 (Aragão Oliveira, et al., 2009; Vicente et al., 2012), torna-se necessário a realização de outros estudos, que envolvam amostras clínicas, assim como investigar a validade e fiabilidade do OPD-2, sendo necessário o recurso a amostras de maior dimensão.

Seria, contudo, recomendável para o efeito a inclusão de vários investigadores, com experiência do OPD-2 e candidatos a formação especializada, de modo a prosseguirem com os estudos de validade, à semelhança do que tem sido realizado pelo grupo OPD Task-Force.

Assim como, revela-se de todo pertinente em estudos em que seja utilizado o OPD-2 num contexto não clínico, se proceda à discussão das entrevistas em grupo, em vez da metodologia por nós utilizada, em que as transcrições das entrevistas foram lidas e cotadas por três investigadores independentes (um psicanalista e dois psicólogos clínicos), o que se veio a revelar um processo bastante moroso.

Outra linha de investigação por nós sugerida, parte da concepção de que a dinâmica subjacente ao desenvolvimento da síndrome, pode ser entendida como uma falha na relação entre os sujeitos e os outros. Deste modo, leva-nos a pensar no tipo de padrão relacional adotado pelos profissionais de ajuda, e de que modo contribui para o aparecimento da síndrome de burnout. Para o efeito sugere-se como complemento, ao Eixo II – “Relações Interpessoais” do OPD-2, face às fragilidades anteriormente identificadas, a aplicação de um questionário de relações interpessoais, como por exemplo o Inventory of Interpersonal Problems (IIP) ou Core Conflictual Relationship Theme (CCRT).

Atualmente têm emergido investigações que tentam uma compreensão do burnout tendo por base os estilos de vinculação. Na perspetiva de Pines (2004), Vanheule e Declerc (2009), os estilos de vinculação parecem desempenhar uma função mediadora na forma de fazer face a situações indutoras de stress.

Vanheule e Declerc (2009) à semelhança de Pines (2004) verificaram que o estilo de vinculação seguro funciona como mediador no aparecimento do burnout, uma

vez que funciona como um recurso interno que auxilia as pessoas a avaliar de forma positiva e construtiva, situações frustrantes. Por outro lado, os estilos de vinculação evitante/ambivalente/inseguro conduzem a uma apreciação negativa, provocando situações de coping não-construtivo e burnout.

Desta forma, seria relevante, desenvolver em Portugal, estudos à semelhança do realizado por Pines (2004), Vanheule e Declerc (2009) procurando diferenciar os estilos de vinculação e a sua influência como mediador ou potenciador do burnout.

VII. CONCLUSÃO

O burnout ao ser considerado um dos grandes desafios contemporâneos para a saúde ocupacional dos profissionais, com especial relevo para as profissões de relação de ajuda, tem subjacente uma série de custos para os trabalhadores, não só a nível individual, mas também familiar e para as próprias instituições.

O burnout é um constructo que varia consoante o modelo teórico subjacente, traduzindo-se na ausência de uma definição consensual entre os investigadores.

Ao analisar-se as conceptualizações verifica-se que existem pontos em comum, nomeadamente o fato de estar associado ao contexto profissional, consistir numa experiência de stress individual num contexto de relações sociais complexas que envolvem o conceito de pessoa, tanto o Self e os Outros e decorre da discrepância entre os esforços realizados e alcançados.

De acordo com o referido por alguns autores, a dimensão central da síndrome é a exaustão emocional, embora possam estar presentes, outras manifestações como o distanciamento face aos outros, atitudes negativas face ao trabalho e outros sintomas psicológicos como a baixa autoestima, ansiedade e irritabilidade.

No que se refere à incidência do burnout, parece-nos pertinente tecer algumas considerações, particularmente em relação à discrepância dos resultados obtidos.

De acordo com a nossa análise uma das possíveis explicações parece dever-se ao fato de não haver um critério unânime utilizado pelos investigadores para apurar os valores de cada uma das dimensões.

Observa-se que existem estudos que seguem os critérios sugeridos por Maslach e Jackson (1981), enquanto outros adotam a diretrizes alvitradas por Shirom (1989), que considera, na ausência de pontos de corte validados para a população em

estudo, numa escala de tipo de Likert, é uma alternativa válida ter por base a frequência dos sintomas para identificar os níveis de burnout. Ora invariavelmente influenciará os resultados que são apresentados pelas investigações.

O MBI-HSS continua a ser um dos instrumentos mais utilizados, nas investigações empíricas, por ser dos questionários que avaliam o burnout, com maior difusão a nível internacional, tendo sido traduzido para outras línguas que não as de origem anglo-saxónica.

Por outro lado, é dos inventários que mais tem sido estudado relativamente às suas qualidades psicométricas, tendo na generalidade apresentado uma consistência interna satisfatória, em particular nas dimensões exaustão emocional e realização pessoal. Embora os valores na dimensão despersonalização sejam mais controversos.

No presente estudo o MBI-HSS revela ser uma medida com validade fatorial e discriminante e com fiabilidade aceitável para avaliar o burnout na amostra em estudo, apesar de apresentar algumas fragilidades ao nível da validade convergente e fiabilidade, particularmente na dimensão despersonalização em que se obtiveram resultados francamente abaixo do esperado.

O Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2) constitui-se internacionalmente como um dos principais instrumentos de diagnóstico clínico, a partir do qual se podem identificar os padrões de relacionamento disfuncionais, as configurações dos conflitos internos e as condições estruturais do paciente, que poderão, por sua vez, ser previsivelmente utilizados na dedução dos focos de intervenção terapêutica, na medida em que se encontram naturalmente relacionados com os sintomas e sofrimento atuais do sujeito.

Embora utilizado em diversos países e diferentes culturas, (Alemanha, Grã-Bretanha, Itália, Chile, Austrália), encontra-se agora em processo de adaptação transcultural para a língua portuguesa, numa dupla versão, para a população de Portugal e do Brasil.

Como revelam os estudos, as qualificações exigidas para um uso suficientemente fiável do OPD compreendem, além de uma formação aprofundada neste instrumento, um mínimo de 2 a 3 anos de experiência clínica anterior.

Estas condições justificam-se na medida em que a entrevista do OPD deverá decorrer numa primeira fase de forma não estruturada, associada a uma postura clínica exploratória, e que de uma forma conservadora possa eventualmente fazer algumas interpretações e clarificar aspetos enunciados pelos entrevistados que não se deduzem de uma forma óbvia ou por senso comum.

Daí emerge o alerta relativo à necessidade de uma maior preparação e formação para a condução de uma entrevista do OPD-2 que contemple todos os seus eixos, na medida em que condensa vários métodos de entrevista, consoante a informação que se pretende obter, como: exploratório, estruturado e não-estruturado.

De acordo com as primeiras evidências empíricas verificou-se em primeiro, a adequabilidade da tradução efetuada e por outro, indicia uma boa confiabilidade, na medida em que os resultados obtidos apontam na mesma direção de outras investigações realizadas em outros países.

Apesar da amostra utilizada não ser clínica, o instrumento revelou uma razoável concordância inter-avaliadores.

No entanto, revela-se da maior pertinência a frequência em seminários realizados pelos autores do OPD-2, para além da formação ministrada que compreende diferentes níveis de especialização pela *OPD Task Force*, como meio de alcançar um conhecimento mais aprofundado nas avaliações dos seus vários eixos.

Ainda que com uma incidência de burnout inferior à apresentada pelos profissionais de saúde não será de descurar pelos indícios apresentados de que constitui uma ameaça.

Torna-se por isso premente aprofundar o conhecimento e delinear intervenções ajustadas ao contexto associado aos prestadores de cuidados a idosos doentes

crônicos. Daí que a prevenção do burnout nos prestadores de cuidados seja uma prioridade.

Como afirmado por alguns autores, a melhor forma para se delinear programas eficazes de prevenção da síndrome de burnout, é conhecer a realidade, assim como os vários factores envolvidos, mais do que adequar programas de intervenção de outros contextos ocupacionais.

O burnout, sendo um fator multifactorial, terá de ser compreendido como uma experiência decorrente da conjugação de diversos elementos indutores de stress, que advém quer do meio laboral, da envolvente social, e do próprio indivíduo.

Esta investigação providencia algumas respostas importantes acerca dos factores associados ao burnout nos prestadores de cuidados.

A dimensão que parece ter maior relevância na génese do burnout é a dimensão exaustão emocional, a qual desencadearia sentimentos de desmotivação e frustração, contribuindo, deste modo, para a despersonalização.

No contexto da intervenção social, o que parece influenciar o aparecimento do burnout são mais os factores relacionados com a dinâmica intrapessoal e os aspectos relacionais, mais do que os factores organizacionais.

A importância atribuída à relação estabelecida com o trabalho, a discrepância entre os resultados alcançados e os esforços realizados, bem como as exigências emocionais no relacionamento que é estabelecido entre os profissionais e os beneficiários do seu trabalho, e as dinâmicas das relações sociais existentes no local de trabalho parecem ser os modelos que melhor se adequam para justificar o desenvolvimento da síndrome de burnout nos prestadores de cuidados a idosos doentes crónicos.

Desta forma, os programas de prevenção e intervenção do burnout direccionados para os prestadores de cuidados deverão ser estruturados com o objetivo de atuarem na redução, da principal dimensão no processo de burnout, a exaustão emocional.

Por outro lado, deverão incidir sobre a equidade social e adaptação dos objectivos e expectativas há actual situação de trabalho.

Esta investigação constitui um importante contributo para a compreensão das dinâmicas intrapsíquicas no fenómeno burnout, permitindo clarificar processos inconscientes a ele associados, em que a escolha da profissão, assim como a forma como se estabelece a relação entre prestador de cuidados e seus clientes, possibilitará delinear uma intervenção psicoterapêutica, individual ou em grupo, mais adequada.

Deste modo, considera-se que a intervenção poderá ser mais direccionada para questões relacionadas com um investimento libidinal excessivo no trabalho, sobre a tendência de ver o trabalho como reparador da falha narcísica ou na tendência dos profissionais se defenderem da ambivalência sentida.

Assim, as intervenções devem ter como objectivos trabalhar com os colaboradores as metas e expectativas de cada um em relação ao trabalho, tal como proporcionar a oportunidade de refletirem e discutir a sua relação com o trabalho, a sua identificação com a organização e os papéis por eles assumidos no seu próprio trabalho.

Sugere-se a criação de grupos de suporte, onde seja proporcionado a oportunidade para os prestadores de cuidados partilharem as experiências pessoais, de trabalho e sentimentos com os colegas, num ambiente contendor, sem julgamentos.

Referências

- Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho, (2007) *Previsão dos peritos sobre os riscos psicossociais emergentes relacionados com a segurança e saúde no trabalho (SST)* Retrieved from <http://osha.europa.eu>
- Alencar, S. C. S., Lacerda, M. R., & Lourdes Centa, M. (2005) Finitude humana e enfermagem: reflexões sobre o des (cuidado) integral e humanizado ao paciente e seus familiares durante o processo de morrer. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 7, 2, 171-180.
- Amaral, M. X., Achette, D., Barbosa, L. N., Bruscatto, W. L., & Kavabata, N. K. (2008) Reações emocionais do médico residente frente ao paciente em Cuidados Paliativos. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 11, 1, 61-87.
- Aragão Oliveira, R. (2010) A entrevista clínica psicanalítica. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 30, 67-80
- Aragão Oliveira, R., Vicente, C., Silva, F., Ferrajão, P., ... Oliveira, S., & Sampaio, D. (2009, October) "Cultural problems in adapting the OPD system in Portugal", 4th OPD International conference, Heidelberg, Germany.
- Asia, M., Morita, T., Akechi, T., Sugawara, N., Nakano, T., & Uchitomi, Y. (2007) Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: A cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psycho-Oncology*, 16, 5, 421–428. doi:10.1002/pon.1066
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2002) *Research methods in clinical psychology: An introduction for students and practitioners*. Chichester, John Wiley & Sons, Ltd.
- Barreto, J. (2005) Envelhecimento e qualidade de vida: O desafio atual. *Sociologia: Faculdade de Letras*, XV, 289-302.

- Benincá, C. R., Fernandez, M., & Grumann, C. (2005) Cuidado e morte do idoso no hospital – vivência da equipe de enfermagem. *RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 2, 1, 17-29.
- Bogdan, R., & Biklein, S. (1994) *Investigação qualitativa em Educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Porto Editora.
- Borritz, M. (2006) Burnout in human service work - causes and consequences results of 3-years of follow-up of the PUMA study among human service workers in Denmark. Thesis PhD. National Institute of Occupational Health, Denmark.
- Brennkmeijer, V., VanYperen, N. W., & Buunk, B. P. (2001). Burnout and depression are not identical twins: Is superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences*, 30, 5, 873-880. doi:10.1016/S0191-8869(00)00079-9
- Carlotto, M. S., & Palazzo, L. S. (2006) Síndrome de burnout e fatores associado: Um estudo epidemiológico com professores. *Cadernos Saúde Pública*, 22, 5, 1017-1026.
- Carlotto, M. S. (2011) O impacto de variáveis sociodemográficas e laborais na síndrome de burnout em técnicos de enfermagem. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14, 1, 165-185.
- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2007) Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. *Estudos de Psicologia*, 24, 3, 325-332. doi:10.1590/S0103-166X2007000300004.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (2008) *Metodologia da investigação. Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa, Universidade Aberta.
- Cartwright, D. (2004) The psychoanalytic research interview: preliminary suggestions. *Journal American Psychological Association*, 52, 209-242.
doi:10.1177/00030651040520010501
- Carvalho, M. (2012) Envelhecimento e cuidados domiciliários em Instituições de Solidariedade Social. Lisboa, Coisas de Ler, Lda.

- Carvalho, V. A., Calvo, B. F., Martin, L. H., Campos, F. R., & Castillo, I. C. (2006) Resiliencia y el modelo burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18, 4, 791-796.
- Cedefop - European Centre for the Development of Vocational Training, (2010) Quality assurance in the social care sector The role of training. Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi:10.2801/33560
- Cierpka M., Stasch M., & Dahlbender R. (2006) El sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD): Concepto, confiabilidad y validez. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 44, 2, 105-126.
- Cierpka, M., Grande, T., Rudolf, G., Von der Tann, M., Stasch, M., & OPD Task force (2007). The operationalized psychodynamic diagnostics system: clinical relevance, reliability and validity. *Psychopathology*, 40, 209-220. doi:10.1159/000101363
- Cocco, E. (2010). How much is geriatric caregivers burnout caring-specific ? Questions from a questionnaire survey. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6, 66–71 doi:10.2174/1745017901006010066
- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993) A review and an integration on job burnout. *Academy of Management Review*, 18, 4, 621–656. doi:10.5465/AMR.1993.9402210153
- Córdoba, L., Tamayo, J. A., González, M. A., Martínez, M. I., Rosales, A., & Barbato, S. H. (2011) Adaptation and validation of the Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey in Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 42, 3, 286-293.
- Da Silva, M., Da Silva, M. J., Braga Marques, M., & Da Silva Bruno, C. T. (2009) Avaliação da presença da síndrome de burnout em cuidadores de idosos. *Enfermería Global*, 16, 1-10.
- Dejours, C. (2013) A sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 33, 2, 9-28.
- Delbrouck, M. (2006) *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi.

- Demerouti, E., Bakker, A. B., Vardakou, I., & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments - A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment, 19*, 1, 12-23. doi:10.1027//1015-5759.19.1.12
- Dias, S., Queirós, C., & Carlotto, M. S. (2010) Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: Um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia, 32*, 4-21.
- Dickinson-Bannack, M., González-Salinas, C., Fernández-Ortega, M., Palomeque, R., González-Quintanilla, E., & Hernández-Vargas, I. (2007) Burnout syndrome among Mexican primary care physicians. *Archivos en Medicina Familiar, 9*, 2, 75-79.
- European Agency for Safety and Health at Work (2007) *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxembourg, Official Publications of the European Communities.
- Evers, W., Tomic, W., & Brouwers, A. (2001) Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. *Issues Mental Health Nursing, 22*, 4, 439–454. doi:10.1080/01612840118397
- Faúndez, V., & Gil-Monte, P. (2009) Análisis de las principales fortalezas y debilidades del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). *Ciência & Trabajo, 11*, 160-167.
- Ferrajão, P., Aragão Oliveira, R., Vicente, C., ... Oliveira, S., Senra, H., & Krieger, D. (2012, October) “Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) cross-cultural adaptation to Portuguese” Paper presented at 3rd Joint Meeting of the European and the United Kingdom, Porto, Portugal.
- Flick, U. (2005) *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Fonte, C. (2011) *Adaptação e validação para português do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada a Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Fortin, M. F. (2003) *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusodidacta.

- Fujiwara, K., Tsukishima, E., Tsutsumi, A., Kawakami, N., & Kishi, R. (2003) Interpersonal conflict, social support, and burnout among home care workers in Japan. *Journal of Occupational Health, 45*, 5, 313-320.
doi:<http://dx.doi.org/10.1539/joh.45.313>
- Gambatto, R., Carli, F. C. D., Guarienti, R. F., Silva, A. L. P. D., & Prado, A. B. (2006) Mecanismos de defensa utilizados por profissionais de Saúde no tratamento de Câncer de Mama. *Revista Eletrônica Internacional de la Unión Lationamericana de Entidades de Psicología, 6*.
- García, J. M. G., Remuzgo, S. H., & Fuentes, J. L. L. (2007) Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciário de Sevilla. *Apuntes de Psicología, 25*, 157-174.
- Gascón, S., Olmedo, M., & Ciccotelli, H. (2003) La prevención del burnout en las organizaciones: El chequeo preventivo de Leiter y Maslach (2000). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 8*, 1, 55-66.
doi:<http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3942>
- Gil-Monte, P. (2005) Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista Saúde Pública, 39*, 1-8. doi:10.1590/S0034-89102005000100001
- Gil-Monte, P. R., & Faúndez, V. E. O. (2011) Psychometric properties of the “Spanish Burnout Inventory” in Chilean professionals working to physical disabled people. *The Spanish Journal of Psychology, 14*, 1, 441-451.
doi:10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.40
- Gil-Monte, P., & Moreno-Jiménez, B. (2007) *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): Grupos profesionales de riesgo*. Madrid, Ediciones Pirâmide.
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1998) A study on significant sources of the “Burnout Syndrome” in workers at occupational centers for the mentally disabled. *Psychology in Spain, 2*, 1, 116-123.

- Gil-Monte, P., Carretero, N., & Roldán, M^a (2005) Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 11, 3, 281-290.
- Gisbert, M. F. S., de Los Fayos, E. J. G., & Montesinos, M. D. H. (2008) Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*. 20, 3, 361-368.
- Gomes, A., Cruz, J., & Cabanelas, S. (2009) Estresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, 3, 307-318.
- Grau, A., Suñer, R., & García, M. M. (2005) Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19, 6, 463-470. doi:10.1016/S0213-9111(05)71397-2
- Grazziano, E. S., & Bianchi, E. R. (2010) Impacto do stress ocupacional e burnout para enfermeiros. *Enfermeria Global*, 18, 1-20.
- Hahn, K., & Carlotto, M. S. (2008) Síndrome de burnout em monitores de uma fundação de protecção especial. *Diversitas – Perspectivas en Psicología*; 4, 1, 53-62.
- Halbesleben, J. R. B., & Demerouti, E. (2005) The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work & Stress*, 19, 3, 208-220. doi:10.1080/02678370500340728
- Halbesleben, J., & Buckley, M. (2004) Burnout in organizational life. *Journal of Management*, 30, 6, 859-879. doi:10.1016/j.jm.2004.06.004
- Hambleton H., & Patsula L. (1999) Increasing the validity of adapted tests. *Journal of Applied Testing Technology*. 1, 1, 1-30.
- Houtman, I., Jettinghof, K., Cedillo, L., & World Health Organization (2008) Sensibilizando sobre el Estrés Laboral en los Países en Desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo: Consejos para empleadores y representantes de los trabajadores. OMS: Série nº 6.

- Jiménez, B., Lara, R. M., Muñoz, A. R., Chavez, A., & Loo, M. M. (2006) El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: Prevalência y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y Salud*, 16, 1, 5-13.
- Jodas, D. A., & Haddad, M. D. (2009) Síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paulista Enfermagem*, 22, 2, 192-197.
- Kesselring, A., Krulik, T., Bichsel, M., Minder, C., Beck, J., & Stuck, A. (2001) Emotional and physical demands on caregivers in home care to the elderly in Switzerland and their relationship to nursing home admission. *European Journal of Public Health*, 11, 3, 267-273 doi:10.1093/eurpub/11.3.267
- Klersy, C., Callegari, A., Martinelli, V., Vizzard, V., Navino, C., Malberti, F., ... & Politi, P. (2007) Burnout in health care providers of dialysis service in Northern Italy—a multicentre study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22, 2283–2290. doi: 10.1093/ndt/gfm111
- Kovács, M. (2008) Cuidando do cuidador profissional. In R. Oliveira: *Cuidado paliativo*. Conselho Regional de Medicina do Estado de S. Paulo. S. Paulo.
- Krieger, D. (2013) *Operationalized Psychodynamic Diagnosis 2: Apresentação da versão Brasileira e estudos preliminares de validade e confiabilidade*. Dissertação de Mestrado (não publicada), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress*, 19, 3, 192-207. doi:10.1080/02678370500297720
- Kvale, S. (1996) *Interviews: An introduction to qualitative research Interviewing*. London, SAGE.
- Kvale, S. (2003) The psychoanalytic interview as inspiration for qualitative research. In Camic, Paul M., Rhodes, Jean E., Yardley, Lucy (Eds) *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design*. (pp. 275-297).

- Washington, DC, US: American Psychological Association, xvi, 315
doi:10.1037/10595-014
- Lara, R. M. M., Moreno-Jimenez, B., Muñoz, A. R., Benadero, M. E. M., & Viveros, G. R. O. (2008) Análisis factorial confirmatório del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud*, 18, 1, 107-116.
- Llyod, C., & King, R. (2004) A survey of burnout among Australian mental health occupational therapists and social workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 9, 752–757 doi:10.1007/s00127-004-0808-7
- Llyod, C., King, R., & Chenoweth, L. (2002) Social work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health*, 11, 3, 255–265. doi:10.1080/09638230020023642
- Lonne, R. (2003) Social workers and human service practitioners. In: Dollard, Maureen F. and Winefield, Anthony H. and Winefield, Helen R., (eds.) *Occupational Stress in the Service Professions*. London: Taylor & Francis.
- Loureiro, H., Pereira, A., Oliveira, A., & Pessoa, A. (2008) Burnout no trabalho. *Revista Referência*, 7, 33-41.
- Maroco, J., & Bonini Campos, J. A. D. (2012). Defining the student burnout construct: A structural analysis from three burnout inventories1. *Psychological Reports*, 111, 814-830. doi:10.2466/14.10.20.pr0.111.6.814-830
- Maroco, J., & Tecedreiro, M. (2009) Inventário de Burnout de Maslach para estudantes portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10, 227-235.
- Maslach, C., & Florian, V. (1988) Burnout, job setting and sel-evaluation among rehabilitation counselors. *Rehabilitation Psychology*, 33, 2, 85-93.
- Maslach, C., & Goldberg, J. (1998) Prevention of burnout: New perspectives. *Applied & Preventive Psychology*, 7, 1, 63-78. doi:10.1016/S0962-1849(98)80022-X
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 2, 2, 99-113. doi:10.1002/job.4030020205
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001) Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 1, 397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397

- Melo, B., Gomes, A., & Cruz, J. (1999) Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do burnout para os profissionais de psicologia. In: *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. (Vol. VI, 596-603). Braga. Apport.
- Mingote Adan, J., Moreno Jiménez, B., & Herrer, M. (2004) Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: Revisión y propuestas preventivas. *Medicina Clínica*, 123, 07, 265-270.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade (2000) *Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos*. Lisboa, DEPP.
- Narumoto, J., Nakamura, K., Kitabayashi, Y., Shibata, K., Nakamae, T., & Fukui, K. (2008) Relationships among burnout, coping style and personality: Study of Japanese professional caregivers for elderly. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 2, 174–176. doi:10.1111/j.1440-1819.2008.01751.x
- Neves, T. (2008) Research in psychoanalysis: An area of controversy. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 28, 2, 33-59.
- Ng, S., Fong, T., & Wang, X. (2011) The role of holistic care culture in mitigating burnout and enhancing engagement: A study among elderly service workers in Hong Kong. *Ageing and Mental Health*, 15, 6, 712–719. doi:10.1080/13607863.2011.556602
- Ngai, S., & Cheung, C. (2009) Idealism, altruism, career orientation, and emotional exhaustion among social work undergraduates. *Journal of Social Work Education*, 45, 1, 105-121. doi:10.5175/JSWE.2009.200700077
- Noguera, L., & Francês, F. (2008) Estudio descriptivo del síndrome de burnout en una muestra de profesionales de enfermería en el área sur de Gran Canaria. *Ansiedad y Estrés*, 14, 1, 101-113
- Norman, G., & Streiner's, D. (2000) *Biostatistics: The bare essentials*. Second Edition. Berkshire, McGraw Hill Education.
- OMS (2002) Active Ageing. A Policy Framework. World Health Organizations.

- OPD Task-Force (2008). *Operationalized Psychodynamic Diagnostics OPD-2. Manual of Diagnostics and treatment planning*. Göttingen, Hogrefe & Huber.
- Oyefeso, A., Clancy, C., & Farmer, R. (2008) Prevalence and associated factors in burnout and psychological morbidity among substance misuse professionals. *BMC Health Services Research*, 8, 1, 39. doi:10.1186/1472-6963-8-39
- Özçakar, N., Kartal, M., Dirik, G., Tekin, N., Güldal, D., Aile, D. E., ... & İZMİR, B. (2012) Burnout and relevant factors in nursing staff : what affects the staff working in an elderly nursing home? *Turkish Journal of Geriatrics*, 15, 3, 266–272.
- Pérez F., Alvarado L., De la Parra G., & Dagnino P. (2009) Diagnóstico Psicodinâmico (OPD-2): Evaluación preliminar de la validez y confiabilidad inter-evaluador. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatria*, 47, 4, 271-278.
- Pines, A. (2004) Adult attachment styles and their relationship to burnout: A preliminary, cross-cultural investigation. *Work & Stress*, 18, 1, 66-80. doi:10.1080/02678370310001645025
- Potter, J., & Hepburn, A. (2005) Qualitative interviews in psychology: Problems and possibilities. *Qualitative Research in Psychology*, 2, 4, 281-307. doi:10.1177/1468794109356739
- Qiao, H., & Schaufeli, W. B. (2011) The convergent validity of four burnout measures in a Chinese sample: A confirmatory factor-analytic approach. *Applied Psychology: An International Review*, 60, 1, 87–111. doi:10.1111/j.1464-0597.2010.00428.x
- Queirós, M. (1999) O luto In Neto, I. e Portela, J. *Dor e Cuidados Paliativos*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Ramalho, M., & Nogueira-Martins, M. (2007) Vivências de profissionais de profissionais de saúde da área de oncologia pediátrica. *Psicologia em Estudo*, 12, 1, 123-132.
- Ribeiro, J. (2010) *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ª Edição. Porto: Legis Editora/Livpsic.

- Ribeiro, L., Gomes, A., & Silva, M. (2010) Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M.C. Taveira (Eds) *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1494-1508). Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia.
- Ritter, R., Fernandes Stumm, E., Kirchner, R., Piovesan, C., & Ubessi, L. (2012) Correlações de variáveis do Inventário de Burnout de Maslach em profissionais de emergência hospitalar. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, 11, 3, 224-237.
- Rohland, B. M., Kruse, G. R., & Rohrer, J. E. (2004) Validation of a single-item measure of burnout against the Maslach Burnout Inventory among physicians. *Stress and Health*, 20, 2, 75-79. doi:10.1002/smi.1002
- Roque, L., & Soares, L. (2012) *Burnout* numa amostra de psicólogos portugueses da região autónoma da Madeira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13, 1, 2-14.
- Ross, M., Carswell, A., & Dalziel, W. (2002) Staff burnout in long-term care facilities. *Geriatrics Today: Journal Canadian Geriatrics Society*, 5, 132-135.
- Ruíz, C., & Ríos, F. (2004) El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 1, 137-160.
- Schaufeli, W., & Buunk, B. (1996) *Professional Burnout*. In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst and C.L. Cooper (Eds) *Handbook of work and health psychology*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Schaufeli, W., & Buunk, B. (2003) Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In M. J. Winnubst and C. L. Cooper (Eds) *The handbook of work and health psychology*. Chichester: Wiley & Sons, Ltd.
- Schaufeli, W., & Greenglass, E. (2001) Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & Health*, 16, 5, 501-510. doi:10.1080/08870440108405523

- Schaufeli, W., & Taris, T. (2005) The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress*, 19, 3, 256-262.
doi:10.1080/02678370500385913
- Schaufeli, W., Enzmann, D., & Girault, N. (1993). Measurement of burnout: A review. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 199-215). Washington, D.C.: Taylor & Francis.
- Semedo, C. (2009) *Bem-Estar Psicológico no Trabalho e Acidentalidade Laboral em profissionais de saúde*. (Tese de Doutoramento, não publicada) Universidade de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela.
- Serra, A. (2002) *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Adriano Vaz Serra.
- Shaffer, D., & Serlin, R. (2004) What good are statistics that don't generalize? *Educational Researcher*, 33, 9, 14-25. doi:10.3102/0013189X033009014
- Silva, A., & Menezes, P. (2008) Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista Saúde Pública*, 42, 5, 921-929.
- Sos Tena, P., Sobreques Soriano, J., Segura Bernal, J., Manzano Mulet, E., Rodriguez Munoz, C., García García, M., & Cebrià, J. (2002). Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. *Medifam*, 12, 10, 613-619.
- Souza, W. C., & Silva, A. D. (2002) A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no burnout em profissionais de saúde. *Revista Estudos de Psicologia*, 19, 1, 37-48.
- Stake, R. (1995) *The art of case study research*. California, SAGE Publications, Inc.
- Tecedeiro, M. (2004) Factores psicológicos na síndrome de burnout: O narcisismo como variável preditora da síndrome. (Tese de Mestrado, não publicada). Lisboa: ISPA.

- Trigo, T., Teng, C., & Hallak, J. (2007) Síndrome de *burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34, 5, 223-233.
doi:10.1590/S0101-60832007000500004
- Trindade, L., Lautert, L., Beck, C., Amestoy, S., & Pires, D. (2010) Estresse e síndrome de *burnout* entre trabalhadores da equipa de saúde da família. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23, 5, 684-689.
- Vanheule, S., & Declercq, F. (2009) Burnout, adult attachment and critical incidents: A study of security guards. *Personality and Individual Differences*, 46, 374–376.
doi:10.1016/j.paid.2008.10.015
- Varoli, I., & Souza, C. (2004) O sofrimento dos que tratam: Burnout em profissionais de saúde mental. In J. Ribeiro e I. Leal *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A Psicologia da saúde num mundo em mudança* (pp. 691-697). Lisboa: ISPA.
- Vicente, C. S., & Oliveira, R. A. (in press) A Síndrome de Burnout nas profissões de relação de ajuda: Revisão. *Manuscript submitted for publication*.
- Vicente, C. S., Oliveira, R. A., & Maroco, J. (2013) Análise fatorial do Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14, 1, 152-167.
- Vicente, C. S., Oliveira, R. A., & Maroco, J. (2014). Prevalence of burnout among professionals who care for elderly and chronically ill patients. *Psychology*, 5, 17, 1933-1940. doi:10.4236/psych.2014.517196
- Vicente, C., Aragão Oliveira, R., Ferrajão, P., & Silva, F. (2013, Maio) *O diagnóstico psicodinâmico operacionalizado (OPD-2) em Portugal (Estudo preliminar)*. Poster apresentado no XXIV Colóquio da Sociedade Portuguesa de Psicanálise. Lisboa, Portugal.
- Vicente, C., Aragão Oliveira, R., Silva, F., Ferrajão, P., ... Oliveira, S., & Krieger, D. (2012) Cross-cultural adaptation of the Operationalized Psychodynamic Diagnostic

(OPD-2) in Portugal. *Trends Psychiatry Psychotherapy*, 34, 3, 129-38.

doi:10.1590/S2237-60892012000300004

WHO (2004) *A glossary of terms for Community Health Care and Services for older persons*. Geneva, WHO Publications.

Wilke, C. J., Román, J. P. I., & Faúndez, V. E. O. (2011) Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Ciência & Trabajo*, 13, 176-180.

Yin, R. (2003) *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. Artmed Editora, SA, São Paulo.

Zimmerman, S., Williams, C., Reed, P., Boustani, M., ... Heck, E., & Sloane, P. (2005) Attitudes, stress and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *The Gerontologist*, 45, 1, 96-105. doi:10.1093/geront/45.suppl_1.96

ANEXOS

ANEXO I

1º ESTUDO EMPÍRICO

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM PRESTADORES DE CUIDADOS
A IDOSOS DOENTES CRÔNICOS**

ANEXO A – E-MAILS ENVIADOS ÀS DIRECÇÕES E DIRECTORES TÉCNICOS DAS IPSS'S

Exm. (a) Sr. (a) Diretor (a) Técnico (a)

Venho por este meio, contactar-vos no sentido de solicitar a colaboração da vossa instituição para a realização da Tese de Doutoramento com o título: Para a compreensão dos fenómenos Burnout nos prestadores de cuidados de idosos e doentes crónicos.

A vossa participação revela-se de extrema importância para avaliar a prevalência da Síndrome de Burnout (Exaustão Profissional) nos prestadores de cuidados, de modo a delinear intervenções adequadas para fazer face à exaustão profissional, a que se encontram sujeitos os referidos profissionais.

Submeto à vossa consideração o pedido de autorização e respectiva explicitação da investigação, que segue em anexo.

Na esperança de obter um parecer favorável por parte de V. Ex.^a, agradeço desde já a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

A investigadora

Carla S. Vicente

Ex. (a) Senhor (a) Diretor (a) Técnico (a)

Eu, Carla Susana R. Vicente, aluna de Doutoramento em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica, na Universidade de Évora, sob a orientação do Prof. Dr. Rui Aragão Oliveira, venho por este meio solicitar a sua colaboração no sentido de autorizar o contacto com os vossos funcionários, equipa técnica e ajudantes familiares, de modo a participarem na investigação com o tema: Para a compreensão do fenómeno Burnout nos prestadores de cuidados de idosos e doentes crónicos.

Considerou-se relevante perceber que factores contribuem para o aparecimento da síndrome de Burnout, nos prestadores de cuidados a idosos doentes crónicos.

A investigação compreende dois momentos: um primeiro, que consiste num estudo quantitativo, no qual se pretende avaliar a prevalência da síndrome de Burnout nos profissionais que desenvolvem a sua atividade junto de doentes com doenças crónicas incapacitantes e a sua relação com as variáveis sociodemográficas. Para o efeito serão utilizados dois instrumentos: o questionário sociodemográfico e o Inventário de Burnout de Maslach. O segundo momento, um estudo qualitativo, em que se pretende apreender que fenómenos psicológicos contribuem para o aparecimento da referida Síndrome. Para a recolha destes dados serão efectuadas duas entrevistas semiestruturadas, a combinar diretamente com o funcionário.

Mais se informa, que será solicitado por escrito a vontade expressa dos participantes a integrarem a investigação. Assegura-se que o tratamento de dados será efectuado de um modo confidencial, respeitando-se o anonimato dos participantes, utilizando-se os dados apenas para fins de investigação e divulgação científica.

Na expectativa de receber notícias de V. Ex.^a, junto envio o meu contacto de telemóvel 91 7578563 e-mail: csvicent@gmail.com.

Com os melhores cumprimentos

Lisboa, 13 de Dezembro de 2010

A Investigadora
(Carla Susana R. Vicente)

ANEXO B – CARTA EXPLICATIVA DO ESTUDO A APRESENTAR PARTICIPANTES

Eu, Carla Susana R. Vicente, aluna de Doutoramento em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica, na Universidade de Évora, sob orientação do Prof. Dr. Rui Aragão Oliveira, vem por este meio solicitar a V. Ex.^a se digne a colaborar na presente investigação, com o tema: Para a compreensão do fenómeno Burnout nos prestadores de cuidados de idosos e doentes crónicos.

Considerou-se relevante perceber que factores contribuem para o aparecimento da síndrome de burnout, nos prestadores de cuidados a idosos doentes crónicos. O estudo compreende duas fases: uma primeira em que se pretende avaliar a prevalência da síndrome de Burnout nos profissionais que desenvolvem a sua atividade junto de doentes com doenças crónicas incapacitantes e a sua relação com as variáveis sociodemográficas. Para o efeito solicita-se o preenchimento dos dois questionários em anexo: o questionário sociodemográfico e o Inventário de Burnout de Maslach, que se pede que o coloque no envelope fornecido para o efeito.

Numa segunda fase, solicita-se a sua disponibilidade para colaborar numa entrevista semiestruturada a efetuar pela investigadora. Nesse sentido, de modo a contactar com V. Ex.^a, caso seja um dos participantes selecionados aleatoriamente para o efeito, solicito a V. Ex.^a o seu nome e o seu contacto telefónico, sendo que esta informação pessoal se destina exclusivamente para estes fins.

É garantida a confidencialidade e anonimato dos participantes, sendo a recolha de dados apenas utilizada para fins científicos.

Os participantes na investigação podem interromper, a qualquer momento, a sua participação no projeto bastando, para tal, informar a investigadora. Na expectativa da vossa colaboração, disponibilizo-me para a clarificação ou esclarecimento de dúvidas acerca do projeto.

Tratando-se de uma colaboração voluntária gostaria de poder contar com a sua participação.

Com os meus melhores cumprimentos.

Lisboa, de de 2010

<p>A Investigadora</p> <hr/> <p>(Carla S. Vicente)</p>
--

<p>A/O Entrevistada/o</p> <hr/> <p>Contacto Telefónico: _____</p>

ANEXO C – CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO



Consentimento informado

Código:

Título: Para a compreensão do fenómeno Burnout nos prestadores de cuidados de idosos e doentes crónicos

Investigadora: Carla S. Vicente

Contacto: 91 7578563; csvicent@gmail.com

Tomo conhecimento de que:

O estudo tem como objectivo avaliar a prevalência da síndrome de Burnout nos profissionais que desenvolvem a sua atividade junto de doentes com doenças crónicas incapacitantes e a sua relação com as variáveis sociodemográficas, utilizando-se para o efeito dois questionários: um sobre dados sociodemográficos e um outro, o Inventário de Burnout de Maslach. Manifesto a minha intenção em ser contactada (o) para participar na segunda fase do estudo, que consiste numa entrevista semiestruturada.

É garantida a confidencialidade e anonimato das participantes.

A participação é inteiramente voluntária, como tal, posso interromper, a qualquer momento, a minha participação sem que isso tenha para mim qualquer consequência.

Pelo presente documento, consinto em participar neste estudo, tendo compreendido o objectivo e os procedimentos da investigação.

A investigadora:

A/O entrevistada/o:

Data: ____ / ____ / ____

Na eventualidade de uma necessidade de informações suplementares sobre o assunto do estudo ou por uma decisão concernente ao seu direito de se retirar do estudo, contactar a investigadora.

ANEXO D – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**Questionário Sociodemográfico**

Assinale com uma cruz (X) a resposta que for adequada ou complete-a se for caso disso, nos seguintes elementos de caracterização.

Toda a informação é confidencial.

Dados Pessoais

1. Sexo:

Masculino Feminino

2. Ano de nascimento: _____

3. Nacionalidade: _____

4. Estado Civil

Solteiro (a) Casado (a) União de facto

Divorciado (a) Viúvo (a)

5. Tem Filhos?

Sim Não

Quantos? _____

6. Habilitações Literárias:

1º Ciclo (1ª à 4ª classe) 2º Ciclo (5º e 6º ano) 3º Ciclo (7º ao 9º ano)

Secundária (10º ao 12º ano) Licenciatura Mestrado

Outra: _____

Caracterização da atividade profissional

7. Categoria profissional

Assistente Social Psicólogo (a) Fisioterapeuta
 Terapeuta Ocupacional Animador (a) sociocultural Auxiliar Familiar
 Ajudante Familiar/Ajudante de Ação Direta

Outra: _____

8. Resposta Social em que trabalha:

Centro de Dia Apoio Domiciliário
 Lar Cuidados Continuados

Outra: _____

9. Há quanto tempo trabalha nesta instituição (meses/anos) _____

10. Há quanto tempo trabalha com esta população (meses/anos) _____

11. Regime horário de trabalho

Parcial (20 a 24 horas por semana)
 Normal (35 horas por semana)
 Acrescido (40 ou mais horas por semana)

12. Trabalha por turnos

Sim Não

13. Situação Contratual

Efetivo
 Contrato
 Prestação de Serviços

14. Desenvolve a sua atividade em mais do que um (a) local/instituição?

Sim Não

15. Rendimento Mensal Individual

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| ≤ 750 euros | <input type="checkbox"/> |
| 750-1000 euros | <input type="checkbox"/> |
| 1000-1250 euros | <input type="checkbox"/> |
| 1250-1500 euros | <input type="checkbox"/> |
| ≥ 1500 euros | <input type="checkbox"/> |

16. Com que tipo de doenças se depara diariamente no seu trabalho?

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Demências (ex° Alzheimer) | <input type="checkbox"/> | Doenças Reumatológicas | <input type="checkbox"/> |
| Doença de Parkinson | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| Acidentes Vasculares Cerebrais | <input type="checkbox"/> | Doenças Oncológicas | <input type="checkbox"/> |
| Outras doenças Neurológicas | <input type="checkbox"/> | Doenças Infecto-Contagiosas | <input type="checkbox"/> |
| Doenças Respiratórias | <input type="checkbox"/> | Doenças Mentais | <input type="checkbox"/> |
- Outras doenças. Especifique _____

17. Quais as razões que o levaram a escolher/aceitar esta profissão?

Por favor reveja todo o questionário e verifique se preencheu todos os campos de resposta.

Obrigado pela sua colaboração

ANEXO E – INVENTÁRIO DE BURNOUT DE MASLACH PARA AS CIÊNCIAS HUMANAS

MBI-HSS

(Maslach & Jackson, 1996; Semedo, 2009)

De seguida, encontram-se algumas afirmações relativas a como se sente no seu dia-a-dia de trabalho. Classifique cada uma dessas situações de acordo com a forma como se sente. Tem 7 respostas possíveis para cada uma delas, que vão desde “Nunca” até “Sempre”.

		Nunca	Algumas vezes por ano ou menos	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Várias vezes por semana	Todos os dias
1	Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho.							
2	Sinto-me exausto (a) (fisicamente cansado) no fim do dia de trabalho.							
3	Sinto-me fatigado (a) quando me levanto de manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho.							
4	Consigo compreender facilmente os sentimentos dos doentes/utentes.							
5	Sinto que trato alguns doentes/utentes como se eles fossem objetos.							
6	Trabalhar com pessoas durante todo o dia é realmente cansativo para mim.							
7	Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes/utentes.							
8	Sinto-me desgastado (a) com o meu trabalho.							
9	Sinto que estou a influenciar positivamente a vida das outras pessoas através do meu trabalho.							
10	Tornei-me mais insensível às pessoas desde que comecei a trabalhar nesta profissão.							
11	Preocupa-me que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.							
12	Sinto-me cheio (a) de energia.							
13	Sinto-me frustrado (a) com o meu emprego.							
14	Sinto que estou a trabalhar demais no meu emprego.							
15	Não me preocupo realmente com o que acontece a alguns dos doentes/utentes.							
16	Trabalhar diretamente com pessoas causa-me demasiado stress.							
17	Consigo criar facilmente um clima agradável com os meus doentes/utentes.							
18	Sinto-me muito satisfeito (a) depois de ter estado a trabalhar de perto com os meus doentes/utentes.							
19	Consegui alcançar muitas coisas que valem a pena neste trabalho.							
20	Sinto-me no limite das minhas possibilidades.							
21	No meu trabalho lido com problemas emocionais com muita calma.							
22	Sinto que os doentes/utentes me culpam por alguns dos seus problemas.							

ANEXO F – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Tabela 1

Variáveis sociodemográficas

Variável	N	%
Gênero		
M	15	5,7%
F	250	94,3%
Estado Civil		
Solteiro (a)/	51	19,2%
Casado (a)/União de fato	156	58,9%
Divorciado (a)	47	17,7%
Viúvo (a)	11	4,2%
Filhos		
Sim	210	79,2%
Não	55	20,8%
Habilitações literárias		
1º Ciclo (1ª à 4ª classe)	42	15,8%
2º Ciclo (5º e 6º ano)	35	13,2%
3º Ciclo (7º ao 9º ano)	86	32,5%
Secundária (10º ao 12º ano)	39	14,7%
Bacharelato	5	1,9%
Licenciatura	51	19,2%
Mestrado	6	2,3%
Não sabe ler, nem escrever	1	0,4%
Variáveis	M	SD
Idade	43,04	10,2
Nº de Filhos	1,63	1,44

Tabela 2

Variáveis associadas ao trabalho

Variáveis	N	%
Categoria Profissional		
Ajudante Familiar	158	59,6%
Auxiliar de ação direta	36	13,6%
Assistentes Sociais	29	10,9%
Encarregado (a)	11	4,1%
Psicólogos	6	2,3%
Fisioterapeutas	6	2,3%
Enfermeiros	6	2,3%
Animadores Socioculturais	7	2,6%
Direção/Coordenação	4	1,5%
Terapeuta Ocupacional	1	0,4%
Médicos	1	0,4%
Turnos		
Não	215	81,1%
Sim	50	18,9%
Horário de Trabalho		
Parcial	10	3,8%
Normal	135	50,9%
Acrescido	120	45,3%
Situação Contratual		
Efetivo (a)	199	75,1%
Contrato	54	20,4%
Prestação de Serviços	12	4,5%
Trabalha noutra local		
Não	215	81,1%
Sim	50	18,9%
Rendimento Mensal		
Inferior a 750 euros	200	75,5%
750-1000 euros	32	12,1%
1001-1250 euros	15	5,7%
1251-1500 euros	9	3,4%
Superior a 1500 euros	9	3,4%
Variáveis		
Tempo Instituição	7,57	7,1
Tempo População	9,03	7,7

ANEXO G – MÉDIAS E DESVIO-PADRÃO VARIÁVEIS SOCIDEMOGRÁFICAS

Tabela 3

Médias e desvio-padrão das variáveis sociodemográficas

Variáveis	N	Exaustão Emocional		Despersonalização		Realização Pessoal	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Gênero							
Feminino	250	1,51	1,15	0,71	0,86	5,22	0,73
Masculino	15	1,68	1,44	0,95	1,00	5,39	0,54
Idade							
20-25 anos	7	1,63	0,75	0,66	0,87	5,43	0,52
> 25- 30 anos	26	2,06	1,23	0,67	0,77	5,12	0,52
> 30-35 anos	39	1,83	1,48	0,78	0,94	5,21	0,79
> 35-40 anos	29	1,19	0,91	0,64	0,91	5,24	0,52
> 40-45 anos	57	1,55	1,18	0,68	0,74	5,17	0,74
> 45-50 anos	40	1,31	1,07	0,72	0,97	5,17	0,89
> 50-55 anos	37	1,29	0,94	0,86	0,88	5,36	0,76
> 60 anos	30	1,48	1,12	0,72	0,98	5,31	0,65
Estado Civil							
Solteiro (a)	51	1,82	1,43	0,72	0,84	5,17	0,80
Casado (a)	119	1,39	1,08	0,80	0,93	5,15	0,75
Divorciado	47	1,54	1,19	0,67	0,88	5,35	0,61
União Fato	37	1,50	1,00	0,51	0,64	5,37	0,63
Viúvo (a)	11	1,59	0,96	0,93	1,00	5,36	0,52
Filhos							
Sim	210	1,46	1,13	0,74	0,87	5,22	0,74
Não	55	1,76	1,26	0,69	0,86	5,26	0,64
Habilitações Literárias							
1º Ciclo (1ª à 4ª Classe)	43	1,22	1,00	0,86	0,96	5,23	0,74
2º Ciclo (5º e 6º ano)	35	1,32	1,17	0,79	0,93	4,97	1,08
3º Ciclo (7º ao 9º ano)	86	1,48	1,13	0,77	0,93	5,28	0,68
Secundária	39	1,68	1,19	0,75	0,84	5,35	0,55
Bacharelato	5	1,76	1,72	0,64	0,92	5,23	0,97

Licenciatura	50	1,79	1,29	0,54	0,70	5,21	0,50
Mestrado	7	2,03	0,60	0,35	0,30	5,25	0,64
Quantos Filhos							
0	55	1,76	1,26	0,69	0,86	5,26	0,64
1	81	1,62	1,08	0,62	0,80	5,11	0,81
2	81	1,31	1,13	0,79	0,96	5,30	0,61
3	27	1,44	1,18	0,85	0,86	5,31	0,94
≥ 4	21	1,48	1,27	0,82	0,81	5,26	0,55

ANEXO H – MÉDIAS E DESVIO-PADRÃO VARIÁVEIS LABORAIS

Tabela 4

Médias e desvio-padrão variáveis associadas ao trabalho

Variáveis	N	Exaustão Emocional		Despersonalização		Realização Pessoal	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Resposta Social							
Centro Dia	37	1,38	1,07	0,81	1,02	5,14	0,74
SAD	88	1,47	1,29	0,61	0,85	5,43	0,57
Lar	92	1,44	1,00	0,84	0,85	5,13	0,83
C. Continuados	5	1,60	1,02	0,68	1,10	5,33	0,54
CD + SAD	43	1,92	1,26	0,65	0,79	5,09	0,65
Categoria Profissional							
Ajudante Familiar	159	1,40	1,09	0,76	0,89	5,28	0,76
Auxiliar de ação direta	35	1,58	1,27	0,87	0,96	5,04	0,79
Assistente Social	29	2,06	1,37	0,59	0,76	5,08	0,51
Encarreg/Subencarregada Sector	10	1,02	0,55	0,48	0,59	5,27	0,56
Animador (a) Sociocultural	7	1,95	1,53	1,06	1,37	5,30	0,84
Psicólogo (a)	6	1,19	0,80	0,20	0,25	5,50	0,46
Fisioterapeuta	6	1,63	1,04	0,40	0,42	5,46	0,50
Enfermeiros	6	1,52	1,34	0,44	0,47	5,33	0,66
Diretor (a)	2	2,17	0,86	0,81	0,86	4,94	0,44
Coordenador (a)	2	2,78	2,20	1,50	1,27	5,19	0,26
Horário Trabalho							
Parcial	10	1,72	0,99	0,52	0,43	5,33	0,57
Normal	135	1,53	1,21	0,61	0,81	5,30	0,66
Acrescido	120	1,50	1,13	0,88	0,94	5,14	0,78
Turnos							
Não	215	1,55	1,19	0,67	0,85	5,23	0,69
Sim	50	1,41	1,03	0,96	0,95	5,21	0,82
Situação Contractual							
Efetivo (a)	199	1,84	1,17	0,81	0,92	5,22	0,72

Contrato	54	1,11	1,07	0,47	0,71	5,26	0,77
Prestação Serviços	12	1,55	1,22	0,49	0,42	5,30	0,50
Trab Outro Local							
Não	215	1,50	1,14	0,67	0,85	5,25	0,73
Sim	50	1,61	1,27	0,96	0,91	5,15	0,67
Rendimento Mensal							
< 750 euros	200	1,46	1,14	0,79	0,92	5,21	0,76
750-1000 euros	32	1,63	1,15	0,43	0,61	5,30	0,53
1001-1250 euros	15	1,67	0,94	0,62	0,68	5,29	0,65
1251-1500 euros	9	2,12	1,93	0,76	0,88	5,29	0,46
> 1500 euros	9	1,75	1,03	0,47	0,47	5,22	0,57
Antiguidade							
< 5 anos	146	1,46	1,17	0,63	0,77	5,23	0,71
5-10 anos	49	1,50	1,23	0,72	0,89	5,37	0,67
> 10 a 15 anos	40	1,65	1,05	1,00	1,15	5,31	0,53
> 15 a 20 anos	14	1,73	1,20	0,80	0,92	5,08	0,72
> 20 a 25 anos	6	2,06	1,56	0,50	0,44	4,60	1,37
> 25 anos	10	1,36	0,90	0,73	0,87	5,23	0,72
Tempo População							
< 5 anos	121	1,54	1,21	0,62	0,78	5,20	0,71
5-10 anos	47	1,52	1,24	0,75	0,96	5,41	0,64
> 10 a 15 anos	50	1,47	1,03	0,79	0,99	5,31	0,56
> 15 a 20 anos	23	1,66	1,20	0,81	0,90	5,10	0,70
> 20 a 25 anos	11	1,63	1,27	0,75	0,77	5,22	1,20
> 25 anos	13	1,27	0,94	1,22	0,86	4,76	0,92

ANEXO I – COMPARAÇÃO DIMENSÕES DO MBI-HSS E VARIÁVEIS EM ESTUDO

Tabela 5

Comparação entre as dimensões do MBI-HSS e as variáveis em estudo

Variable	n	EE		DP		PA	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Género							
Masculino	15	1.6	1.4	.9	1.0	5.4	.4
Feminino	250	1.5	1.1	.7	.8	5.2	.7
Estado Civil							
Solteiro	51	1.8	1.4	.7	.8	5.1	.8
Casado/União de fato	156	1.4	1.0	.7	.8	5.2	.7
Víuvo	58	1.5	.9	.9	1.0	5.4	.5
Habilitações literárias							
1º Ciclo	43	1.2	1.0	.9	.9	5.2	.7
Secundária	39	1.7	1.1	.7	.8	5.3	.5
Licenciatura/Mestrado	57	1.8	1.2	.5	.5	5.2	.5
Horário Trabalho							
Acrescido	120	1.5	1.1	.8	.9	5.1	.7
Normal	135	1.5	1.2	.6	.8	5.3	.6
Parcial	10	1.7	.9	.5	.4	5.3	.5
Situação Contratual							
Efetivos	199	1.8	1.1	.8	.9	5.2	.7
Prestadores serviços	12	1.5	1.2	.4	.4	5.3	.5
Idade							
25-30 anos	26	2.0	1.2	.6	.7	5.1	.5
31-35 anos	39	1.8	1.4	.7	.9	5.2	.7
50-55 anos	37	1.2	.9	.8	.8	5.3	.7
Antiguidade Instituição							
5-10 anos	49	1.5	1.2	.7	.8	5.4	.6
> 10 a 15 anos	40	1.6	1.0	1.0	1.1	5.3	.5
> 15 a 20 anos	14	1.7	1.2	.8	.9	5.0	.7

> 20 a 25 anos	6	2.0	1.5	.5	.4	4.6	1.3
Tempo população							
5-10 anos	47	1.5	1.2	.7	.9	5.4	.6
> 15 a 20 anos	23	1.7	1.2	.8	.9	5.1	.7

ANEXO J – T-STUDENT

Tabela 6
Teste t-student

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
EEMedia	Equal variances assumed	,559	,455	-,538	263	,591	-,167	,311	-,780	,445
	Equal variances not assumed			-,439	15,084	,667	-,167	,381	-,978	,644

ANEXO K – ANÁLISE DE VARIÂNCIA UNIVARIADA (ANOVA) – HORÁRIO DE TRABALHO VS DESPERSONALIZAÇÃO

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:DPMedia

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Corrected Model	5,089 ^a	2	2,544	3,378	,036	,025	6,756	,634
Intercept	34,732	1	34,732	46,108	,000	,150	46,108	1,000
HorarTrab	5,089	2	2,544	3,378	,036	,025	6,756	,634
Error	197,354	262	,753					
Total	342,283	265						
Corrected Total	202,443	264						

a. R Squared = ,025 (Adjusted R Squared = ,018)

b. Computed using alpha = ,05

Multiple Comparisons

DPMedia
Tukey HSD

(I) Horário de Trabalho	(J) Horário de Trabalho	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Parcial	Normal	-,09	,284	,949	-,76	,58
	Acrescido	-,36	,286	,424	-1,03	,32
Normal	Parcial	,09	,284	,949	-,58	,76
	Acrescido	-,27	,109	,036	-,53	-,01
Acrescido	Parcial	,36	,286	,424	-,32	1,03
	Normal	,27	,109	,036	,01	,53

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = ,753.

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

ANEXO L – ANÁLISE DE VARIÂNCIA UNIVARIADA (ANOVA) – SITUAÇÃO CONTRATUAL VS EXAUSTÃO EMOCIONAL

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:EEMedia

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Corrected Model	11,818 ^a	2	5,909	4,442	,013	,033	8,883	,760
Intercept	172,060	1	172,060	129,335	,000	,330	129,335	1,000
SituaçContrat	11,818	2	5,909	4,442	,013	,033	8,883	,760
Error	348,550	262	1,330					
Total	975,567	265						
Corrected Total	360,368	264						

a. R Squared = ,033 (Adjusted R Squared = ,025)

b. Computed using alpha = ,05

Multiple Comparisons

EEMedia
Tukey HSD

(I) SituaçContrat	(J) SituaçContrat	Mean Difference (I-J)	Std. Error	95% Confidence Interval		
				Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Efectiva (o)	Contrato	,53 [*]	,177	,009	,11	,94
	Prestação de serviços	,09	,343	,963	-,72	,90
Contrato	Efectiva (o)	-,53 [*]	,177	,009	-,94	-,11
	Prestação de serviços	-,44	,368	,461	-1,31	,43
Prestação de serviços	Efectiva (o)	-,09	,343	,963	-,90	,72
	Contrato	,44	,368	,461	-,43	1,31

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 1,330.

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

ANEXO M - ANÁLISE DE VARIÂNCIA UNIVARIADA (ANOVA) – SITUAÇÃO CONTRATUAL VS DESPERSONALIZAÇÃO

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:DPMedia

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Corrected Model	5,630 ^a	2	2,815	3,747	,025	,028	7,495	,682
Intercept	29,238	1	29,238	38,922	,000	,129	38,922	1,000
SituaçContrat	5,630	2	2,815	3,747	,025	,028	7,495	,682
Error	196,813	262	,751					
Total	342,283	265						
Corrected Total	202,443	264						

a. R Squared = ,028 (Adjusted R Squared = ,020)

b. Computed using alpha = ,05

Multiple Comparisons

DPMedia

Tukey HSD

		95% Confidence Interval				
(I) SituaçContrat	(J) SituaçContrat	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Efectiva (o)	Contrato	,34 [*]	,133	,030	,03	,65
	Prestação de serviços	,32	,258	,422	-,28	,93
Contrato	Efectiva (o)	-,34 [*]	,133	,030	-,65	-,03
	Prestação de serviços	-,02	,277	,998	-,67	,64
Prestação de serviços	Efectiva (o)	-,32	,258	,422	-,93	,28
	Contrato	,02	,277	,998	-,64	,67

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = ,751.

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

**ANEXO N - ANÁLISE DE VARIÂNCIA UNIVARIADA (ANOVA) – TEMPO
INSTITUIÇÃO VS REALIZAÇÃO PESSOAL**

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:RPMedia

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Corrected Model	6,333 ^a	5	1,267	2,506	,031 ,046	12,529	,779
Intercept	2356,646	1	2356,646	4662,628	,000 ,947	4662,628	1,000
TempInstit	6,333	5	1,267	2,506	,031 ,046	12,529	,779
Error	130,907	259	,505				
Total	7381,555	265					
Corrected Total	137,240	264					

a. R Squared = ,046 (Adjusted R Squared = ,028)

b. Computed using alpha = ,05

Multiple Comparisons

RPMedia
Tukey HSD

(I) Tempolnsti recodificada	(J) Tempolnsti recodificada	Mean Difference (I-J)	Std. Error	95% Confidence Interval		
				Sig.	Lower Bound	Upper Bound
< a 5 anos	5 a 10 anos	-,13	,117	,865	-,47	,20
	>10 a 15 anos	-,08	,127	,987	-,45	,28
	> 15 a 20 anos	,15	,199	,973	-,42	,72
	> 20 a 25 anos	,63	,296	,279	-,22	1,48
	> a 25 anos	,50	,232	,264	-,17	1,17
5 a 10 anos	< a 5 anos	,13	,117	,865	-,20	,47
	>10 a 15 anos	,05	,151	,999	-,38	,49
	> 15 a 20 anos	,29	,215	,770	-,33	,90
	> 20 a 25 anos	,76	,307	,134	-,12	1,64
	> a 25 anos	,63	,247	,109	-,07	1,34
>10 a 15 anos	< a 5 anos	,08	,127	,987	-,28	,45
	5 a 10 anos	-,05	,151	,999	-,49	,38
	> 15 a 20 anos	,23	,221	,896	-,40	,87
	> 20 a 25 anos	,71	,311	,205	-,18	1,60
	> a 25 anos	,58	,251	,192	-,14	1,30
> 15 a 20 anos	< a 5 anos	-,15	,199	,973	-,72	,42
	5 a 10 anos	-,29	,215	,770	-,90	,33
	>10 a 15 anos	-,23	,221	,896	-,87	,40
	> 20 a 25 anos	,48	,347	,743	-,52	1,47
	> a 25 anos	,35	,294	,845	-,50	1,19
> 20 a 25 anos	< a 5 anos	-,63	,296	,279	-1,48	,22
	5 a 10 anos	-,76	,307	,134	-1,64	,12
	>10 a 15 anos	-,71	,311	,205	-1,60	,18
	> 15 a 20 anos	-,48	,347	,743	-1,47	,52
	> a 25 anos	-,13	,367	,999	-1,18	,93
> a 25 anos	< a 5 anos	-,50	,232	,264	-1,17	,17
	5 a 10 anos	-,63	,247	,109	-1,34	,07
	>10 a 15 anos	-,58	,251	,192	-1,30	,14
	> 15 a 20 anos	-,35	,294	,845	-1,19	,50
	> 20 a 25 anos	,13	,367	,999	-,93	1,18

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = ,505.

ANEXO O – REGRESSÃO LINEAR MULTIPLA

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,478	,312		7,949	,000
	Quantos	-,049	,051	-,061	-,959	,338
	TempInstitu	,047	,015	,287	3,187	,002
	TempPop	-,021	,014	-,141	-1,542	,124
	SMEAN(Idade)	-,024	,008	-,210	-2,903	,004

a. Dependent Variable: EEMedia

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,831	,239		3,478	,001
	Quantos	,042	,039	,069	1,063	,289
	TempInstitu	,010	,011	,078	,843	,400
	TempPop	,012	,011	,109	1,172	,242
	SMEAN(Idade)	-,008	,006	-,098	-1,323	,187

a. Dependent Variable: DPMedia

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	4,934	,197		25,092	,000
	Quantos	,015	,032	,030	,456	,649
	TempInstitu	-,018	,009	-,175	-1,896	,059
	TempPop	,001	,009	,012	,133	,894
	SMEAN(Idade)	,009	,005	,130	1,755	,081

a. Dependent Variable: RPMedia

ANEXO P – ANÁLISE DE VARIÂNCIA MULTIVARIADA (MANOVA) – RESPOSTA SOCIAL

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	55,755
F	2,081
df1	24
df2	1355,796
Sig.	,002

Tabela 7

Análise de Variância Multivariada (MANOVA) variável resposta social

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	Df	Mean Square	F	p	η^2_p	Observed Power ^b
Resposta Social	EE	5,944	4	1,486	1,182	,319	.018	,369
	DP	2,271	4	,568	,784	,537	.012	,250
	RP	5,329	4	1,332	2,665	,033	.040	,738

R Squared = ,114 (Adjusted R Squared = ,079)

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Observed Power ^b
Resposta Social	EE	5,944	4	1,486	1,182	,319	.018	,369
	DP	2,271	4	,568	,784	,537	.012	,250
	RP	5,329	4	1,332	2,665	,033	.040	,738
Idade	EE	7,582	1	7,582	6,032	,015	.023	,687
	DP	2,137	1	2,137	2,950	,087	.011	,402
	RP	3,112	1	3,112	6,223	,013	.024	,700
Tempo Instituição	EE	8,907	1	8,907	7,086	,008	.027	,756
	DP	,027	1	,027	,037	,848	.000	,054
	RP	1,480	1	1,480	2,960	,087	.012	,403
Tempo População	EE	2,908	1	2,908	2,314	,129	.009	,329
	DP	,603	1	,603	,832	,363	.003	,149
	RP	,020	1	,020	,039	,843	.000	,054
Habilitações Literárias	EE	4,890	1	4,890	3,890	,050	.015	,502
	DP	4,040	1	4,040	5,576	,019	.021	,653
	RP	1,477	1	1,477	2,954	,087	.011	,402

Trabalha Outro	EE	,510	1	,510	,406	,525	.011	,097
Local	DP	6,090	1	6,090	8,404	,004	.016	,823
	RP	,580	1	,580	1,160	,283	.001	,189
Situação	EE	3,445	1	3,445	2,740	,099	.002	,378
Contratual	DP	3,070	1	3,070	4,237	,041	.032	,536
	RP	,190	1	,190	,379	,539	.005	,094

Multivariate Tests^a

Effect		Value F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Intercept	Pillai's Trace	,528	94,064 ^a	3,000	252,000 ,000	,528	282,193	1,000
	Wilks' Lambda	,472	94,064 ^a	3,000	252,000 ,000	,528	282,193	1,000
	Hotelling's Trace	1,120	94,064 ^a	3,000	252,000 ,000	,528	282,193	1,000
	Roy's Largest Root	1,120		3,000	252,000 ,000	,528	282,193	1,000
RespSocialR	Pillai's Trace	,078	1,687	12,000	762,000 ,065	,026	20,243	,865
	Wilks' Lambda	,924	1,691	12,000	667,021 ,064	,026	17,869	,807
	Hotelling's Trace	,081	1,693	12,000	752,000 ,064	,026	20,314	,867
	Roy's Largest Root	,053	3,816 ^a	4,000	254,000 ,011	,050	13,404	,842
Idade2	Pillai's Trace	,043	3,816 ^a	3,000	252,000 ,011	,043	11,447	,814
	Wilks' Lambda	,957	3,816 ^a	3,000	252,000 ,011	,043	11,447	,814
	Hotelling's Trace	,045	3,816 ^a	3,000	252,000 ,011	,043	11,447	,814
	Roy's Largest Root	,045	2,893 ^a	3,000	252,000 ,011	,043	11,447	,814
TempInstitu	Pillai's Trace	,033	2,893 ^a	3,000	252,000 ,036	,033	8,678	,686
	Wilks' Lambda	,967	2,893 ^a	3,000	252,000 ,036	,033	8,678	,686
	Hotelling's Trace	,034	2,893 ^a	3,000	252,000 ,036	,033	8,678	,686
	Roy's Largest Root	,034	1,355 ^a	3,000	252,000 ,036	,033	8,678	,686
TempoPopl	Pillai's Trace	,016	1,355 ^a	3,000	252,000 ,257	,016	4,064	,359
	Wilks' Lambda	,984	1,355 ^a	3,000	252,000 ,257	,016	4,064	,359
	Hotelling's Trace	,016	1,355 ^a	3,000	252,000 ,257	,016	4,064	,359

	Roy's Largest Root	,016	5,744 ^a	3,000	252,000	,257	,016	4,064	,359
HabLit	Pillai's Trace	,064	5,744 ^a	3,000	252,000	,001	,064	17,231	,948
	Wilks' Lambda	,936	5,744 ^a	3,000	252,000	,001	,064	17,231	,948
	Hotelling's Trace	,068	5,744 ^a	3,000	252,000	,001	,064	17,231	,948
	Roy's Largest Root	,068	2,168 ^a	3,000	252,000	,001	,064	17,231	,948
SituaçContrat	Pillai's Trace	,025	2,168 ^a	3,000	252,000	,092	,025	6,503	,548
	Wilks' Lambda	,975	2,168 ^a	3,000	252,000	,092	,025	6,503	,548
	Hotelling's Trace	,026	2,168 ^a	3,000	252,000	,092	,025	6,503	,548
	Roy's Largest Root	,026	3,110 ^a	3,000	252,000	,092	,025	6,503	,548
TrabOutrLocal	Pillai's Trace	,036	3,110 ^a	3,000	252,000	,027	,036	9,331	,721
	Wilks' Lambda	,964	3,110 ^a	3,000	252,000	,027	,036	9,331	,721
	Hotelling's Trace	,037	3,110 ^a	3,000	252,000	,027	,036	9,331	,721
	Roy's Largest Root	,037		3,000	252,000	,027	,036	9,331	,721

a. Exact statistic

b. Computed using alpha = ,05

c. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

d. Design: Intercept + RespSocialR + Idade2 + TempInstitu + TempoPopl + HabLit + SituaçContrat + TrabOutrLocal

ANEXO Q – ANÁLISE DE VARIÂNCIA MULTIVARIADA (MANOVA) – SEVERIDADE DAS DOENÇAS

Tabela 8
Multivariate Test

Multivariate Tests^d

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Intercept	Pillai's Trace	,734	214,093 ^a	3,000	233,000	,000	,734	642,278	1,000
	Wilks' Lambda	,266	214,093 ^a	3,000	233,000	,000	,734	642,278	1,000
	Hotelling's Trace	2,757	214,093 ^a	3,000	233,000	,000	,734	642,278	1,000
	Roy's Largest Root	2,757	5,331 ^a	3,000	233,000	,000	,734	642,278	1,000
Idade2	Pillai's Trace	,064	5,331 ^a	3,000	233,000	,001	,064	15,994	,930
	Wilks' Lambda	,936	5,331 ^a	3,000	233,000	,001	,064	15,994	,930
	Hotelling's Trace	,069	5,331 ^a	3,000	233,000	,001	,064	15,994	,930
	Roy's Largest Root	,069	2,238 ^a	3,000	233,000	,001	,064	15,994	,930
TempInstitu	Pillai's Trace	,028	2,238 ^a	3,000	233,000	,085	,028	6,713	,562
	Wilks' Lambda	,972	2,238 ^a	3,000	233,000	,085	,028	6,713	,562
	Hotelling's Trace	,029	2,238 ^a	3,000	233,000	,085	,028	6,713	,562
	Roy's Largest Root	,029	1,227 ^a	3,000	233,000	,085	,028	6,713	,562

TempoPopl	Pillai's Trace	,016	1,227 ^a	3,000	233,000	,301	,016	3,680	,327
	Wilks' Lambda	,984	1,227 ^a	3,000	233,000	,301	,016	3,680	,327
	Hotelling's Trace	,016	1,227 ^a	3,000	233,000	,301	,016	3,680	,327
	Roy's Largest Root	,016		3,000	233,000	,301	,016	3,680	,327
DoençasNeurológicas *	Pillai's Trace	,367	1,310	75,000	705,000	,047	,122	98,267	1,000
Doençasrespiratórias *	Wilks' Lambda	,674	1,312	75,000	697,393	,046	,123	97,996	1,000
DoençasReumatológicas * Diabetes *	Hotelling's Trace	,425	1,313	75,000	695,000	,046	,124	98,452	1,000
DoençasMentais * DoençasOncológicas *	Roy's Largest Root	,208		25,000	235,000	,006	,172	48,851	,993
DoençasInfectocontagiosas									

a. Exact statistic

b. Computed using alpha = ,05

c. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

d. Design: Intercept + Idade2 + TempInstitu + TempoPopl + DoençasNeurológicas * Doençasrespiratórias * DoençasReumatológicas * Diabetes * DoençasMentais * DoençasOncológicas * DoençasInfectocontagiosas

Tabela 9
MANOVA – Variável Severidade Doenças

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.	Partial ETA Squared	Observed Power ^b
	EE	19,575	1	19,575	15,171	,000	.061	,973
Idade	DP	,578	1	,578	,781	,378	.003	,142
	RP	1,607	1	1,607	3,322	,070	.014	,442
	EE	8,155	1	8,155	6,320	,013	.026	,707
Tempo Instituição	DP	,171	1	,171	,231	,631	.001	,077
	RP	,711	1	,711	1,470	,227	.006	,227
	EE	1,875	1	1,875	1,453	,229	.006	,225
Tempo População	DP	,702	1	,702	,948	,331	.004	,163
	RP	,176	1	,176	,363	,547	.002	,092
	EE	31,716	25	1,269	,983	,491	.095	,798
Doenças com que trabalha	DP	23,925	25	,957	1,293	,166	.121	,919
	RP	19,841	25	,794	1,640	,032	.149	,976

ANEXO II

**2º ESTUDO – BURNOUT EM PRESTADORES DE CUIDADOS A IDOSOS E
DOENTES CRÓNICOS - ATUALIDADES**

ANEXO R – CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Consentimento Informado de Gravação Áudio da Entrevista

Confirmando que expliquei ao entrevistado (a), de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários à gravação áudio da entrevista clínica a realizar no âmbito do Projecto de Doutoramento com o título “Para a compreensão dos fenómenos Burnout nos prestadores de cuidados de idosos e doentes crónicos” realizado na Universidade de Évora sob orientação do Prof. Dr. Rui Aragão Oliveira e cujo objectivo é perceber de que modo os processos de natureza relacional e os conflitos contribuem para o aparecimento da síndrome de Burnout, utilizando-se para o efeito a gravação áudio de uma entrevista clínica, sendo garantida a confidencialidade e anonimato dos participantes.

As gravações serão, posteriormente, transcritas para facilitar a análise dos dados. Apenas algumas partes desta transcrição serão editadas no estudo final, garantindo-se a confidencialidade e anonimato dos participantes. As gravações áudio das entrevistas ficarão à guarda e responsabilidade da Investigadora, sendo expressamente garantido que haverá destruição das mesmas ao fim de 6 meses.

É igualmente garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ao participante.

O estudo é totalmente financiado pela investigadora, não existindo custos para os participantes, uma vez que será a investigadora a deslocar-se para ir ao seu encontro.

A investigadora:

Data: ____ / ____ / ____

Declaro que concordo com o que foi proposto e explicado pela investigadora que assina este documento, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Autorizo a realização do ato indicado (gravação áudio da entrevista) nas condições em que me foram explicadas.

A/O entrevistada/o:

Data: ____ / ____ / ____

Na eventualidade de uma necessidade de informações suplementares sobre o assunto do estudo ou por uma decisão concernente ao seu direito de se retirar do estudo, contactar a investigadora.

Investigadora: Carla S. Vicente Contacto: 91 7578563 E-mail: csvicent@gmail.com

ANEXO S – GUIÃO DA ENTREVISTA DE INVESTIGAÇÃO

Entrevista Semiestruturada associada ao Contexto Profissional

Indicação clínica de queixas de Burnout

- Geralmente, como se sente no seu trabalho?

Indicação de problemas vividos no contexto intersubjetivo

- Qual a principal dificuldade com que se depara no seu trabalho?

- Em relação a quem é que enfrenta esse problema: utentes, colegas ou superiores?

Indicação da satisfação sentido no contexto intersubjetivo

- Qual o aspecto mais satisfatório do seu trabalho?

- Em relação a quem sente essa satisfação: utentes, colegas ou superiores?

Indicação de constrangimentos que foram experimentados no âmbito das relações intersubjetivas

- Que aspectos do seu trabalho, gostaria de evitar? Ou *Quais são, para si, os maiores problemas que enfrenta na sua atividade profissional?*

- Como lida com essas situações? Ou *O que faz para resolver essas situações?*

ANEXO T – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Perfil 1. Critérios de Burnout (n = 7)

Quadro 1

Exaustão Emocional

Exaustão Emocional					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3 a 6	7	100,0	100,0	100,0

Quadro 2

Despersonalização

Despersonalização					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3 a 6	7	100,0	100,0	100,0

Quadro 3

Realização Pessoal

Realização Pessoal					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2 a 6	7	100,0	100,0	100,0

Quadro 4**Idade****Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	7	31,00	52,00	41,5714	8,92295
Valid N (listwise)	7				

Quadro 5**Género****Género**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	6	85,7	85,7	85,7
	Masculino	1	14,3	14,3	100,0
	Total	7	100,0	100,0	

Quadro 6**Estado Civil****Estado Civil**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteira (o)/Divorciado (a)/Separado (a)	6	85,7	85,7	85,7
	Casada (o)/União de Facto	1	14,3	14,3	100,0
	Total	7	100,0	100,0	

Quadro 7
Habilitações Literárias

		Habilitações Literárias			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2º Ciclo	1	14,3	14,3	14,3
	3º Ciclo	2	28,6	28,6	42,9
	Secundária	2	28,6	28,6	71,4
	Bacharelato	1	14,3	14,3	85,7
	Licenciatura e Mestrado	1	14,3	14,3	100,0
Total		7	100,0	100,0	

Quadro 8
Categoria Profissional

		Categoria Profissional			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ajudante Familiar	3	42,9	42,9	42,9
	Auxiliar de Ação Direta	1	14,3	14,3	57,1
	Assistente Social	1	14,3	14,3	71,4
	Fisioterapeuta	1	14,3	14,3	85,7
	Animadora Sociocultural	1	14,3	14,3	100,0
Total		7	100,0	100,0	

Quadro 9
Resposta Social

		Resposta Social			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	CD - Centro de Dia	1	14,3	14,3	14,3
	SAD - Serviço de Apoio Domiciliário	6	85,7	85,7	100,0
	Total	7	100,0	100,0	

Dados Clínicos

Quadro 10

Depressão

		Depressão			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Depressão reativa	2	28,6	28,6	28,6
	Depressão Endógena	3	42,9	42,9	71,4
	Sem Depressão	2	28,6	28,6	100,0
	Total	7	100,0	100,0	

Quadro 11**Ajuda Especializada**

		Ajuda Especializada			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	57,1	57,1	57,1
	Não	3	42,9	42,9	100,0
Total		7	100,0	100,0	

Perfil 2**Quadro 12****Índices elevados de Exaustão emocional (n = 8)**

		Exaustão Emocional			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3 a 6	8	100,0	100,0	100,0

Quadro 13**Índices elevados de Despersonalização (n = 8)**

		Despersonalização			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 a < 3	8	100,0	100,0	100,0

Quadro 14**Índices baixos de Realização Pessoal (n = 8)****Realização Pessoal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2 a 6	8	100,0	100,0	100,0

Quadro 15**Idade****Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	8	26,00	61,00	37,2500	11,54804
Valid N (listwise)	8				

Quadro 16**Género****Género**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	8	100,0	100,0	100,0

Quadro 17
Estado Civil

		Estado Civil			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteira (o)/Divorciado (a)/Separado (a)	4	50,0	50,0	50,0
	Casada (o)/União de Facto	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Quadro 18
Habilitações Literárias

		Habilitações Literárias			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1º Ciclo	1	12,5	12,5	12,5
	3º Ciclo	3	37,5	37,5	50,0
	Secundária	1	12,5	12,5	62,5
	Licenciatura e Mestrado	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Quadro 19
Categoria Profissional

		Categoria Profissional			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ajudante Familiar	3	37,5	37,5	37,5
	Auxiliar de Ação Direta	1	12,5	12,5	50,0
	Assistente Social	3	37,5	37,5	87,5
	Responsável área Saúde	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Quadro 20
Resposta Social

		Resposta Social			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	CD - Centro de Dia	2	25,0	25,0	25,0
	SAD - Serviço de Apoio Domiciliário	3	37,5	37,5	62,5
	Lar	1	12,5	12,5	75,0
	CD, SAD - Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Dados Clínicos**Quadro 21****Depressão**

		Depressão			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Depressão reativa	4	50,0	50,0	50,0
	Depressão Endógena	1	12,5	12,5	62,5
	Sem Depressão	3	37,5	37,5	100,0
Total		8	100,0	100,0	

Quadro 22**Ajuda Especializada**

		Ajuda Especializada			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	25,0	25,0	25,0
	Não	6	75,0	75,0	100,0
Total		8	100,0	100,0	

ANEXO U - CATEGORIAS, TEMAS E SUBTEMAS REPRESENTADOS NOS GRUPOS

Quadro 23

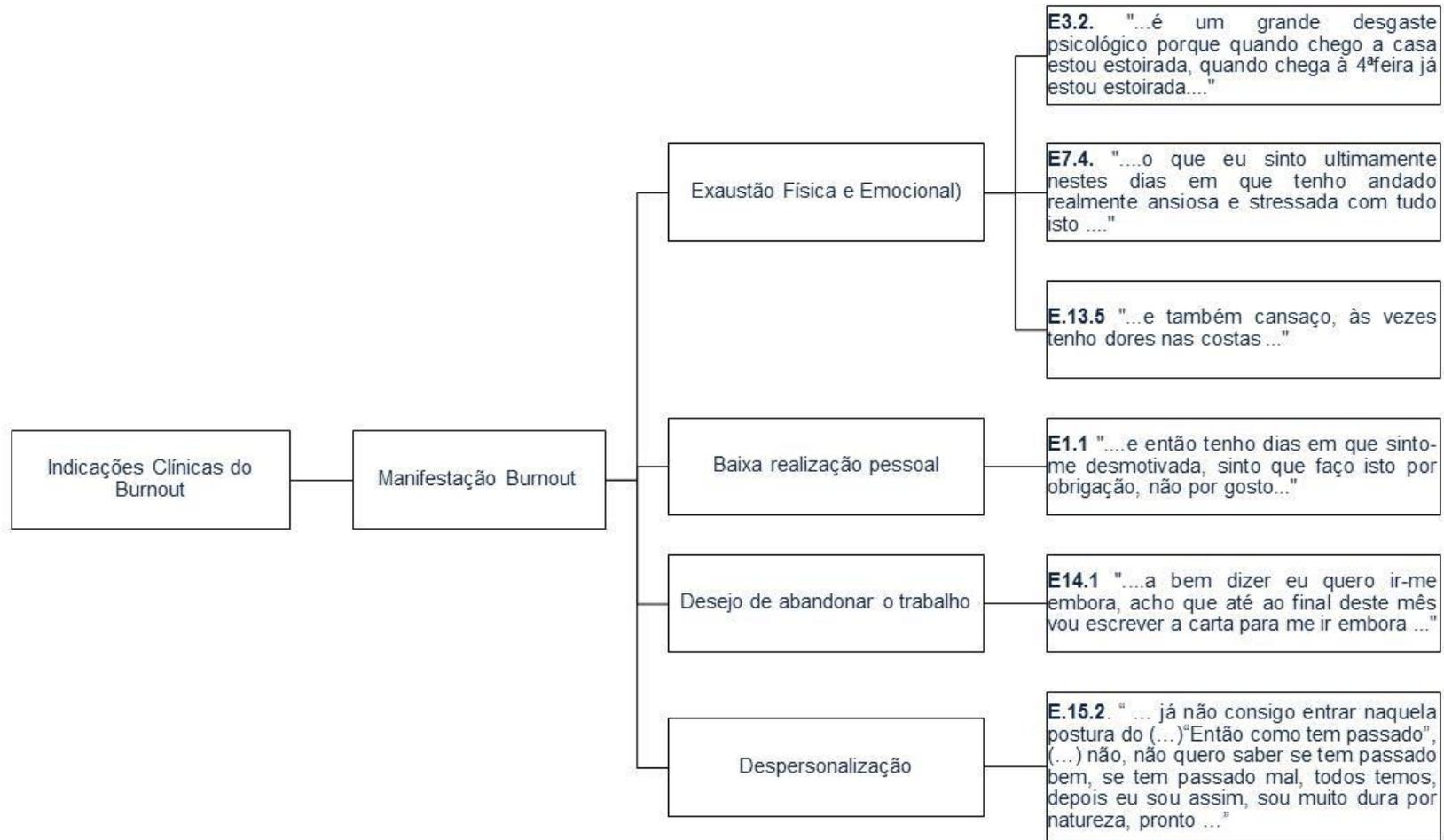
Categorias, temas e Subtemas representados nos grupos

Categorias, Temas e Subtemas	Grupo 1 (n = 7)	Grupo 2 (n = 8)
Indicações clínicas de Burnout		
Manifestação Burnout		
Exaustão Emocional e Física	7	7
Baixa realização pessoal	6	2
Despersonalização	4	1
Desejo de abandonar o trabalho	3	1
Factores Indutores		
Características Organizacionais		
Excesso de Burocracia	2	5
Falta de Recursos Humanos	2	3
Conflito de funções	0	2
Baixa remuneração	3	0
Fracá participação tomada decisão	0	3
Características das funções		
Sobrecarga de trabalho	4	5
Excesso de responsabilidade	1	3
Horário de trabalho prolongado	2	1
Complexidade das funções	1	2
Relações Interpessoais		
Com Clientes e/ ou Cuidadores Informais		
Impacto da Morte do Outro	4	6
Lidar com dependência/fragilidade do Outro	4	5
Lidar com familiares/cuidadores informais	3	4
Deterioração do quadro clínico	4	3
Com Colegas e Superiores		
Fraco Apoio Social	6	7

Falhas de comunicação	3	3
Conflitos interpessoais	5	8
Vivências/Significado atribuído ao trabalho		
Investimento excessivo no trabalho	2	6
Não corresponder às expectativas	5	7
Experiências significativas/Identificação	2	3

ANEXO V – CATEGORIAS, TEMAS E SUBTEMAS ASSOCIADOS AO BURNOUT

Figura 3 – Categorização e temas associados à existência ou não das dimensões do Burnout



ANEXO W – INDICAÇÕES CLÍNICAS

QUADRO 24 – Categorias, Temas e Subtemas associados às Indicações Clínicas

Categorias	Temas	Subtemas	Verbalizações
Indicações Clínicas	Manifestação burnout	1.1 Exaustão Emocional	<p>E3.2. "...é um grande desgaste psicológico porque quando chego a casa estou estoirada, quando chega à 4ªfeira já estou estoirada ..."</p> <p>E7.4. "...o que eu sinto ultimamente nestes dias em que tenho andado realmente ansiosa e stressada com tudo isto ..."</p> <p>E.13.5 "...e também cansaço, às vezes tenho dores nas costas ..."</p> <p>E.15.17. "... depois tenho mesmo reação física, tonturas, um cansaço extremo, e depois a partir dali tenho mesmo que pfu, pronto, há dias em que se eu me puder deitar a essa hora e só acordar no dia seguinte, era o que eu fazia ..."</p>
		1.2 Baixa realização pessoal	<p>– E1.1 "...e então tenho dias em que sinto-me desmotivada, sinto que faço isto por obrigação, não por gosto..."</p> <p>– E3. 2 "... porque eles acabam por ser relegados, não serem tão bem tratados, não quer dizer que sejam mal, mas não terem aquela atenção que deveria, prontos e agente anda todas arrebetadas ..."</p> <p>– E5. 1. "... a desmotivação é tão grande que acaba por não dar o rendimento que devia dar ..."</p>
		1.3 Desejo de abandonar o trabalho	<p>– E4. 1. "... de vez em quando bate lá no fundo e digo assim mas vou-me por na alheta ..."</p> <p>– E10. 1. "Às vezes não, só me apetecia sair, estou farta, às vezes estou farta de, por causa disto."</p> <p>– E14.1 "...a bem dizer eu quero ir-me embora, acho que até ao final deste mês vou escrever a</p>

			carta para me ir embora ..."
		1.4 Despersonalização	<ul style="list-style-type: none"> – E.9.1 "...há utentes que lá está são um bocadinho chatos demais ..." – E.15. 2. " ... já não consigo entrar naquela postura do (...)“Então como tem passado”, (...) não, não quero saber se tem passado bem, se tem passado mal, todos temos, depois eu sou assim, sou muito dura por natureza, pronto ..."

ANEXO X – FATORES INDUTORES

QUADRO 25 - Categorias, Temas e Subtemas associados aos Fatores Indutores

Categorias	Temas	Subtemas	Verbalizações
Fatores Indutores	Características da função	Sobrecarga de trabalho	<p>E7. 2. "...na minha opinião, realmente reflete a sobrecarga de trabalho que neste momento me está a ser incumbido, porque é assim, sem contar e ainda fiz essa ressalva que todo o outro trabalho ficou para segundo plano, ah por não ser prioritário, mas que tem de ser feito,..."</p> <p>E15. 3. "...a sensação que eu tenho é que um dia para mim, são três dias de trabalho, é a quantidade de assuntos que são tratados, a diversidade, da natureza desses assuntos, e o peso desses assuntos..."</p>
		Excesso de responsabilidade	<p>E12. 3. "...ah e, e, estarmos presentes e não esquecermos lá está, trabalhamos com a vida das pessoas,..."</p> <p>E15. 1. "...se eu por exemplo estiver de baixa, e houver uma pessoa que esteja inscrita e à espera de apoio domiciliário, ela não vai ser integrada enquanto eu não chegar, ..."</p> <p>E15. 3. "...é muita responsabilidade, sim, muita responsabilidade, pronto, ..."</p>
		Horário de trabalho prolongado	<p>E7. 3. "...não é justo eu estar a semana toda mais horas do que é o meu horário a fazer tudo e mais</p>

		<p>alguma coisa e depois ainda levar para casa trabalho para o fim-de-semana e para a noite e tudo mais...”</p> <p>E14. 1. “...sendo estas horas, estas cargas horárias, a carga horária assim, que supostamente, muita gente tem coisas para tratar não pode, é muita política que eu acho que está errada, e pronto,...”</p>
	Falta de autonomia	<p>E7. 1. “...eu realmente tivesse autonomia para fazer à minha maneira, só que depois é que eu, é como eu digo o meu papel é muito ingrato, porque eu estou ali no meio, ...”</p> <p>E7. 6. “...mas isto quer dizer se eu também não tenho autonomia para decidir como eu quero e bem entendo, ainda mais se faço alguma coisa ainda me veem chamar à atenção que passei por cima não é, então tenho que perguntar,...”</p>
	Complexidade do trabalho	<p>E5. 6. “...os dirigentes utilizam muitas vezes assistentes sociais para a animação, mas eu não tenho formação de animação por mais que eu possa fazer animação e depois não é esse o meu trabalho, ...”</p> <p>E7. 5. “... quer dizer eu não posso fazer o trabalho de psicóloga e de assistente social, e de diretora técnica e depois de enfermeira...”</p> <p>E7. 2. “...mas com a complexidade porque lá está agente acumula funções de técnica de serviço social,</p>

			<p>com a de diretora técnica, não é,..."</p> <p>E15. 1. "...e o acumular de responsa, de funções, que eu acho que é altamente contraproducente, ... hum é o acumular de funções, e..."</p>
Características da Organização	Excesso de burocracia		E7. 2. "...ah com isto da qualidade ainda veio complicar mais porque ainda é mais papelada, se eu tenho a admissão de um utente, a quantidade de papéis que eu tenho de preencher..."
	Falta de recursos humanos		E3. 1. "...é que nós somos 6 funcionários para isto e para aquilo e na realidade não é, porque a equipa nunca está completa ..."
	Conflito papéis/funções		E2. 1. "...se eu passo a comunicação ou melhor se eu estou responsável da área da saúde, há situações que elas tratam que não passam por mim e depois vem-me questionar e são coisas que eu não sei e às vezes eu fico mas eu não sei, não fui eu que tratei, não faço ideia ..."
	Baixa remuneração		E10. 1. "...e claro o ordenado é muito pequeno, para a minha exigência é demasiado pequeno..."
	Fraca participação na tomada de decisão		E7. 1. "...eu estive presente na entrevista ah pessoa da direção que selecionou é que definiu as condições como é que, o tipo de contrato, as condições, como é que iria ser, nem sequer me informou como é que, o que é que estava a pensar, ainda perguntei que tipo de contrato e como é que,..."

			E13. 1. "... puseram-me a mim a fazer só isto, se eu queria, nem me perguntarem se eu queria, foi só nessa parte, o (...)"
	Relações Interpessoais	Com Clientes e/ou Cuidadores Informais	
		Impacto da Morte do Outro	E5. 2. "...ultimamente aconteceu muito, desde Janeiro, aliás desde Janeiro não, desde Novembro do ano passado até Abril faleceram imensos utentes, imensos, pronto houve aqui uma quantidade de utentes a..."
		Lidar com a dependência/fragilidade do Outro	E1. 1. "Eu sinto que cada vez a necessidade deles é maior, eles cada vez mais tem mais necessidades, cada vez mais estão mais dependentes, sabe ... e eu não consigo, eu gostava de ..." E5. 9. "...situação de idosas que vivem completamente sozinhas, que começam a ter algum risco de incêndio, de morrerem lá dentro, as casa estão completamente degradadas,..." E8. 6. "Sim, pela dor, pelo sofrimento da velhota ali, isso é que nos custava,..."
		Lidar com familiares/cuidadores informais	E2. 1. "... sim houve, aí o caso do filho de uma utente, que me atacou forte e feio (ri-se) atacou do género de que eu inventava medicação para a mãe, fazia coisas ... (...), então foi ali um bocadinho complicado, porque atacou-me aos gritos e eu estava a ver que ele partia para a violência, fiquei um bocadinho assustada

			mesmo ...”
		Deterioração do quadro clínico	<p>E3. 1. “É as pessoas não terem consciência das coisas que fazem e ... assusta muito ... é assim até nem é pelo facto de lidar com eles, ...”</p> <p>E11. 1. “...foi com um doente em fase terminal também, (...) que deixou de respirar e começou a revirar os olhos, e eu fiquei ... paralisada, não consegui fazer nada (...), estava a ver que o senhor ficava ali, depois ele começou a recuperar ...”</p>
		Com colegas e/ou Superiores	

	<p>Relações interpessoais</p>	<p>Fraco Apoio Social</p>	<p>E1. 1. "Acho que não temos, acho que trabalhamos todos para o mesmo, mas cada um faz por si (...)"</p> <p>E3. 2. "Uma pessoa às tantas está a trabalhar aqui e já não sabe em quem é que há-de confiar..."</p> <p>E4. 3. "...não tenho alguém que me diga assim olhe tem que ser tantas às tantas, naquela hora não sei quê, naquele dia não sei quê, na, na, na..."</p> <p>E14. 1 "...não se ajudam mutuamente, podia ser tão fácil, tão fácil, mas, as pessoas fazem disto mais negro ainda..."</p> <p>E14. 2. "...nós trabalhamos como um todo, somos 8 mulheres salve seja, e eu acho que às vezes as nossas, as minhas colegas pecam por aí, porque pensam muito no umbigo delas, se pensassem um pouco no todo, no ser global, na bola toda, nós todos aqui, estamos todos a pecar, e ninguém dá por isso..."</p>
--	-------------------------------	---------------------------	--

		<p>Dificuldades de comunicação</p>	<p>E2. 3. "...depois eu acabo por saber que aquilo que eu pedi para fazer ou aquilo que eu disse que ... que eu disse que eles tinham para fazer não é feito..."</p> <p>E4. 1. "...em relação a mim ah que não temos linguagens em comum, eu falo ela não entende, ela fala eu não entendo, portanto a minha linguagem não é perceptível para ela e a linguagem dela não é perceptível para mim."</p> <p>E6. 1. "A maneira da minha chefe fala com agente, pá não gosto, acho que não são modos para se falar com as pessoas, ..."</p> <p>E14. 1. "...se calhar em línguas diferentes se calhar ainda o choque salve seja..."</p>
		<p>Conflitos interpessoais</p>	<p>E1. 1. "Às vezes há ... é claro, é óbvio... não é ... não sabes fazer isto, ou porque não sabes fazer aquilo, ou porque fizeste isto ou fizeste aquilo ..."</p> <p>E3. 3. "...já tive grandes pegadas com ela e disse-lhe cara a cara, mas é uma pessoa que eu acho que para, mesmo ela diz que é perfeccionista, que não sei que, mas de perfeccionista a ser moralista acho que ainda vai um bocado e acho que essa pessoas que estraga um bocado a equipa, ..."</p> <p>E7. 2. "...muitas vezes o que surgem é realmente aqueles conflitos porque nós, tenho procurado delegar porque</p>

			<p>tem que ser mesmo porque não consigo estar em todo o lado, ...”</p> <p>E10. 6. “Já havia os tais conflitos, já estávamos saturadas umas das outras, e às vezes as próprias, sem agente querer, nós às vezes, ou não respondemos bem ou as outras não respondem bem, e nós não gostamos desta maneira e assim vai ser os conflitos interpessoais.”</p> <p>E14. 4. “...não sei se é pisar, ou, não sei como é que lhe dar essa expressão, mas é dar facadas uns nos outros, “Olhe fizeste isto, fizeste aquilo, não fizeste isto, não fizeste aquilo ...”</p>
	<p>Vivências/Significado atribuído ao trabalho</p>	<p>Investimento excessivo no trabalho</p>	<p>– E1. 6.1.4. “... quantas vezes ... eu não deixo, primeiro está ela, a pessoas, não sei, ... eu acho ... assim que eu penso (...)”</p> <p>– E15. 6.1.6. “...a satisfação pessoal, a autoestima, a concretização revê-se muito pelo trabalho, ...”</p> <p>– E15. 6.1.7. “... portanto quanto maior for a satisfação da P. com o trabalho que realiza, maior está a sua vida pessoal, e a sua dinâmica pessoal, isto assim em linhas gerais, eu gosto muito, muito de trabalhar...”</p>
		<p>Não corresponder às expectativas</p>	<p>– E1. 6.3.2. “... tenho pena de não chegar mais longe, não poder estar mais presente ...”</p> <p>– E5. 6.3.1. “...nós não</p>

			<p><i>temos receitas, não temos nada para lhes oferecer a bem dizer e acabamos por sair quase todos os dias um bocadinho frustrados porque não conseguimos resolver de imediato certos problemas que esta população tem.”</i></p>
		<p>Experiências significativas/Identificação à história</p>	<p>– E9. 6.5.2. “... parece que estou bem, parece que vem assim aquele cheiro, quando estou com mais saudades, aquele cheiro assim da minha avó, não sei mesmo velhinho, por isso é que eu gosto mesmo daquilo que eu faço, parece-me que me faz lembrar coisas que eu tinha com a minha avó.”</p> <p>- E13. 6.5.3. “...a senhora é, eu às vezes penso que estou a conviver com a minha mãe, por isso é que me agarrei muito às pessoas idosas, porque eu convivi pouco com a minha mãe e como vejo a idade deles, e eu penso que se a minha mãe fosse viva, tivesse com a idade deles...”</p>

ANEXO III

3º ESTUDO EMPÍRICO

**COMPREENSÃO DAS DINÂMICAS INTRAPSÍQUICAS E SUA INFLUÊNCIA NA
SÍNDROME DE BURNOUT**

ANEXO Y – OPD-2 – OUTLINE OF EACH RESPECTIVE AXIS AND DIRECTIONS

Tabela 10
OPD-2 Axis, Dimensions and Indicators

Axis	Dimensions	Indicators
I. Experience of illness and prerequisites for treatment	Objective assessment of the patient's illness / of the problem	1. Current severity of the illness/of the problem 2. Duration of the disturbance/of the problem
	Patient's experience, presentation, and concepts of illness	3. Experience and presentation of the illness 4. Illness concepts of the patient 5. Patient's concepts about change
	Resources for and impediments to change (Psychotherapy module)	6. Resources for change 7. Impediments to change
	Patient's experience, presentation, and concept/s of illness	5. Patient's concepts about change
II. Interpersonal Relationships	Resources for and impediments to change	6. Resources for change 7. Impediments to change
	<i>Perspective A: The patient's experience</i> <i>Perspective B: The experience of others (also of the investigator)</i>	Patient experiences herself as Patient experiences others as Others experience the patient as Others experience themselves as 1. Individuation versus dependency. 2. Submission versus control. 3. Need for care versus autarky
III. Conflict	Repetitive-dysfunctional conflicts	4. Self-worth conflict 5. Guilt conflict 6. Oedipal conflict 7. Identity conflict
	Mode of processing of main conflict	1. Predominantly active 2. Mixed but active 3. Mixed but passiv 4. Predominantly passiv 9. Not ratable
IV. Structure	Cognitive abilities	1a Self-perception 1b Object perception
	Regulation	2a Self regulation 2b Regulation of object relationship
	Emotional communication	3a Internal communication 3b Communication with the external world
	Attachment	4a Attachment to internal objects 4b Attachment to external objects
V. Mental and psychosomatic disorders	Mental disorders	Main diagnosis/additional diagnosis
	Personality disorders	Main diagnosis/additional diagnosis
	Somatic illnesses	Main diagnosis/additional diagnosis

ANEXO Z – PROTOCOLO DIAGNÓSTICO PSICODINÂMICO OPERACIONALIZADO 2

Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado 2 Formulários de avaliação de dados

Eixo I – Vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento Módulo Básico	Nada/ Rara- mente presente		Mode- rado		Elevado	Não classifi- cável
	①	①	②	③	④	⑨

Avaliação objectiva da doença/problema

1. Gravidade actual da doença/problema						
1.1. Gravidade dos sintomas	①	①	②	③	④	⑨
1.2. GAF: máximo nos últimos 7 dias	→ _____					⑨
1.3. EQ-5D: _____ Valores dos itens →	1.____	2.____	3.____	4.____	5.____	⑨

2. Duração da doença/problema						
2.1. Duração da doença	< 6 Meses	6-24 Meses	2-5 Anos	5-10 Anos	> 10 Anos	⑨
2.2. Idade na primeira manifestação da doença	em anos	→ _____				⑨

Vivência, forma de apresentação e conceptualização da doença por parte do paciente

3. Vivência e forma de apresentação da doença						
3.1. Sofrimento subjectivo	①	①	②	③	④	⑨
3.2. Presença de problemas e queixas físicas	①	①	②	③	④	⑨
3.3. Presença de problemas e queixas psicológicos	①	①	②	③	④	⑨
3.4. Presença de problemas sociais	①	①	②	③	④	⑨

4. Conceptualização o da doença por parte do paciente						
4.1. Concepção da doença baseada em factores somáticos	①	①	②	③	④	⑨
4.2. Concepção da doença baseada em factores psicológicos	①	①	②	③	④	⑨
4.3. Concepção da doença baseada em factores sociais	①	①	②	③	④	⑨

5. Conceptualização da mudança por parte do paciente						
5.1. tipo de tratamento desejado : físico/médico	①	①	②	③	④	⑨
5.2. tipo de tratamento desejado : psicoterapêutico	①	①	②	③	④	⑨
5.3. tipo de tratamento desejado : apoio social	①	①	②	③	④	⑨

Recursos e resistência à mudança

6. Recursos para a mudança						
6.1. Recursos pessoais	①	①	②	③	④	⑨
6.2. Apoio (Psico)Social	①	①	②	③	④	⑨

7. Resistências à mudança						
7.1. Resistências externas à mudança	①	①	②	③	④	⑨

7.2. Resistências internos à mudança	①	①	②	③	④	⑤
Módulo Psicoterapêutico (Opcional)	Nada/ Rara- mente presente		Mode- rado		Elevado	Não classifi- cável
(Opcional)	①	①	②	③	④	⑤

Vivência, formas de apresentação e conceptualização da doença por parte do paciente

5. <i>Concepção da mudança por parte do paciente</i>						
5.P1. Redução de sintomas	①	①	②	③	④	⑤
5.P2. Predisposição para a clarificação e reflexão dos problemas/conflitos	①	①	②	③	④	⑤
5.P3. Intervenção de suporte emocional	①	①	②	③	④	⑤
5.P4. Intervenção directiva	①	①	②	③	④	⑤

Recursos e Resistências à mudança

6. <i>Recursos para a mudança</i>						
6.P1. Capacidade introspectiva	①	①	②	③	④	⑤
7. • Resistências à mudança						
7.P1. Ganhos secundários com a doença / condições que mantêm o problema	①	①	②	③	④	⑤

Eixo II – Relações Interpessoais

Perspectiva A: Vivência por parte do paciente					
<i>O paciente percepção-se a si próprio como</i>			<i>O paciente percepção os outros como</i>		
Item Nr.	Text		Item Nr.	Text	
1.	_____		1.	_____	
2.	_____		2.	_____	
3.	_____		3.	_____	

Perspectiva B: A percepção dos outros (incluindo a do investigador)					
<i>Os outros percepção o paciente como</i>			<i>Os outros percepção-se a si próprio como</i>		
Item Nr.	Text		Item Nr.	Text	
1.	_____		1.	_____	
2.	_____		2.	_____	
3.	_____		3.	_____	

Formulação dinâmica relacional

Por favor, descreva,	
.... Como é que o paciente recorrentemente sente os outros:
↓	
... como é que o paciente reage ao que experiencia/vivencia:
↓	
... o que é que o paciente faz sentir aos outros (inconscientemente) com esta reação:
↓	
... que respostas que o paciente provoca (inconscientemente) nos outros:
↓	

... como é que o paciente vivencia essas reações:
---	-------

EIXO III – CONFLITO**Questões preliminares que permitam ao terapeuta classificar o conflito:**

A) Os conflitos não podem ser classificados por falta de segurança diagnóstica.	sim = ①	não = ②
B) Devido a um baixo nível de integração estrutural, não se reconhece um padrão distinto conflitual, mas antes padrões conflituais ténues.	sim = ①	não = ②
C) Uma vez que a percepção dos conflitos e dos afetos está condicionada por questões defensivas, o eixo do conflito não pode ser classificado.	sim = ①	não = ②
D) Stress conflitual (conflito indutor de stress) sem nenhum padrão conflitual e disfuncional repetitivo.	sim = ①	não = ②

Conflitos disfuncionais repetitivos	Ausente	Insignificante	Significativo	Muito significativo	Não classificável
1. Individuação versus Dependência	①	②	③	④	⑤
2. Submissão versus Controlo	①	②	③	④	⑤
3. Necessidade de ser cuidado versus autossuficiência	①	②	③	④	⑤
4. Conflito de Autoestima	①	②	③	④	⑤
5. Conflito de culpa	①	②	③	④	⑤
6. Conflito edipiano	①	②	③	④	⑤
7. Conflito de identidade	①	②	③	④	⑤

Conflito principal: _____ **Seguido de (por ordem de importância):** _____

Modo como o conflito principal se processa	Predominante ativo	Misto mas ativo	Misto mas passivo	Predominante passivo	Não classificável
	①	②	③	④	⑤

Eixo IV Estrutura	elevada ①	1,5	Moderada ②	2,5	baixa ③	3,5	Desintegrada ④	Não classificável
1a Auto-percepção	①		②		③		④	⑤
1b Percepção do objecto	①		②		③		④	⑤
2a Auto-regulação	①		②		③		④	⑤
2b Regulação da relação objectal	①		②		③		④	⑤
3a Comunicação Interna	①		②		③		④	⑤
3b Comunicação com o mundo externo	①		②		③		④	⑤
4a Capacidade de vinculação: objetos internos	①		②		③		④	⑤
4b Capacidade de vinculação: objetos externos	①		②		③		④	⑤
5 Estrutura total	①		②		③		④	⑤

Eixo V – Transtornos mentais e psicossomáticos**Va: transtornos mentais:**

	ICD 10	DSM-IV (opcional)
Diagnóstico principal:	F _____. ____	_____. ____
Diagnóstico adicional 1:	F _____. ____	_____. ____
Diagnóstico adicional 2:	F _____. ____	_____. ____
Diagnóstico adicional 3:	F _____. ____	_____. ____

Vb: transtornos de personalidade:

	ICD 10 (F60xx oder F61.x)	DSM-IV (opcional)
Diagnóstico principal:	F _____. ____	_____. ____
Diagnóstico adicional 1:	F _____. ____	_____. ____

Para o diagnóstico dos eixos Va e Vb:

Que transtorno é clinicamente predominante?

① = Eixo Va

② = Eixo Vb

Vc: Doença somática:

	ICD 10 (não é o capítulo V(F)!)	DSM-IV (opcional)
Diagnóstico principal:	F _____. ____	_____. ____
Diagnóstico adicional 1:	F _____. ____	_____. ____
Diagnóstico adicional 2:	F _____. ____	_____. ____
Diagnóstico adicional 3:	F _____. ____	_____. ____

Paciente: Codigo: _____ Idade: _____ Género: _____ data: _____
 ① =feminino
 ② =masculino _____

Avaliador: Codigo: _____ Idade: _____ Género: _____ data: _____
 ① =feminino
 ② =masculino _____

ANEXO AA – OPD-2: EIXO I - VIVÊNCIA DA DOENÇA E PRÉ-REQUISITOS PARA O TRATAMENTO

Tabela 11

Eixo I – Vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento

Itens	Grupo 1 (n = 8)	Grupo 2 (n = 7)
1.1 Gravidade dos sintomas	Ausente (0) ou Pouco Significativo (1) – n = 6 Moderado (2) - n = 3	Pouco Significativo (1) – n = 1 Moderado (2) – n = 4 Moderado a Elevado (3) – n = 2
3.1 Sofrimento Subjetivo	Pouco Significativo (1) – n = 3 Moderado (2) – n = 3 Moderado a Elevado (3) - n = 2	Moderado (2) - n = 4 Moderado a Elevado (3) – n = 3
3.2 Queixas Físicas	Ausente (0) ou Pouco Significativo (1) – n = 7 Moderado (2) - n = 1	Ausente (0) ou Pouco Significativo (1) – n = 5 Moderado (2) – 2
3.3 Queixas Psicológicas	Ausente (0) ou Pouco Significativo (1) – n = 2 Moderado (2) – n = 4 Moderado a Elevado (3) - n = 2	Pouco Significativo (1) - n = 1 Moderado (2) – n = 2 Moderado a Elevado (3) - n = 4
3.4 Problemas Sociais	Ausente (0) ou Pouco Significativo (1) – n = 5 Moderado (2) – n = 1 Moderado a Elevado (3) – n = 1	Ausente (0) ou Pouco Significativo (1) – n = 2 Moderado (2) – n = 4 Moderado a Elevado (3) – n = 1
6.1 Recursos Pessoais	Pouco Significativo (1) – n = 1 Moderado (2) – n = 7	Pouco Significativo (1) – n = 1 Moderado (2) – n = 6
6.2 Apoio (Psico)Social	Pouco Significativo (1) – n = 1 Moderado (2) – n = 5 Moderado a Elevado (3) – n = 2	Pouco Significativo (1) – n = 4 Moderado (2) – n = 2 Moderado a Elevado (3) – n = 1
7.1 Resistências externas à mudança	Pouco Significativo (1) – n = 7 Moderado (2) – n = 1	Ausente (0) ou Pouco Significativo (1) – n = 4 Moderado (2) – n = 3
7.2 Resistências internas à mudança	Pouco Significativo (1) – n = 1 Moderado (2) – n = 6 Moderado a Elevado (3) – n = 1	Pouco Significativo (1) – n = 1 Moderado (2) – n = 2 Moderado a Elevado (3) – n = 4
6.P1 Capacidade introspectiva	Ausente (0) ou Pouco Significativo (1) – n = 2 Moderado (2) – n = 6	Pouco Significativo (1) – n = 3 Moderado (2) – n = 2 Moderado a Elevado (3) – n = 2
7.P1 Ganhos Secundários	Ausente (0) ou Pouco Significativo (1) – n = 5 Moderado (2) – n = 2 Moderado a Elevado (3) – n = 1	Moderado (2) – n = 6 Não Classificável (9) – n = 1

ANEXO AB – OPD-2: EIXO IV – ESTRUTURA

Tabela 12

Eixo IV – Estrutura

Eixo IV - Estrutura	Grupo 1 (n = 7)	Grupo 2 (n = 8)
Estrutura Total	Moderado a baixo (n = 4) Baixo (3)	Elevado a moderado (n = 1) Moderado (n = 2) Moderado a Baixo (n = 5)
Auto-percepção	Moderada (n = 2) Moderada a Baixa (n = 4) Baixa (n = 1)	Elevada a moderada (n = 1) Moderada (n = 3) Moderada a baixa (n = 2) Baixa (n = 2)
Percepção do Objecto	Moderada (n = 2) Baixa (n = 4) Desintegrada (n = 1)	Elevada a moderada (n = 1) Moderada (n = 2) Moderada a baixa (n = 3) Baixa (n = 2)
Auto-regulação	Moderada a baixa (n = 3) Baixa (n = 4)	Moderada (n = 3) Moderada a baixa (n = 4) Baixa (n = 1)
Regulação da relação objectal	Moderada a Baixa (n = 1) Baixa (n = 6)	Moderada (n = 2) Moderada a Baixa (n = 3) Baixa (n = 3)
Comunicação interna	Moderada (n = 1) Moderada a Baixa (n = 3) Baixa (n = 2) Desintegrada (n = 1)	Moderada (n = 2) Moderada a Baixa (n = 4) Baixa (n = 2)
Comunicação com o mundo externo	Moderada a Baixa (n = 4) Baixa (n = 3)	Moderada (n = 2) Moderada a Baixa (n = 5) Baixa (n = 1)
Capacidade de vinculação a objectos internos	Moderada (n = 2) Moderada a Baixa (n = 2) Baixa (n = 2) Desintegrada (n = 1)	Moderada (n = 5) Moderada a Baixa (n = 3)
Capacidade de vinculação a objectos externos	Moderada a Baixa (n = 4) Baixa (n = 2) Desintegrada (n = 1)	Elevada a Moderada (n = 1) Moderada (n = 2) Moderada a Baixa (n = 3) Baixa (n = 2)

ANEXO AC – OPD-2: EIXO III CONFLITOS

Tabela 13

Eixo III Conflitos

Dois Conflitos Principais	Grupo 1 (n = 8)	Grupo 2 (n = 7)
3. Necessidade de ser Cuidado vs Autosuficiência (n = 14)	Predominantemente Ativo – 1, 5, 12 Misto mas Ativo – 13 Misto mas Passivo – 2, 6, 7 Predominantemente Passivo – 11	Misto mas Ativo – 15, 10 Misto mas Passivo – 3, 9, 8 Predominantemente Passivo – 4
1. Individuação vs Dependência (n = 9)	Predominantemente Ativo – 1 Misto mas Ativo – 5 Predominantemente Passivo – 2, 7, 11, 13	Predominantemente Ativo – 15 Misto mas Ativo – 4 Predominantemente Passivo – 9
4. Conflito de Auto-estima (n = 5)	Misto mas Ativo – 12 Predominantemente Passivo – 11	Predominantemente Ativo – 10 Misto mas Ativo – 4 Misto mas Passivo – 8
6. Conflito Edipiano (n = 3)	Misto mas Ativo –	Misto mas Ativo – 3, 8, 10
7. Identidade (n = 1)	Predominantemente Ativo –	Misto mas Ativo – 4
2. Submissão vs Controlo (n = 1)	Predominantemente Ativo – 6	Predominantemente Ativo -

ANEXO AD – ANÁLISE DE CASOS

Grupo 2 com índices elevados de exaustão emocional (n = 8)

Caso Sr.^a I.

A Sr.^a I. é entrevistada no seguimento de preencher os critérios de índices elevados de exaustão emocional, o que indicia a probabilidade de desenvolver um quadro de Burnout. As suas queixas estão mais associadas ao cansaço emocional do que propriamente físico.

Dados biográficos

A Sr.^a I. é uma mulher de 43 anos caucasiana, divorciada, reside com dois filhos, um rapaz e uma rapariga, de 10 anos, respectivamente.

Provem de uma família tradicional, sendo a segunda de três filhos, um rapaz e uma irmã mais nova. Descreve a sua educação como rígida e conservadora, não tendo a possibilidade de sair à noite. Aos 15 anos de idade começa a trabalhar numa fábrica, na sequência de querer deixar de estudar, tendo o seu pai imposto que fosse trabalhar. Relata que todo o dinheiro que recebia tinha de o entregar para a casa *“...tudo o que ganhava era entregue na casa dos meus pais, nunca tive a liberdade de ficar com dinheiro, ... nunca fui menina de sair à noite, o meu pai nunca permitiu ...”*.

Foi casada com um homem mais 22 anos mais velho, durante 21 anos, do qual teve dois filhos gémeos, tendo para isso de ser submetida a tratamentos de infertilidade.

Aos 19 anos fica grávida do ex-marido mas foi induzida a fazer um aborto por receio da reacção dos pais e por sugestão do marido, namorado na altura. Descreve como um dos momentos mais marcantes da sua vida, em que sentiu medo, angústia, receio de enfrentar os pais e a situação, tendo de abdicar de algo que desejava, o ser mãe. Ainda hoje se recorda do barulho que as colheres faziam durante a raspagem, quando lhe foi provocado o aborto. Ao procurar-se clarificar o porquê desta decisão, refere que ainda vivia com os seus pais, e ainda namorava com o que veio a ser seu marido. Considera que não teve tempo para pensar sobre a situação, para além da idade do seu namorado 22 anos mais velho, que já tinha uma filha e que não se mostrou muito disponível para assumir esta gravidez. Anos mais tarde veio a culpabilizar o ex-marido, por lhe ter retirado aquilo que mais desejava ser mãe. É perceptível que não se sente uma mulher como as outras, pelo facto de não ter conseguido gerar filhos de forma espontânea. Vai proferindo várias vezes que acha que não tem capacidade para ser mãe. De modo a ser mais tolerável o que sente

atribui a causas divinas, “*Deus que não quis que tivesse aquele filho...*”, como se de um castigo se tratasse.

Contudo, ainda hoje se interroga acerca dos reais motivos que a levaram a fazer o dito aborto. Sentia um certo vazio, faltava-lhe qualquer coisa, por isso quis ser mãe. Anos mais tarde quis ser mãe, e teve de fazer tratamento de infertilidade, devido às sequelas físicas que a impossibilitam de ter filhos pela via natural.

Descreve o processo de tratamento como algo doloroso, muito ansiogénico pela ameaça constante de uma gravidez que poderia não resultar, para além do receio dos bebés nascerem prematuramente. Considera que não sabe o que é estar grávida, de não ter vivido a sua gravidez “... *eu não posso dizer que sei o que é estar grávida, o que é (...) a minha entrada no bloco e depois tive 3 obstetras, 2 pediatras, 2 anestesistas ...*”. Remete para a fantasia de ter sido uma gravidez gerada pelos médicos e não por si, como se não fosse a gravidez idealizada por ela, não imaginada, não vivida no plano simbólico.

Reforça várias vezes através do seu discurso que não é equivalente a uma gravidez normal, das suas descrições subentende-se como sentindo que todo o seu corpo estava deformado. As mudanças que o seu corpo sofreu devido à gravidez, são sentidas como algo que a recorda constantemente deste período. Ainda hoje sente que a sua barriga, nunca mais voltou a ser normal, tendo por diversas vezes falado com médicos, no sentido de fazer uma operação plástica, como se necessitasse também de apagar do seu corpo este episódio “... *não sei explicar, faz-me, não sei, faz-me impressão é como se não fosse eu, sabe, como se não fosse eu, foi uma parte do corpo que ficou ...*”.

O facto de após o nascimento dos filhos não ter sido ela a cuidar deles, mas outros “...*enquanto estive na maternidade acho que nunca tratei dos meus filhos*”, parece induzir o sentimento de uma má mãe, ou o desejo inconsciente de não ter assumido os filhos como seus. Descreve os primeiros anos de vida dos filhos como problemáticos devido a complicações de saúde das crianças.

Observação

O discurso da participante é pouco fluente, na medida em que por vezes não se torna perceptível o que sente, em relação a certas situações particularmente em que é evidente uma maior tensão emocional. O seu discurso é pouco objectivo, remetendo para uma atitude mais defensiva.

Análise OPD-2

Eixo I – Vivências e pré-requisito para o tratamento

A entrevistada apresenta sintomas relevantes mais do foro mental e emocional, do que físico, o que se traduz numa moderada gravidade dos sintomas (1.1). Todas as suas queixas remetem para a exaustão emocional, referindo várias vezes que se sente estar a chegar ao seu limite, não conseguindo dar mais de si.

As descrições que faz do seu trabalho, bem como da forma como vivencia a sua relação com a sua família de origem e filhos, indicia a existência de um moderado a elevado sofrimento subjectivo (3.1). As suas queixas são mais do foro psicológico (3.3). Embora também seja evidenciado a existência de queixas sociais (3.4), moderado a elevado, particularmente na atribuição do seu estado de esgotamento aos conflitos existentes com colegas de trabalho, assim como decorrente das tensões existentes com a sua irmã. Deste modo verifica-se que a sua concepção de doença parece estar mais associada a aspectos que atribui como psicológicos, dado que se centra mais nas dificuldades de ser aceite e integrada pela sua família. A entrevistada já se encontra a fazer um processo psicoterapêutico, o que é concordante com o desejo de um tipo de tratamento mais psicológico (5.2). Apesar das queixas existentes a participante revela a existência de moderados recursos pessoais para fazer face ao seu estado, na medida em que consegue desempenhar várias atividades da sua vida. Apesar de dispor de pessoas, a quem poderá recorrer quando necessita, proporcionado apoio emocional e instrumental, como é o caso da sua chefe, ex-marido e amigos, verifica-se que a I. não faz uso dessa sua rede, para lidar com os seus problemas, procurando muitas das vezes fazê-lo sozinha.

A Sr.^a I. apresenta resistências internas à mudança (7.2) consideráveis, decorrentes dos seus conflitos intrapsíquicos necessidade de ser cuidada vs autossuficiência e individuação vs dependência. No entanto, face à sua fraca capacidade de regulação interna e tolerância ao stress poderá afectar a sua capacidade de se envolver num processo terapêutico a longo prazo. Embora, a Sr.^a I. consiga, de forma diferenciada, enunciar alguns eventos intrapsíquicos, revela uma demarcada incapacidade para estabelecer conexão entre os seus próprios problemas e os seus sintomas, daí que revele uma capacidade introspectiva (6.P1) moderada. Por outro lado, torna-se perceptível que apesar das tensões provocadas pelos problemas com que se depara, obtém ganhos secundários (7.P1), com a manutenção dos mesmos, na medida em que consegue obter uma pensão de alimentos do pai dos seus filhos que lhe permite colmatar algumas das suas dificuldades, até mesmo a nível dos relacionamentos.

Relações interpessoais

Questionada acerca da imagem que os outros pensam ter dela, refere que *“...se calhar que tenho a mania, que sou esperta, provavelmente, não sei ... arrogante, insolente ...”*.

A descrição que faz da imagem que outros têm de si, confunde-se com a imagem que tem dela própria *“...que sou brincalhona, bem-disposta, que sou querida ... e sou amiga do meu amigo, sou ... eu tiro de mim para dar ...”*. No entanto descreve-se como alguém *“... minhoquinhas, eu sou assim, mas sou cheia de manias, passo os meus pratos por água, os meus copos por água ...”* Revela uma necessidade excessiva de ter tudo muito controlado, sendo que para isso recorre a uma série de rituais que remetem para a necessidade de ordem, de ter tudo limpo, não tolerando a sujidade *“Eu tenho a paranoia dos sacos do lixo, eu detesto ver o lixo nos sacos Sim detesto ver roupa para lavar, detesto essas coisas todas ...”*

Por outro lado, é notória a sua dificuldade em precisar o que os outros pensam dela, sendo as suas descrições uma projeção do que ela própria sente.

A descrição que faz da sua relação com o seu ex-marido, parece mais uma descrição relação pai filha do que propriamente uma relação adulta entre marido e mulher. Ela própria refere *“...ele era meu pai, meu amigo, meu marido ...”*, *“... ele educou-me sabe, ele educou-me, tudo aquilo que sei aprendi com ele, a postura à mesa, o falar, ...”*. Foi alguém que a incentivou a procurar o melhor para ela, nomeadamente ao nível dos estudos, no entanto ela adoptou sempre um comportamento de recusar e contrariar todas as sugestões dadas pelo ex-marido, como se de uma adolescente se tratasse. Descreve ainda que ele sempre acedeu aos seus devaneios, nunca a contrariando, mesmo por vezes sendo contra à opinião dela. Como forma de desafiar o ex-marido e as pessoas da aldeia decide durante 2 meses ir trabalhar como caixeira num casino, facto que não era bem visto pelo facto de ser casada com alguém diferenciado e com uma posição de destaque na aldeia.

A sua identidade confunde-se com a descrição que faz dos outros. Por vezes revela um comportamento de superioridade face aos outros, que deixa implícito um certo sentimento de inferioridade, ou de não se sentir bem aceite pelos outros.

A descrição que os filhos fazem dela, falta de tempo para eles, parece confundir-se com as suas queixas em relação aos outros, também ela sente que não tem o tempo necessário para ela. Denota-se alguma dificuldade em assumir o papel de mãe, vê-se mais como amiga, no entanto procura corresponder às orientações dadas pela psicóloga dos filhos, embora seja perceptível que o discurso que adopta é mais de acordo com o que é expectável do que propriamente como algo com que se identifique.

A descrição que faz da filha é a de alguém que se identifica com ela, que faz tudo para a agradar. Considera que a filha não quer errar, por recear a reacção da mãe.

Eixo III – Conflitos

Ao proceder-se à análise da entrevista observa-se que o conflito principal que sobressai é a Necessidade de ser cuidado vs Autossuficiência, predominantemente ativo, que se caracteriza pela autossuficiência, a falta de exigência e modéstia, quando a formação das relações está em causa. É um comportamento que pode ser descrito como uma “atitude altruísta de base”, como é apreendido pelas verbalizações da participante acerca da forma como descreve a sua atitude para com os utentes da instituição onde trabalha ou até para com os amigos e familiares, referindo por diversas vezes, “ *... que só não dá aos outros aquilo que não pode ...*”. Para além disso, esta atitude altruísta também é expressa pela sua dificuldade em distanciar-se do trabalho “ *... depois chego a casa e começo a pensar o que podia ter feito mais, o que é que não fiz (...)*.” Poderá então considerar-se que esta não exigência, a atitude básica de cuidados, remete de uma forma inconsciente para um desejo de obter cuidado e segurança. Os afetos direccionam-se para o se preocupar com os outros, estando presente sentimentos latentes de depressão. A investigadora refletindo sobre a sua contratransferência é capaz de perceber a existência de sentimentos e tristeza, assim como a saudade da Sr.^a I. de ser cuidada. Observa-se a existência de sentimentos de inveja, quer manifestos pelas descrições que faz da irmã mais nova e sua relação privilegiada com a sua mãe, bem como reproduzindo esta trama familiar no contexto profissional, entre as colegas e a sua chefe. No que se refere ao relacionamento que estabelece com a sua chefe, ao longo da entrevista vai referindo a existência de uma boa relação, alguém que admira e que respeita, ao contrário do que evidencia ao falar de outras colegas ou outras técnicas da instituição. Todavia, subentende-se ambivalência face à chefe quando esta não demonstra muita disponibilidade para ela, ou que ela percebe como sendo preterida face aos outros (colegas). Por outro lado, verifica-se que carece de sentir-se apoiada pela sua chefe “ *...elas acham que ... eu sou muito amiga de ir ao gabinete, de ir fazer queixinhas ... eu vou lá muitas vezes para desabafar com ela, sobre coisas minhas ... problemas meus (...) alguém ser mais atencioso connosco ... elas não gostam, não aceitam ...*”.

Embora tenha saído de casa dos pais cedo, para casar, o que nos remete pela sua luta pela própria autossuficiência, não deixa de sentir que está muito ligada aos seus pais, considerando que o seu insucesso nas relações com os homens se deve em parte à mãe e irmã, na medida em que precisam que ela esteja disponível para

elas “...elas não gostam, elas gostam que eu esteja disponível para elas e que o carro fique à porta de casa para elas, ora se eu tiver uma pessoa na minha vida, é óbvio que não estou tão disponível (...) elas não gostam que eu tenha alguém na minha vida percebe (...)”. Para além disso, observa-se um padrão de fraca adaptação a novas situações, evidenciado através dos relatos da participante relativamente ao ter ido viver para uma cidade mais pequena, que descreve que era muito parada, longe da sua família, suscitando algum sentimento de desamparo.

Na sua vida profissional, as suas descrições remetem para uma colaboradora insubstituível, abnegada, que não poupa nos esforços, sendo que por vezes abdica das suas folgas para auxiliar particularmente a sua chefe na gestão da equipa. Revela um investimento excessivo no seu trabalho, adoptando uma postura crítica face às suas colegas “... e depois sinto que nem todas as pessoas querem, ou estão dispostas, ou não conseguem fazer se calhar aquilo que eu faço, sabe ...”, “...tenho pena de não poder chegar mais longe, não poder estar mais presente e então tenho dias em que sinto-me desmotivada ...”.

A sexualidade parece ser vivida de forma funcional, mas não sendo considerada como um meio de afectividade e intimidade “... se me apetecer tenho, senão me apetece não tenho ...”. Poderá subentender-se como se secretamente houvesse a possibilidade de experimentar o cuidado e segurança, que não é verbalizado.

Porém depreende-se a existência de um segundo conflito mais evidenciado a Individualização vs Dependência, que é manifesto pelas verbalizações da participante, quando afirma uma grande necessidade de independência face aos outros, sempre trabalhou, nunca se sentiu dependente do marido, no entanto sempre teve empregadas para auxiliarem nas atividades domésticas e posteriormente com os filhos. Ainda que as suas queixas remetam para um sentimento de desamparo, de se sentir só, enquanto esteve com o seu ex-marido, contudo vai procurando dar uma imagem de alguém muito independente que parece não necessitar dos outros “...eu não procuro ninguém ...”.

Eixo IV – Estrutura

A Sr.^a I. no decorrer da entrevista deixa transparecer a existência de dificuldades na interação com as colegas, considerando não haver ligação entre elas, por diversas vezes deixa transparecer a falta de reciprocidade ou entreatajuda entre colegas. Vai tecendo queixas na relação que estabelece com os outros, por serem pouco disponíveis para ela, não colaborarem, nem a auxiliarem na execução de certas

tarefas ou até mesmo na resolução de problemas. Denota-se um sentimento de não ser compreendida.

Demonstra dificuldade em lidar com a crítica e rejeição do outro, por isso demite-se de desempenhar certos papéis como forma de não ser confrontada com esta rejeição. Vai verbalizando que lhe dói muito quando os seus filhos reagem quando os coloca de castigo “...quando eu a tenho de castigar, a minha filha diz que nesse momento eu deixo de ser mãe, sabe, custa muito ...”.

Através das suas descrições vai-se tornando evidente que é uma pessoa que evita o confronto, mais concretamente evita lidar com o conflito “...se eu disser alguma coisa, sou má colega, não sei trabalhar em equipa, então pronto ...”, “...como e calo.”

Revela dificuldade em precisar o que os outros pensam dela, sendo as suas descrições uma projeção do que ela própria sente “...que sou brincalhona, bem-disposta, que sou querida ... e sou amiga do meu amigo, sou ... eu tiro de mim para dar ...”. No entanto descreve-se como alguém “... minhoquinhas, eu sou assim, mas sou cheia de manias, passo os meus pratos por água, os meus copos por água ...”

Ao descrever o seu marido denota-se alguma confusão de papéis, “...o Z. sempre me deu tudo, foi um pai, um amigo, ele sempre me deu tudo ...”, “... sempre me deu tudo, sabe, ... tudo, eu nunca soube o que era ter uma conta para pagar, nunca ...”. Contudo subentende-se nas suas verbalizações algum arrependimento face ao divórcio “...hoje sinto a falta dele, sabe ...”.

Como é expresso pela participante ao falar acerca do seu divórcio. Atribui o falhanço das suas relações, ex-marido, ex-namorado, à sua família, mais em concreto à sua mãe e irmã “...elas não gostam, elas gostam que eu esteja disponível para elas e que o carro fique à porta de casa para elas, ora se eu tiver uma pessoa na minha vida, é óbvio que não estou tão disponível (...) elas não gostam que eu tenha alguém na minha vida percebe (...) já com o meu ex-marido era igual (...) eu separei-me do pai dos meus filhos em parte por causa da minha irmã ...” Decide pedir o divórcio por não tolerar viver com alguém que pudesse vir a não ter confiança nela, apesar de referir que nunca traiu o marido como era proferido pela sua irmã.

O discurso da participante é pouco fluente, na medida em que por vezes não se torna perceptível, para a investigadora, o que sente, em relação a certas situações particularmente em que é evidente uma maior tensão emocional.

Grupo 1 com critérios de Burnout (n = 7)

Caso Sr.^a P.

A Sr.^a P. é entrevista no seguimento de apresentar elevada exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal, o que corresponde ao

critério de Burnout, que fora avaliado intermédio do Maslach Burnout Inventory – HSS. As queixas manifestamente são tanto do domínio emocional como físico.

Dados Biográficos

A Sr.^a P. é uma mulher com 33 anos, solteira, que reside sozinha com uma filha de quatro anos.

É uma mulher de aparência jovem, de baixa estatura, pele morena, a idade aparente corresponde à sua idade real. Revela um aspeto cuidado e veste-se de forma concordante com a sua idade.

A forma como descreve a sua história infantil é feita como se de um conto de fadas se tratasse, “ ... *filha de um casal apaixonado e viajávamos pelo país todo de carro, e era uma coisa muito bonita e muito feliz ...*”. Porém torna-se uma história “madrasta”, quando ocorre o divórcio dos pais, em que sente que também eles se divorciam dela. Na sua descrição observa-se o isolamento do afeto, recorre à ironia, como forma de ser mais tolerável o que é percebido como um momento doloroso da sua vida. Refere que o divórcio decorre por decisão da sua mãe, na medida em que decidiu não tolerar mais as relações extraconjugais do pai. Embora procure entender as motivações da mãe, subentende-se que ainda a culpabiliza pelo fato de o seu pai se ter afastado dela, que era a menina do papá. Aliás, realça que sofreu muito com a separação dos pais, não só pelo afastamento físico do seu pai, na sequência de ter ido viver para um meio mais pequeno, mas também as mudanças que daí decorreram. Devido ao fato de a sua mãe ter ficado sozinha com ela, necessitou de trabalhar de manhã à noite, com o intuito de lhe proporcionar uma vida melhor. No entanto, considera que cresceu sozinha, dado que a mãe parecia não ter tempo para ela, pois estava sempre a trabalhar, sentindo que por vezes era compensada pela ausência da mesma, através de bens materiais. Este período da sua vida é referido como sendo muito angustiante, dado que não se sentiu minimamente integrada no sítio onde passou a residir. Para além disso, sentiu-se discriminada em virtude de ser considerada má influência para os jovens da aldeia, por ser filha de pais separados. Não se sentiu aceite por quem era, tendo de anular muito da sua essência para se adequar aos hábitos da terra, até a roupa que vestia na cidade, teve de deixar de vestir. Considera que no seguimento destes acontecimentos, o seu rendimento escolar diminuiu, embora só mais tarde tenha vindo a chumbar. Nesta localidade, com 12 anos passa por um episódio dantesco, na medida em que é alvo de calúnias, no sentido de lhe ser atribuída uma relação erotizada com uma das suas professoras. Na sequência deste episódio refere que se tornou mais agressiva e como classifica ainda mais revoltada com tudo o que lhe sucedeu, tendo na sequência tornando-se o que ela

designa delinquente, com comportamentos aditivos (bebida e tabaco), no entanto considera que anos mais tarde, a sua revolta a fez apostar mais nela. Passado estes anos todos, ainda é visível na expressão da entrevistada a dureza emocional com que foi vivenciada esta situação. Refere que sentiu que a sua mãe em todo o processo na altura não a protegeu, ficando ela muito sozinha com todos estes sentimentos.

Menciona que reconhece que a mãe não tinha tempo para ela, dado que estava mais centrada em construir a casa dos sonhos dela, que como filha única seria posteriormente para ela, realça que sente que a mãe tentava mais corresponder aos padrões da sociedade, do que às suas próprias necessidades. No entanto considera-se uma má filha por desvalorizar aquilo que a mãe com tanto esforço tentou construir.

Três anos mais tarde volta a mudar toda a sua vida, decide que quer voltar para a cidade, tendo feito um ultimato à sua mãe “... *vou voltar para Lion, contigo ou sem ti ...*”. Volta a ser inscrita numa escola com a qual não se identifica, por ser muito diferente de todos os adolescentes, “... *com meninos que nunca tinham tido problemas na vida, e que tinham tudo e mais alguma coisa ...*”. Refere que foi mais uma tentativa frustrada da sua mãe, em tentar criar a filha de acordo com os padrões que idealizava, mas ao qual ela não conseguia corresponder. Desinveste na escola, tendo nesse ano chumbado. Posteriormente decide deixar de estudar e sair de casa, tendo começado a trabalhar numa fábrica, tendo novamente de mudar para uma cidade mais pequena, junto de familiares, mas uma cidade com muitos artistas tendo-se sentido mais integrada. Na altura conhece um rapaz, mais velho que ela, que andava na Universidade e que a fez pensar no seu futuro. É então que decide novamente voltar para Lion, para estudar. Falsifica a assinatura da mãe para poder entrar na escola que desejava, a mãe ao aperceber-se do sucedido diz-lhe “... *tu nunca vais ter sucesso na vida.*” A partir daí nunca mais deixou de estudar tendo concluído o ensino posterior e ambicionando fazer estudos pós-graduados.

Questionada acerca do papel do seu pai em todo este seu percurso, refere que esteve sempre alheio a tudo isto, somente tentando a aproximação dela, a quando da sua gravidez, altura em que regressa ao país de origem na sequência de uma gravidez de risco.

Tem uma irmã que resulta de uma segunda relação do seu pai, com quem não tem contacto “...*da parte do meu pai tenho uma irmã, com menos 16 anos, mas pronto também é pouco relevante isso, nunca convivi com ela, portanto é como se tivesse sido sempre filha única...*”

Demonstra dificuldade em definir a relação que tem com algum dos homens que passaram na sua vida, nomeadamente o rapaz na aldeia de artistas, que oscila entre namorado com que não tinha uma ligação emocional, “... *não era o tipo de*

relação que as pessoas tivessem tempo, eu para ele, ele para mim não ...” e uma pessoa de referência.

Considera que pelo fato de ter andado de terra em terra, se foi desenraizando, não tendo criado laços afectivos com muitas pessoas. Aliás, refere que “... *eu tenho muito poucos amigos de longa data, tenho talvez 2, no máximo, sendo que um deve ser para aí desde os 17 para cá, que é uma grande amiga minha e a outra vai desde os 19...*”. Desde que voltou a viver na cidade, onde reside atualmente é que sente que está a tentar novamente criar raízes, porque até então tem estado sempre muito sozinha “...*dá assim às vezes uma sensação de vazio muito grande, e pronto, fui sempre fazendo sozinha ...*”.

No decorrer da entrevista recorda o relacionamento amoroso que teve durante nove anos, o qual descreve como uma experiência que iniciou de uma forma agradável, mas após ter saído de casa da mãe e ir ter vivido com o namorado tudo se transformou. Descreve a relação como tendo o namorado se tornado possessivo, em que ela não podia ter amigos homens, sob pena de ele a perseguir. Refere que ele se tornou muito violento, havendo momentos em que lhe batia. Começou a teme-lo devido às ameaças que fazia em relação mãe dela. Por diversas vezes tentou a separação mas nunca foi bem-sucedida, descrevendo as tentativas como uma “dor de cabeça”. A forma que teve de sair desta relação foi ter aceiteado um emprego fora do País, tendo-o deixado com todos os bens que eram dela. Viveu com este segredo durante vários anos, por ter vergonha e por assumir para si própria que conseguiria aguentar, no entanto no último ano em que viveu com ele, chegou a abordar ao de leve a situação com algumas pessoas, que lhe sugeriram ser acompanhada do ponto de vista da psicologia. No entanto, nunca o chegou a fazer tendo optado por ir embora. Num das viagens que faz de férias, tenta por um ponto final nesta relação, que descreve como um episódio digno de um filme com perseguição automóvel, ter sido levada para casa de familiares dele e perante as suas ameaças de que senão a deixassem ir embora poria fim à sua vida, é que conseguiu terminar a relação. Após toda este cenário nunca mais o voltou a ver. Quando começa a descrever a situação fá-lo com espanto pelo fato de não se recordar desta fase da sua vida, tendo o feito no seguimento da questão que lhe fora colocada. No entanto, vai referindo várias vezes que a situação está bem resolvida, como se procurasse tranquilizar-se a ela própria.

Sente que o seu trabalho interfere na sua vida pessoal, nomeadamente em não ter tanta disponibilidade para ouvir o outro ou para estar com o outro, nomeadamente ter paciência para a sua filha, tendo mesmo chegado a interrogar-se, se foi uma boa opção ser mãe. “...*já atendi tantos telefonemas e já ouvi tantos problemas que quando um familiar me diz “Ah estou aqui preocupada ...” e eu digo logo “Desculpa, mas eu*

não estou com tempo”; “...eu já assim senti que este cansaço todo, que já estava a ter influência na minha relação com ... familiar, com a criança, não tendo mesmo paciência de todo para ela, equacionando até que se calhar foi uma opção muito má ter decidido ser mãe, e::: pronto isso foi assim ... é das fragilidades mais recentemente diagnosticada, ...”.

Ao se procurar clarificar uma das fragilidades identificadas pela entrevistada, em concreto a má decisão de ser mãe, transmite que na realidade nunca desejou ser mãe, no entanto ao perceber que as suas amigas mais velhas conseguiam ter carreiras de sucesso e em simultâneo serem mães, começou a fantasiar e a construir essa ideia na sua cabeça, tendo-se imaginado mãe perto dos 40 anos. Na sequência de uma relação que descreve como estável, bastante feliz e em que se sente muito apaixonada, toma a decisão de ser mãe. Considera que tudo era favorável, até mesmo as condições económicas de que dispunha. Todavia, agora olhando para trás refere que não estava preparada para ser mãe, particularmente num contexto que percebe como desfavorável atendendo a que há certa de dois anos reside sozinha na sequência de uma ruptura na sua relação com o pai da filha. Sente-se atualmente privada de algumas das comodidades que tinha quando a sua filha nasceu. Estando implícito um sentimento de desamparo por sentir que tem de gerir tudo sozinha.

Observação

A participante apresenta uma atitude colaborante face à entrevista, embora por vezes seja notória uma certa evasão nas respostas.

Posiciona-se na cadeira de modo a estar numa posição próxima da investigadora, coloca o gravador junto dela, para que possa ser mais audível o que transmite. Mantém o contato ocular durante a entrevista.

No que se refere à expressão facial observa-se que nem sempre é concordante com o que está a verbalizar.

O discurso é elaborado, concordante com o seu grau académico, sendo que por vezes se percebe uma grande necessidade de recorrer a palavras mais elaboradas de modo a corresponder a uma imagem que procura dar, de uma pessoa diferente e com competências acima da média.

Procura dar uma boa imagem de si, ainda que por vezes sentida como não correspondendo aquilo que sente.

Revela alguma intolerância para com pessoas com baixo grau académico, pouco cultas, que considera ser provincianas.

É evidente ao longo da entrevista que se sente desenquadrada quer em relação ao País, trabalho, colegas entre outras situações.

Análise OPD-2

Eixo I – Vivências e pré-requisito para o tratamento

A Sr.^a P. é uma mulher de 33 anos, de tez morena, que é entrevistada na sequência de apresentar índices elevados de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal, o que sugere a existência de um quadro de Burnout.

Apresenta sintomas relevantes tanto a nível emocional como físico, o que contribui para uma acentuada, moderado a elevado, gravidade dos sintomas (1.1) “...desculpe-me a expressão “Me passo”, tipo ok pronto, sinto mesmo o cérebro a fazer ZZZZZZ, já não consigo pensar em nada, já não consigo ouvir nada...”; “... e depois tenho mesmo reação física, tonturas, um cansaço extremo ...”. Deste modo será de assinalar que as suas queixas não se situam apenas ao nível da exaustão emocional, mas também com tradução a nível físico.

Numa primeira instância as suas queixas aparecem associadas ao contexto profissional, o excesso de trabalho, devido à complexidade de tarefas que tem de desempenhar ao longo de um dia de trabalho, não sendo só a problemática dos utentes, mas também a dinâmica da própria organização e de gestão de equipas. Porém com o decorrer da entrevista é perceptível que o seu sofrimento subjectivo (3.1) que se situa a nível moderado a elevado, também ocorre associado a outras áreas da sua vida, nomeadamente o fato de ter ficado sozinha a criar a filha, bem como episódios da sua história de vida, que foram deixando marcas, as quais ainda hoje se fazem sentir quando relata os acontecimentos. Embora existam queixas físicas (3.2), as queixas mais acentuadas proferidas pela entrevistada são a nível psicológico (3.3), mas também ao nível de problemas sociais, verificando-se em algumas das descrições a falta de integração e adaptação às relações com os outros. A compreensão da sua doença é na sua maioria associada a factores psicológicos (4.2), assumindo a entrevistada a existência de influência de factores mentais associados às queixas por ela apresentadas. Contudo, ao nível do tipo de tratamento a que estaria mais disponível para fazer face ao seu desgaste profissional, ainda que pouco significativo atribui ao tratamento médico (5.1) e psicológico (5.2). Porém salienta que raramente vai ao médico, só em situações extremas. Um nível médio de recursos pessoais (6.1) é evidenciado na entrevistada, na medida em que apesar das queixas se mantém um estilo de vida ativo na maioria das áreas da sua vida profissional, social e familiar. Ao nível do apoio (psico)social verifica-se a existência de um fraco suporte social, a quem a entrevistada possa recorrer para receber apoio emocional e instrumental. Como vai referindo várias vezes tem de fazer tudo sozinha. Não se evidenciam impedimentos relevantes de resistência externa à mudança (7.1). Todavia

revela uma resistência interna à mudança (7.2) moderada a elevada. A Sr.^a P descreve as inter-relações entre os seus sentimentos e desejos por um lado e os sintomas por outro, o que revela uma capacidade introspectiva (6.P1) que se situa a nível moderado a elevado. Ainda que de sejam criadas tensões e mal-estar decorrente da situação que vivencia, quadro de Burnout, torna-se evidente ainda que de forma inconsciente, que a entrevistada obtém ganhos secundários (7.P1) moderados, com a manutenção do problema.

Relações interpessoais

A descrição que os outros fazem dela confunde-se com a imagem que tem de si própria. No entanto, vai salientando que é alguém extrovertido, comunicativa, boémia e mobilizadora dos outros. Contudo, para a investigadora, não se torna muito claro, quem na realidade é a Sr.^a P., na medida em que a entrevistada só parece ter existência através do seu trabalho ou da sua vida social. Pois como refere “...a minha vida está muito associada ao trabalho, mesmo, mesmo, mesmo, porque até nesses jantares quando isso acontece é porque eu estou a fazer uma reunião ...”

Descreve-se em termos profissionais como alguém que é “...bastante objetiva, e, e, apelo muito para a clareza e rigor profissional, tendo sempre em conta que nós amanhã podemos não estar e portanto, e uma das coisas que eu encontrei foi a ausência de tudo isso, ...”.

Descreve a sua relação com a sua mãe como “Tenho a minha mãe, (ri-se), que trabalha das 8 da manhã às 8 da noite, e com quem eu nunca tive uma boa relação, portanto não é assim uma pessoa que ... eu recorro, quer dizer eu recorro pra:: a minha filha, não tanto para mim, não, eu não tenho assim uma relação de afecto muito grande...”; “...a minha mãe realmente não tinha muito tempo para mim, trabalhava muito, para construir a casa, a casa dos sonhos dela...”

A relação com o seu pai é descrita como alguém que é muito importante na sua vida, de quem gosta muito e se preocupa verdadeiramente mas vai deixando claro a ele que não pode contar com ela, como se reproduzisse o que sentiu que foi o comportamento do pai com ela.

Quando questionada acerca do que imagina que as suas colegas pensam acerca de si, responde “...hum talvez até injusta, mas, mas isso é o que eu lhes digo “Lamento imenso mas é o meu trabalho, e é para isto que eu sou paga, é para gerir o serviço, não é para gerir as vossas vidas pessoais”...”

“Não, eu não favoreço ninguém, eu valorizo é quem merece ser valorizado portanto se quiser ser valorizada faça por isso” a maior parte das vezes tenho esta postura, pronto...”

A descrição que faz da relação com o seu ex-marido é de uma relação *“...estávamos numa relação muito feliz, muito linda, hum tudo q.b., etc., e o contexto da decisão de ser mãe,...”*;

Descreve a sua separação como algo que foi sentido de forma catastrófica, algo desorganizador em virtude de não ter a percepção de que algo do género poderia acontecer. Foi uma decisão do parceiro, na qual não foi envolvida, um dia chega a casa e ele não estava, durante uma semana refere que ficou sem saber o que tinha acontecido.

Atribui como causa para o seu divórcio a factores externos *“... foi por falência porque foi uma relação que acabou não necessariamente por falta de amor ou por isto ou por aquilo, foi porque já, porque o País não, é assim estávamos com tudo ah desfavorável, não havia condições nenhuma para nada,...”*.

Considera que outra das dificuldades sentidas deveu-se ao fato de ao vir para Portugal, a sua família nuclear desestruturou-se em consequência de terem perdido a qualidade de vida, em que sentia que tinham tudo, até a realização profissional de ambos, tendo-se deparado como uma realidade para a qual sente que ela e o ex-companheiro não estavam preparados. Contudo vai atribuindo a justificação da referida separação a causas externas, nomeadamente ao fato de ser um País que discrimina, que não apoia e exclui, que há semelhança do que sente que lhe é muito próprio da sua história familiar, o ser abandonada à sua sorte, desamparada e sem o apoio ou contenção de ninguém.

Eixo III – Conflitos

Da análise dos conflitos observa-se a emergência de dois principais: 3. Necessidade de ser cuidado vs autossuficiência e 1. Individuação vs Dependência.

A Sr.^a P. no desenrolar da entrevista vai deixando transparecer os esforços empreendidos da construção de uma exagerada independência emocional e existencial das suas relações interpessoais.

A Sr.^a P descreve que pelo fato de ter andado de terra em terra, se foi desenraizando, não tendo criado laços afectivos com muitas pessoas. Aliás, refere que *“... eu tenho muito poucos amigos de longa data, tenho talvez 2, no máximo, sendo que um deve ser para aí desde os 18 para cá, que é uma grande amiga minha e a outra vai desde os 22...”*. Contudo recorda, uma relação com um ex-namorado em que foi vítima de violência doméstica, mas que ocultou de toda agente pela vergonha que sentia e por assumir para si própria que conseguiria aguentar. Aliás na pré-adolescência vivencia um dos episódios que descreve como dos mais dolorosos vividos até então, que foi de ser acusada de ter uma relação mais erotizada com uma professora, numa aldeia dos subúrbios de França, tendo passado por esta fase sem o apoio de ninguém *“...que a mãe parecia não ter tempo para ela, pois estava sempre a trabalhar, ...”*; o pai que residia na cidade, esteve alheio a toda a situação, não tendo sabido do sucedido.

Todas as áreas da vida são determinadas por uma constante luta pela autonomia e independência. *“...sinto mesmo isso, sinto, bastante, um isolamento muito grande do ponto de vista de redes de suporte, ah ... não existe, simplesmente não existe (tom de voz mais sumido), tudo tem que se pagar, mas eu prefiro, eu até prefiro ter muito menos dinheiro na carteira e::: pagar para coisas que me façam feliz...”*

Aos 16 anos, decide deixar de estudar e vai trabalhar para uma fábrica, tendo sido a primeira vez que sai de casa da mãe com quem residia na altura, em virtude de ser filha de pais separados. Um ano depois regressa, tendo saído novamente de casa passado quatro anos para ir viver sozinha com o namorado, numa casa de férias da família. A relação com os seus pais é descrita como pouco afectiva, tendo mesmo considerado que após a separação dos pais, também eles se separaram dela. Até há quatro anos não mantinha contacto com o pai, tendo na sequência de ter ficado grávida uma aproximação entre os dois.

Ao ser questionada acerca de como se descreveria refere que a sua satisfação pessoal, a sua autoestima e concretização obtém-na por intermédio do trabalho. Daí

que verbalize que a sua satisfação e gratificação a nível pessoal advém do trabalho que realiza.

Depreende-se das suas verbalizações que a sua satisfação com a vida, se vê pela capacidade de estar integrada socialmente. Demonstrando que para a entrevistada o sentimento de pertença é muito importante.

A perda de energia parece ser vivenciada como uma ameaça. As necessidades e limitações físicas são ignoradas, havendo mesmo uma certa negligência consigo própria, dado que a aceitação das mesmas poderá ser entendida como ficando dependente de terceiros ou um ataque à sua independência e autonomia. Daí que refira que raramente recorre a médicos, apenas o faz em situação de extremo, ou por necessitar de baixa. Contudo revela ser uma paciente que não segue as recomendações e prescrições sugeridas pelo seu médico *“...não recorro a médicos, raramente, só para pedir os papéis da baixa porque foi estas duas situações, a primeira vez foi em Abril de 2000, o médico deu-me 5 dias de baixa e depois mandou-me fazer umas análises, ...”*; *“Então mas onde é que estão as análises?”*; *“Olhe esqueci-me do papel”, claro que estava a mentir nem sequer as fiz, e agora mandou-me fazer análises e eu também não fui fazer, e não tomo medicamentos, mesmo ...*”; *“...se calhar estou a ser um bocadinho negligente comigo, mas não tenho muita:: não sei, não tenho muita paciência pra, pra médicos, para exames de rotina ...”*

Ao nível do conflito Necessidade de ser Cuidado vs autossuficiência

Na vida profissional revela ser uma colaboradora, que vivencia com intensidade o seu trabalho, sendo perceptível por vezes que se considera alguém abnegado, com pouca tolerância ao ritmo dos outros, na medida em que descreve, ter alguma dificuldade em trabalhar devagar. Portanto revela um investimento excessivo no seu trabalho.

Eixo IV – Estrutura

O nível de integração estrutural situa-se ao nível do moderado a baixo.

A descrição que os outros fazem dela confunde-se com a imagem que tem de si própria. No entanto, vai salientando que é alguém extrovertido, comunicativa, boémia e mobilizadora dos outros. Contudo, para a investigadora, não se torna muito claro, quem na realidade é a Sr.^a P., na medida em que a entrevistada só parece ter existência através do seu trabalho ou da sua vida social. Pois como refere *“...a minha vida está muito associada ao trabalho, mesmo, mesmo, mesmo, porque até nesses jantares quando isso acontece é porque eu estou a fazer uma reunião ...”*

“...sou de bater com o pulso na mesa, ... pronto são coisas assim deste tipo, se for coisas do foro pessoal até relações como com o pai da minha filha, já não me chateava por nada assim, aliás eu digo muito às pessoas “Cuidado alimentem as relações ah não se chateiem por coisas parvas” ah eu acho que nessa parte eu sou muito ponderada, e é fácil conviver-se comigo (ri-se), ...”.

Demonstra ser uma pessoa extremamente exigente consigo própria, procurando testar sempre os seus limites, pois o não conseguir ou o assumir como não conseguindo dar mais de si, é entendido pela participante como uma falha intolerável. Contudo, salienta que já consegue reconhecer as suas limitações, sem que seja sentido como destrutivo ou simplesmente como refere uma desistência *“...também já aprendi a dizer que já, não estou a conseguir, foi uma coisa que eu não, não tinha bem essa percepção, até ter chegado aqui e ter-me vido confrontada com algumas coisas que eu não gostava mesmo nada, nada de estar a fazer, e depois vi e pensei “Final eu vou mesmo ter que assumir que não estou a conseguir”, até quando meti a 1ª baixa, e estive agora de baixa em Dezembro duas semanas ...”; “... eu em Novembro entrei mesmo num processo de “Não consigo, não estou a conseguir já”, hum e em Dezembro disse mesmo “Já não estou mesmo a aguentar, eu vou mesmo que ter que ir para casa ...”.*

Menciona que reconhece que a mãe não tinha tempo para ela, dado que estava mais centrada em construir a casa dos sonhos dela, que como filha única seria posteriormente para ela, realça que sente que a mãe tentava mais corresponder aos padrões da sociedade, do que às suas próprias necessidades. No entanto considera-se uma má filha por desvalorizar aquilo que a mãe com tanto esforço tentou construir.

Por diversas vezes tentou a separação, do namorado que teve entre a adolescência e a fase adulta, mas nunca foi bem-sucedida, descrevendo as tentativas como uma “dor de cabeça”. A forma que teve de sair desta relação foi ter aceiteado um emprego fora do País, tendo-o deixado com todos os bens que eram dela. Viveu com este segredo durante vários anos, por ter vergonha e por assumir para si própria que conseguiria aguentar, no entanto no último ano em que viveu com ele, chegou a abordar ao de leve a situação com algumas pessoas, que lhe sugeriram ser acompanhada do ponto de vista da psicologia. No entanto, nunca o chegou a fazer tendo optado por ir embora.

Demonstra dificuldade em definir a relação que tem com algum dos homens que passaram na sua vida, nomeadamente o rapaz na aldeia de artistas, que oscila entre namorado com que não tinha uma ligação emocional, *“... não era o tipo de relação que as pessoas tivessem tempo, eu para ele, ele para mim não ...”* e uma pessoa de referência.

Descreve a sua separação do pai da filha como algo que foi sentido de forma catastrófica, algo desorganizador em virtude de não ter a percepção de que algo do género poderia acontecer. Foi uma decisão do parceiro, na qual não foi envolvida, um dia chega a casa e ele não estava, durante uma semana refere que ficou sem saber o que tinha acontecido.

O pai da filha emigrou, mas nunca falaram na hipótese de irem juntos atendendo a que a entrevistada apesar de tecer várias críticas ao seu País de origem, não se vê a emigrar para outro país da Europa, na medida em que sente que são sociedades mais estruturadas, onde sente que com o seu trabalho não faria a diferença, ou não seria reconhecida pelo trabalho que desenvolve, como verbaliza “... *a quantidade de pessoas que, que, já se dirigem a mim ou que se lembram de mim, como alguém que lhes ajudou e marcou ...*”; “... as assistentes sociais só são precisas para trabalhar no caos ...”. Por outro lado, deixa transparecer que desiste quando não vão ao encontro do que pretende ou das suas expectativas.

Contudo associa à necessidade de fazer a diferença ao fato de não gostar de trabalhar com a terceira idade, na medida em que sente a existência de pessoas com muitas resistências ao que propõe, sentindo que não consegue fazer nada para rever as situações com que se depara.

“...eu digo assim “Mas isso é porque eu sou bastante sensível com o outro, independentemente da idade que a pessoa tenha”, pronto, portanto não é que não goste da terceira idade, eu tenho o afeto que tenho que ter, ou o desafeto que não tenho que ter, não é isso que interessa, a questão aqui é que do ponto de vista profissional, a mim não me estimula, não me estimula nada, nada, e eu às vezes hum eu sei sempre dar uma palavra amiga, mas a maior parte das vezes eu puxo muito as pessoas à razão ...”

Apesar de não gostar da área em que trabalha, sente que a entidade patronal não deve ser prejudicada. No entanto, vai reafirmando por diversas vezes que “... *eu consigo enganar muito bem as pessoas, as pessoas acham que eu gosto mesmo disto assim de coração, (ri-se), ... por acaso tem sido mais uma competência que eu tenho desenvolvido muito bem ...*”

Começa por salientar que gradualmente vai tendo um autoconhecimento maior, conseguindo identificar algumas das suas fragilidades, no entanto vai procurando arranjar estratégias para não pensar e não se deprimir.

Acede ao que ao que lhe é devolvido pela investigadora, no entanto apenas assimila e não desenvolve, não criando as associações necessárias.



Contactos:

Universidade de Évora

Instituto de Investigação e Formação Avançada - IIFA

Palácio do Vimioso | Largo Marquês de Marialva, Apart. 94

7002-554 Évora | Portugal

Tel: (+351) 266 706 581