



Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

**Burnout, saúde e características da vida profissional dos
psicomotricistas portugueses: um estudo transversal
quantitativo**

Salomé Palmeiro de Azevedo

Orientador(es) | Gabriela Almeida
Maria João Carapeto

Évora 2024



Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

**Burnout, saúde e características da vida profissional dos
psicomotricistas portugueses: um estudo transversal
quantitativo**

Salomé Palmeiro de Azevedo

Orientador(es) | Gabriela Almeida
Maria João Carapeto

Évora 2024



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano:

Presidente | Ana Rita Matias (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Morais (Universidade de Évora) (Arguente)
Gabriela Almeida (Universidade de Évora) (Orientador)

Agradecimentos

Este foi um trabalho cheio de desafios, do início ao fim, que me pôs à prova em diversos momentos e de diversas formas. Tive a sorte de, durante este percurso, ter tido ao meu lado pessoas que tornaram estes meses mais leves e prazerosos.

Em primeiro lugar, o meu sincero e enorme agradecimento à Professora Doutora Gabriela Almeida e à Professora Doutora Maria João Carapeto por me terem acompanhado desde o início, me terem apoiado sempre e incentivado a nunca desistir e por me terem dado o espaço e tempo que precisava para que conseguisse continuar. As palavras, as horas de trabalho e o cuidado que sempre tiveram ficará para sempre na minha memória.

Agradeço muito, sabendo que todo o agradecimento nunca será suficiente, ao Ruben. Pelo amor, a amizade, a presença, a paciência, o apoio incondicional e incansável. Por tudo, obrigada.

Agradeço também à minha família. Em especial os meus irmãos que, cada um à sua maneira, me inspiram a ser melhor e a seguir em frente quando nem sempre há forças para continuar. À minha mãe por ter acreditado sempre em mim. E ao meu avô, que será sempre um pai-casa.

Por fim, agradeço aos amigos que durante todo este tempo me fizeram viver momentos felizes. À Mafalda, à Margarida, ao Eduardo, ao Pôla e ao Luís.

Foi uma boa aventura.

***Burnout*, saúde e características da vida profissional dos psicometricistas portugueses: um estudo transversal quantitativo**

Resumo

O *burnout* é uma síndrome psicológica caracterizada por respostas a stressores laborais e os seus sintomas formam três dimensões principais: Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal. Verifica-se uma maior ocorrência de sintomas de *burnout* em profissionais de saúde devido às exigências profissionais a que são sujeitos diariamente.

O presente estudo, que surgiu no seguimento da falta de investigação sobre o *burnout* em psicometricistas portugueses, pretende analisar os níveis de *burnout* nestes profissionais, caracterizar a sua saúde física e mental e, por fim, analisar a relação entre as variáveis dos psicometricistas e o *burnout*. Trata-se de um estudo quantitativo transversal cuja amostra é composta por 70 psicometricistas portugueses, cujos dados foram recolhidos através do Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey, do General Health Questionnaire, de um questionário sociodemográfico e um questionário sobre as práticas profissionais.

Os resultados obtidos mostram uma predominância do nível “alto” de *burnout* em todas as dimensões. Verificou-se ainda relações com os anos de serviço, o tipo de vínculo laboral, a quantidade de domínios em que intervém e a presença de níveis baixos de saúde. Contrariamente ao esperado, não se encontraram correlações entre a presença de apoios à prática profissional e os níveis de *burnout* e saúde.

Palavras-chave: *burnout*; psicometricistas; Portugal; saúde geral; saúde mental

Burnout, health and characteristics of the professional life of Portuguese psychomotor therapists: a quantitative cross-sectional study

Abstract

Burnout is a psychological syndrome characterized by responses to work related stressors and its symptoms form three main dimensions: Emotional Exhaustion, Depersonalization and Personal Accomplishment. There is a greater occurrence of *burnout* symptoms in healthcare professionals due to the professional demands to which they are daily subjected.

The present study emerged from the lack of research on *burnout* in Portuguese psychomotor therapists and aims to analyze the levels of *burnout* in these professionals, characterize their physical and mental health and their professional practices and, finally, examine the relationship between all their variables and *burnout*. This is a cross-sectional quantitative study whose sample is composed of 70 Portuguese psychomotor therapists, whose data was collected through the Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey, the General Health Questionnaire, a sociodemographic questionnaire, and a questionnaire on professional practices.

The results show a predominance of the “high” level of *burnout* in all dimensions. Relationships were also found between years of service, the type of employment relationship, the number of areas in which it operates and the presence of low levels of health. Contrary to expectations, no correlations were found between the presence of support for professional practice and levels of *burnout* and health.

Key-words: *burnout*; psychomotor therapists; Portugal; health; mental health

Índice

| | | |
|--------|---|----|
| 1. | Introdução | 1 |
| 2. | Enquadramento Teórico | 3 |
| 2.1. | <i>Burnout</i> | 3 |
| 2.2. | Saúde..... | 8 |
| 2.3. | Práticas Profissionais do Psicomotricista e o Risco de <i>Burnout</i> | 9 |
| 2.4. | Objetivos do estudo | 12 |
| 3. | Metodologia..... | 13 |
| 3.1. | Desenho e tipo de estudo | 14 |
| 3.2. | Amostra | 14 |
| 3.2.1. | Caracterização da amostra | 14 |
| 3.3. | Instrumentos e variáveis | 15 |
| 3.3.1. | Questionário Sociodemográfico..... | 15 |
| 3.3.2. | Questionário sobre a Prática Profissional..... | 16 |
| 3.3.3. | Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS)..... | 16 |
| 3.3.4. | General Health Questionnaire (GHQ-28) | 17 |
| 3.4. | Procedimento | 18 |
| 3.5. | Análise dos dados..... | 18 |
| 4. | Resultados..... | 19 |
| 4.1. | Práticas Profissionais dos Psicomotricistas..... | 19 |
| 4.2. | Caracterização do <i>Burnout</i> e da Saúde dos Psicomotricistas..... | 21 |
| 4.3. | Associação entre <i>Burnout</i> e Saúde dos Psicomotricistas..... | 22 |
| 4.4. | <i>Burnout</i> e Saúde dos Psicomotricistas em Função de Variáveis Sociodemográficas..... | 24 |
| 4.5. | <i>Burnout</i> e Saúde dos Psicomotricistas em Função de Variáveis Profissionais..... | 25 |
| 5. | Discussão dos Resultados | 37 |
| 5.1. | Caracterização do <i>Burnout</i> e Saúde dos Psicomotricistas | 37 |
| 5.2. | Associação entre <i>Burnout</i> e Saúde dos Psicomotricistas..... | 38 |
| 5.3. | Associação entre <i>Burnout</i> , Saúde e Variáveis da Prática Profissional dos Psicomotricistas..... | 38 |
| 5.4. | Limitações do Estudo | 43 |
| 5.5. | Recomendações e Sugestões para a Prática | 43 |
| 6. | Conclusão | 45 |

| | |
|--|-----------|
| 7. Referências Bibliográficas | 46 |
|--|-----------|

Índice de Tabelas

| | |
|---|-----------|
| Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra | 15 |
| Tabela 2 – Níveis de Burnout: pontos de corte..... | 17 |
| Tabela 3 – Anos de Serviço e Apoio à Prática Profissional | 20 |
| Tabela 4 – Domínios de Intervenção e Total de Domínios de Intervenção por Participante..... | 20 |
| Tabela 5 – População Alvo..... | 21 |
| Tabela 6 – Estatísticas Descritivas e Correlações entre Burnout e Saúde Geral dos Psicomotricistas | 23 |
| Tabela 7 – Burnout e Saúde dos Psicomotricistas em função da Idade..... | 24 |
| Tabela 8 - Burnout e Saúde dos Psicomotricistas em função dos Anos de Serviço..... | 27 |
| Tabela 9 - Burnout e Saúde dos Psicomotricistas em função do Tipo de Vinculação Laboral..... | 28 |
| Tabela 10 - Burnout e Saúde dos Psicomotricistas em função da Duração da Vinculação Laboral..... | 29 |
| Tabela 11 - Burnout e Saúde dos Psicomotricistas em função do Total de Domínios de Intervenção | 30 |
| Tabela 12 - Burnout e Saúde dos Psicomotricistas em função do Tipo de Domínio de Intervenção | 31 |
| Tabela 13 - Burnout e Saúde dos Psicomotricistas em Intervenção em Populações com e/ou Sem Patologia | 32 |
| Tabela 14 - Burnout e Saúde dos Psicomotricistas em função da População com que trabalham | 34 |

Índice de Figuras

| | |
|---|-----------|
| Figura 1- Intervenção em População com e/ou sem Patologia..... | 21 |
|---|-----------|

Índice de Anexos

| | |
|--|----|
| Anexo I – Questionário Sociodemográfico..... | 55 |
| Anexo II – Questionário sobre a Prática Profissional em Psicomotricidade | 57 |
| Anexo III – Apresentação do Estudo e Consentimento Informado..... | 61 |
| Anexo IV – Tabela de Resultados de Burnout e Saúde dos Psicomotricistas em função do Apoio à Prática Profissional | 62 |
| Anexo V – Infográfico com resultados, sugestões de estratégias de coping e considerações finais..... | 63 |

1. Introdução

Burnout é uma síndrome caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e dificuldades ao nível da realização pessoal (Maslach & Jackson, 1981; Wilkerson & Bellini, 2006).

Os níveis de burnout em profissionais de cuidados de saúde tendem a ser influenciados por factores organizacionais, verificando-se particularmente uma exposição de maior risco em profissionais de saúde mental (Schaufeli, 2003). Isto confirma-se não só pela natureza do trabalho, mas também pelo desempenho que se espera destes profissionais de saúde (Evans & Villavisanis, 1997).

Em particular, tratando-se de terapeutas, as características pessoais também apresentam uma influência considerável na possibilidade de experienciar burnout. É o caso de, por exemplo, profissionais que tendam a criar expectativas terapêuticas irreais e a não aceitar falhas ocasionais em contexto de sessão, que podem, além do mais, deixar que estes factores interfiram na eficácia das suas intervenções (Kestnbaum, 1984; Friedman, 1985). Para além do impacto que as características pessoais de cada terapeuta têm no desenvolvimento de burnout, têm sido realizados estudos sobre a relação entre a síndrome e os estados de saúde, quer física, quer mental, dos profissionais, que mostram que os níveis elevados de burnout estão associados uma fraca saúde (Alexandra-Karamanova et al., 2016; Tarcan et al., 2017).

É visível a influência negativa que o burnout tem na satisfação e no desempenho profissional, podendo levar a problemas de saúde mental que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é o estado de bem-estar que permite ao indivíduo exprimir as suas capacidades, enfrentar stressores da vida quotidiana, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a sua comunidade (Tarcan et al., 2017; WHO, 2001).

A Psicomotricidade, ao ser um campo de conhecimento transdisciplinar constituído por ciências psicológicas, neuropsicológicas, médicas e pedagógicas, torna o psicomotricista num profissional dotado de diversas competências que desenvolve a sua atividade profissional em vários contextos laborais (por exemplo em ambiente terapêutico em contexto de saúde mental), que presta serviços e cuidados biopsicossociais e pretende promover o desenvolvimento harmonioso, saúde, bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos. É um especialista em emoções, na comunicação não-verbal, particularmente

no diálogo tónico-emocional, no brincar, no esquema e imagem corporal, no movimento e na intervenção orientada pelo corpo, possuindo um interesse especial por este por ser o instrumento privilegiado do seu trabalho e o veículo terapêutico das suas práticas, pelas suas funções, significado e função comunicativa. Considera o ser humano de forma holística considerando, na capacidade de o indivíduo ser e agir em contextos biopsicossociais, as interações físicas, emocionais, simbólicas e cognitivas dos indivíduos (Potel, 2009; Mila, 2011 Fórum Europeu de Psicomotricidade, 2012; Regulamento Profissional APP, 2021).

Apesar dos numerosos estudos sobre burnout em diversos profissionais da área da saúde, incluindo médicos, enfermeiros, psicoterapeutas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, terapeutas de saúde mental (Farber & Heifetz, 1982; Wandling & Smith, 1997; Rosenberg & Pace, 2006; Skovholt & Trotter-Mathison, 2010; Marôco et al., 2016; O’Conner et al., 2018), é evidente a falta de estudos na área da Psicomotricidade. O mesmo se verifica relativamente a pesquisas no âmbito da saúde dos psicomotricistas e a relação desta com o burnout.

Posto isto, surgiu o interesse em desenvolver o presente estudo que tem como objetivos (1) analisar os níveis de burnout nos psicomotricistas nas suas três componentes e (2) caracterizar a saúde física e mental dos psicomotricistas. Pretende-se ainda (3) examinar a relação entre as variáveis do psicomotricista e burnout, mais especificamente examinar (3.1) a relação entre as variáveis sociodemográficas e burnout, (3.2) a associação entre as práticas profissionais e burnout e (3.3) a relação entre a saúde dos psicomotricistas e burnout. Por fim, procura-se ainda (4) dar a conhecer os resultados obtidos aos psicomotricistas e à Associação Portuguesa de Psicomotricidade e (5) listar recomendações com base nos resultados obtidos e nas diretrizes da OMS.

Para responder a estes objetivos foi criado um questionário online constituído por um questionário sociodemográfico, um relativo às práticas de formação pessoal e profissional e as versões portuguesas do Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) (Semedo, 2009) e do Questionário de Saúde Geral (GHQ-28) (Pais-Ribeiro et al., 2015).

A dissertação encontra-se dividida em cinco partes: (1) o enquadramento teórico, onde será abordada a revisão histórica e a definição de burnout, os estudos existentes em Portugal e a presença de burnout em profissionais de saúde, a definição de saúde e saúde mental e a relação destas com o burnout, a apresentação do que são as práticas

profissionais do psicomotricista, o impacto que essas práticas têm no profissional e a sua relação com o *burnout*, (2) a metodologia, na qual serão apresentados os instrumentos utilizados para a recolha dos dados e análise dos mesmos, bem como todo o procedimento, (3) a apresentação dos resultados, (4) a sua discussão, e (5) as conclusões. Por fim, seguem-se (6) as referências e (7) os anexos.

2. Enquadramento Teórico

2.1. *Burnout*

Burnout é uma síndrome caracterizada por exaustão emocional (assinalada por sintomas de esgotamento físico e emocional), despersonalização (manifestada pela perda de preocupação e empatia e pelo distanciamento emocional dos clientes) e uma fraca realização pessoal (caracterizada por sentimentos de insatisfação e incompetência no trabalho) (Maslach & Jackson, 1981; Wilkerson & Bellini, 2006).

Na década de 70, o conceito ganhou relevância científica por parte do psiquiatra Freudenberger (1974), que o descreveu como um estado de exaustão física e mental que levava voluntários de serviços de cuidados alternativos de saúde a perder energia, motivação, comprometimento e empenho no trabalho, podendo levá-los a estados e sentimentos de esgotamento emocional. Freudenberger caracterizou ainda os sintomas de *burnout* nos contextos físico e comportamental, nomeadamente o aumento de raiva, frustração e desconfiança em relação à influência que os colegas pudessem ter nas próprias ambições profissionais, inflexibilidade excessiva na prática profissional e o surgimento de características semelhantes à depressão.

Mais tarde, a psicóloga social Christina Maslach, ao realizar um estudo com profissionais de saúde e de serviços humanos para compreender como estes lidavam com as exigências laborais e o ritmo acelerado do trabalho, identificou o termo *burnout* após o mesmo ter sido mencionado por alguns dos profissionais para descrever as suas experiências. *Burnout* passou, então, a ser utilizado para descrever a realidade psicológica negativa das experiências das pessoas nos seus locais de trabalho (Maslach et al., 2008).

O facto de o conceito de *burnout* ter surgido da identificação de problemas do mundo real que, conseqüentemente, levaram à necessidade de construir um modelo teó-

rico para os explicar, isto é, surgiu de preocupações pragmáticas e não académicas, fez com que este se tornasse num fenómeno popular indigno de atenção académica metódica e ignorado a nível da investigação durante muito tempo (Maslach & Schaufeli, 1993, Maslach et al., 2008). Assim, as pesquisas iniciais sobre o tema, caracterizadas por um trabalho exploratório da literatura, tiveram como objetivo desenvolver uma definição mais explícita de *burnout* e serviram para descrever, definir e desenvolver hipóteses sobre as causas e efeitos deste fenómeno (Maslach et al., 2001; Maslach, 2004). Numa fase seguinte de pesquisas sistemáticas quantitativas, o ponto chave das investigações foi desenvolver uma medida padronizada do conceito. Esta fase empírica levou ao surgimento de instrumentos de avaliação como o Maslach Burnout Inventory (MBI), a escala mais utilizada para avaliar o *burnout* (Maslach et al., 1993; Maslach et al., 2001).

Atendendo ao facto de os primeiros estudos sobre o tema terem tido como base a psicologia social, por parte de Maslach, e clínica, por parte de Freudenberger, surgiram duas perspetivas com ideias resultantes destas mesmas áreas. A perspetiva social apresentou conceitos de motivação, emoção e relações interpessoais, ou seja, da perceção que cada indivíduo tem dos outros e as respostas consequentes, que incluem o desapego na preocupação pelo outro e a desumanização em forma de autodefesa. A perspetiva clínica também usava os conceitos de motivação e emoção, mas mais em termos psicopatológicos, como a depressão. Posteriormente, surgiram ainda pesquisas na área da psicologia industrial-organizacional que deram enfoque a comportamentos e atitudes no trabalho e vieram tornar o *burnout* num conceito associado a uma forma de stress no trabalho, tendo como foco principal o contexto organizacional e não as características físicas provenientes desse mesmo stress (Maslach & Leiter, 2016).

Os sintomas do *Burnout* podem ser agrupados em três grupos: sintomas físicos, sintomas psicológicos e sintomas comportamentais. Apesar de variarem de pessoa para pessoa, no geral, a sintomatologia inclui, entre outras manifestações, irritabilidade e frustração, exaustão e fadiga física e mental, alterações no padrão de sono e sistema imunitário, apatia, afastamento e isolamento social, falta de motivação, autodesvalorização, procrastinação, fraco desempenho profissional, desespero, sentimento de fracasso, dificuldades de concentração (Ozturk, 2020). É frequentemente associado ao desenvolvimento de um autoconceito negativo, atitudes negativas no trabalho e perda de preocupação pelos clientes (Maslach, 1976; Piercy & Wetchler, 1987; Pines & Maslach, 1978; Raquepaw & Miller, 1989; Truchot et al., 2000).

O *burnout* é, portanto, uma síndrome psicológica, um estado que resulta de respostas prolongadas a stressores interpessoais crônicos em contexto de trabalho, responsabilidades profissionais e ambiente laboral. Estas respostas formam um modelo tridimensional que posiciona as experiências de stress do indivíduo num contexto social e envolve a conceção que o indivíduo tem de si próprio e dos outros (Freudenberger, 1974; Maslach & Jackson, 1981). As três dimensões principais destas respostas consistem em sentimentos de exaustão e sobrecarga emocional, cinismo ou despersonalização e sensação de ineficácia e uma reduzida realização pessoal. (Maslach et al., 1981 Maslach & Leiter, 2016).

Estes três estados surgem frequentemente descritos como uma sequência, assumindo-se o seu início com a Exaustão Emocional como resposta a elevadas exigências e sobrecargas, causando sentimentos de falta de recursos emocionais e físicos para superar essas mesmas exigências e que levam a sentimentos de indiferença, fadiga e apatia, à diminuição dos níveis de energia e à incapacidade de investimento em situações difíceis que surjam no trabalho. Na eventualidade de essa exaustão emocional aumentar, o indivíduo começa a desenvolver uma atitude negativa e de desapego em relação ao seu trabalho no geral. O facto de as tarefas profissionais apresentarem uma maior praticidade quando os clientes são vistos como objetos impessoais leva muitos profissionais a recorrer ao distanciamento, que resulta em comportamentos de indiferença e cinismo. A Despersonalização, em alguns casos, não é um fator prejudicial. No entanto, quando precedida pela Exaustão Emocional, pode tomar proporções que vão, conseqüentemente, influenciar de forma negativa a satisfação profissional. A terceira dimensão é a da baixa Realização Pessoal, referida como uma dimensão de ineficácia, incompetência e baixa produtividade. Caracteriza-se pela tendência do indivíduo se autoavaliar negativamente em relação ao seu trabalho e à forma como desempenha as suas tarefas profissionais. O profissional manifesta frequentemente sentimentos de insatisfação, infelicidade e frustração relativamente ao seu trabalho (Maslach & Jackson, 1981; Maslach et al., 2001; Maslach & Leiter, 2016; Bridgeman et al., 2017).

Como referido anteriormente, o *Burnout* surge de forma progressiva, sendo essencial conhecer os seus estados de evolução. Podem ser consideradas cinco fases: (1) entusiasmo, (2) estagnação, (3) frustração, (4) apatia e (5) *burnout*. Inicialmente, o indivíduo sente grandes níveis de entusiasmo e expectativas face ao seu trabalho, esforçando-se para se adaptar e corresponder às exigências laborais (1. entusiasmo). O entusiasmo e

esperança iniciais começam a diminuir e, comparativamente a anteriormente, verifica-se um aumento no desconforto sentido e na importância dada a dificuldades e situações que vão surgindo (2. estagnação). Ao sentir que não tem a capacidade de mudar factores externos como os colegas com que trabalha, o sistema ou as condições de trabalho negativas, o indivíduo começa a desenvolver sentimentos de frustração, fracasso, desilusão e incompetência (3. frustração). A sensação de que o trabalho e esforço não é valorizado leva a pessoa a trabalhar por obrigação e/ou necessidade e não por gosto. O entusiasmo inicial, bem como a confiança, satisfação e compromisso são substituídos por apatia e sentimentos de irritabilidade, ansiedade e depressão (4. apatia). Desenvolvem-se os sintomas físicos e emocionais do *burnout* que, consoante o impacto na vida do indivíduo, o poderão levar a procurar ajuda (5. *burnout*) (De Hert, 2020; Jagannath, 2021).

O *burnout* e a satisfação do terapeuta face ao seu trabalho influenciam não só o terapeuta a nível pessoal, como o próprio resultado da terapia (O'Donovan & May, 2007). O *burnout* afeta ainda a forma como os terapeutas vêem os seus pacientes e a si mesmos e a relação terapêutica (Maslach, 1982). A despersonalização e a irrealização pessoal, paralelamente ao *burnout* emocional, podem levar o terapeuta a recorrer a estratégias mal-adaptativas que têm como consequência um impacto na qualidade do cuidado (McCarthy & Frieze, 1999). Todos estes aspectos menos positivos do *burnout* podem causar efeitos negativos nos clientes devido não só à fraca qualidade dos serviços, como à repentina rotatividade dos mesmos (Rupert & Morgan, 2005). Apesar de se verificarem algumas demissões resultantes do *burnout*, alguns profissionais permanecem nos seus empregos focando-se no mínimo e não no seu melhor desempenho. Esta realidade negativa na qualidade da saúde física e mental dos profissionais e na qualidade das suas práticas pode trazer custos a nível pessoal e interpessoal (Maslach & Goldberg, 1998).

É possível verificar uma maior ocorrência de *burnout* em profissionais que interagem diretamente com pessoas, nomeadamente em terapeutas e outros profissionais de saúde (Reis et al., 2018; Simionato & Simpson, 2018; Yang & Hayes, 2020), sendo considerado um problema de saúde ocupacional de grande relevância entre esta classe de trabalhadores. A complexidade presente em factores como a exigência e recursos de trabalho, na prestação dos cuidados de saúde, podem estar relacionados com a causa da propensão destes profissionais a desenvolverem *burnout*. Os profissionais de saúde cuja prioridade é o cuidado constante dos pacientes e cujo trabalho consiste em relacionamentos emocionalmente desgastantes com os pacientes, podem por vezes não ter a per-

ceção do impacto que estas condições têm na saúde dos próprios, que resultam em sintomas físicos e emocionais de *burnout* (Lim et al., 2010).

Para além disso, o *burnout* traz ainda consequências negativas na qualidade do serviço de cuidado. As exigências profissionais levam ao cansaço físico e emocional que se associam a alguns défices a nível cognitivo que podem levar a erros médicos. Ao estarem cansados, os indivíduos tendem a não focar as suas energias no trabalho, o que leva à despersonalização que, por sua vez, faz com que a relação com o paciente seja menos colaborativa (Marôco et al., 2016; Salyers et al., 2016; Bridgeman et al., 2017; De Hert, 2020).

Têm sido reportados sintomas desta síndrome por profissionais de saúde em vários estágios das suas carreiras. Frequentemente, as pressões sentidas são provenientes de factores relacionados com a Saúde enquanto indústria, como a gestão desadequada de tempo e recursos, conflitos hierárquicos, desafios clínicos, falta de controlo sobre os processos. Alguns factores stressores identificados por profissionais de saúde mental incluem, em adição aos anteriormente referidos, relações desafiantes com os pacientes, havendo referência a situações de ameaça por parte de alguns e casos de suicídio de pacientes, falta de supervisão, salário insuficiente, falta de feedback, sobrecarga administrativa e problemas de segurança, cargas árduas de casos, pedidos por terapias de curto prazo, limitações na gerência de cuidados (Puig et al., 2012, Rossler, 2012; Bridgeman et al., 2017).

As características pessoais dos terapeutas também apresentam uma influência considerável na possibilidade de experienciar *burnout*. A criação de objetivos e expectativas terapêuticas irreais, a não aceitação de falhas ocasionais em contexto de sessão e o fraco estabelecimento de diretrizes de avaliação do processo podem interferir na eficácia terapêutica, levar a uma diminuição da disposição do terapeuta e estimular os profissionais a se esforçarem ainda mais com o intuito de provarem a sua competência profissional e alcançarem um sentimento de competência (Kestnbaum, 1984; Friedman, 1985).

Para além do impacto que as características pessoais de cada terapeuta têm no desenvolvimento de *burnout*, têm sido realizados estudos sobre a relação entre a síndrome e os estados de saúde, quer física, quer mental, dos profissionais. Não só se verificam dados que indicam que aos sintomas de *burnout* está associada uma fraca saúde, como o

burnout se apresenta como um fator de preocupação pelo efeito que tem na saúde e bem-estar dos profissionais. Esta influência deve-se, entre outros fatores, a exigências no trabalho que levam a um estado de exaustão física e mental dos profissionais, a comprometimentos na sua saúde e que afetam negativamente a satisfação e o desempenho profissional dos mesmos (Alexandra-Karamanova et al., 2016; Tarcan et al., 2017).

Em Portugal, têm sido realizados alguns estudos acerca deste tema, da sua incidência em diversas áreas profissionais, das suas causas e consequências e possíveis formas de prevenção. De uma forma geral, as investigações concluem, apesar das limitações presentes por parte da validação dos instrumentos em alguns casos (Marcelino et al., 2012) e das amostras que, por serem de conveniência e relativamente reduzidas, dificultam a generalização dos resultados, a presença de sintomas de *burnout* em profissionais de saúde portugueses, especialmente em médicos e enfermeiros (Marôco et al, 2016; Murcho & Pacheco, 2021). Alguns estudos apontam para a importância da realização de novas investigações sobre o tema que abranjam uma amostra mais alargada e tenham em consideração outros aspetos relacionados com a saúde mental dos profissionais de saúde, nomeadamente a presença de perturbações comuns como a ansiedade e depressão, não só pela possível relação entre estas e o *burnout*, como pela influência que poderão ter na qualidade das suas vidas, quer a nível pessoal, como social e profissional. É necessário, portanto, investigar mais esta síndrome de modo a serem desenvolvidas medidas que previnam o aumento dos casos e diminuam o impacto do *burnout* nestes profissionais (Marcelino et al., 2012; Marôco et al., 2016; Murcho & Pacheco, 2021).

2.2. Saúde

A saúde é definida como “um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946). Sendo a saúde mental uma componente essencial e integral da saúde no geral, é caracterizada como “um estado de bem-estar mental que permite às pessoas lidar com o stress da vida, realizar as suas capacidades, aprender bem e trabalhar bem, e contribuir para as suas comunidades” (WHO, 2022, p.8).

A saúde inclui, portanto, sintomas somáticos, que podem ser considerados, tanto em psiquiatria como em medicina interna (Bombana, 2006; Roenneberg et al., 2019), ansiedade e insónia, ambas condições psicopatológicas com componentes fisiológicas e

que se relacionam entre si (Guclu et al., 2021), a disfunção social, que se define por um espectro de comportamentos e interações com o meio desadequadas e uma fraca capacidade de desempenhar certos papéis em certos contextos (Bosc, 2000; Hill et al., 2010) e a depressão, uma doença do foro da saúde mental.

Relativamente ao *burnout*, é possível afirmar que existe uma relação direta entre esta síndrome e a saúde, física, mental e social, através de um conjunto de sinais e sintomas clínicos físicos, comportamentais e psicológicos relacionados com o colapso físico e mental dos indivíduos que experienciam a síndrome (Marôco et al., 2016; Ozturk, 2020). Apesar de o *burnout* ser conhecido como um fenómeno em que se manifesta uma dificuldade ocupacional generalizada que leva pessoas a procurar ajuda médica, não é possível classificá-lo como condição psicopatológica, uma vez que não existe um sistema de classificação diagnóstica que o permita. Ainda assim, é certo que se trata de um fenómeno relevante a nível psicológico e que existem provas que apontam para a sua relevância enquanto síndrome ocupacional, sendo já considerada como tal pela 11ª revisão da International Classification of Diseases (ICD-11) (WHO, 2019; Nadon et al., 2022; WHO, 2022).

2.3. Práticas Profissionais do Psicomotricista e o Risco de *Burnout*

Que seja do nosso conhecimento, não existem estudos relativos ao *burnout* em psicomotricistas. Contudo, um conjunto de características das suas práticas terapêuticas sugerem alguma vulnerabilidade e propensão a desenvolver sintomas desta síndrome ocupacional.

A Psicomotricidade é uma prática que exige ao psicomotricista o conhecimento e compreensão do funcionamento holístico do indivíduo a nível motor, cognitivo e afetivo, independentemente da sua idade. A intervenção do psicomotricista pode ocorrer em domínio preventivo, educativo, terapêutico, reabilitativo e reeducativo. Para além destas vertentes, o psicomotricista intervém ainda com a família, a escola e a comunidade, criando propostas de adaptações familiares e/ou escolares para que as respostas reeducativas ou terapêuticas resultantes da sua intervenção sejam maximizadas (Martins, 2001; Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP], 2011; European Forum of Psychomotricity [FEP], 2012).

Sendo a Psicomotricidade uma terapia de mediação corporal com um carácter essencialmente não-verbal na sua prática, podemos considerar que a mediação terapêutica engloba várias técnicas que envolvem o corpo. Essa mediação na intervenção terapêutica pode existir através de um objeto concreto, ou mediador (bola, papel, instrumento musical, água, ...), de um objeto cultural (música, pintura, teatro, histórias, ...), de um animal (cavalo, ...) e/ou de uma técnica corporal (dança, relaxação, ...) (APP, 2011; Rodriguez, 2019). Ainda assim, e independentemente da linha de trabalho em que exerce as suas práticas profissionais, algo que torna única a atividade de todos os psicomotricistas é a utilização do seu corpo, de forma independente, como instrumento do seu trabalho. O psicomotricista trabalha com e no seu corpo (Mila, 2012).

A função do psicomotricista passa ainda por intervir para o paciente e não com o paciente, com implicações de proximidade emocional e distanciamento a nível da expressão psicomotora, saber manter uma assertividade emocional inicial para passar uma sensação de segurança evitando ser demasiado diretivo e invasor, ter uma atitude empática, de interesse e aceitação mostrando-se disponível, mas sem excessos (Vieira et al., 2005; Sanchés et al., 2008). Estas competências e exigências podem ser causadoras de grande stress por serem tão delicadas e ténues no limite entre a resposta que o profissional procura dar às necessidades do outro e os seus desejos que, poderão não ser o mesmo.

O cuidado prestado pelo psicomotricista abrange todas as idades e enquadra-se em vários contextos como intervenção clínica e hospitalar, nomeadamente em serviços de pediatria (do desenvolvimento), pedopsiquiatria e psiquiatria, clínicas privadas, hospitais gerais e psiquiátricos, em contexto educativo, de ação social, em lares de acolhimento e apoio à infância e centros e lares de idosos, em atividades, desportivas ou não, adaptadas, intervenção comunitária com projetos de prevenção primária, secundária e terciária e em equipas de reinserção social (APP, 2011; Giromini et al., 2022). As diferentes áreas em que o psicomotricista pode intervir trazem-lhe diferentes exigências e impactos na sua saúde e prática profissional, dependendo de factores como o contexto em que atua, a população com que trabalha (seja pela idade ou por ter ou não algum tipo de patologia), a realidade laboral (empregabilidade, salários, vínculo laboral, carga horária, deslocações) e até mesmo as técnicas de intervenção que utiliza (ex. mobilização e toque terapêutico, terapia em meio aquático). A possível necessidade de trabalhar em mais do que um contexto de intervenção em simultâneo e o papel que desempenha na

sua prática profissional, independentemente do contexto, vertente ou população alvo das suas intervenções terapêuticas, tornarão o psicomotricista, à semelhança de outros profissionais de saúde, um profissional mais vulnerável à aquisição de sintomas de *Burnout* (Marôco et al., 2016).

Tanto a nível físico como emocional, lidar com determinados casos clínicos pode levar o psicomotricista a experienciar sensações físicas, psicológicas e emocionais que poderão influenciar a sua prática profissional. Giromini et al. (2022) apresentam contextos em que essas exigências são mais notórias, nomeadamente quadros clínicos em que o psicomotricista se depara com instabilidade emocional e comportamental, constantes resistências ao processo terapêutico, fragilidades na vinculação terapêutica, imprevisibilidade a nível da disponibilidade do paciente, dificuldades na comunicação (Livingston et al., 2012; Borchers et al., 2014; Beck et al., 2017; Branquinho & Falcão, 2021; Giromini et al., 2022). Considerando-se o psicomotricista como um profissional que intervéem em saúde mental, é essencial que este passe por espaços terapêuticos e de formação que o permitam proteger a sua própria saúde mental e compreender a sua história, vínculos e singularidade. Surge assim a necessidade incontornável de recorrer a formações simultâneas e contínuas a nível pessoal, teórico e prático (García & Camps, 2004; Mila, 2011; Mila, 2012).

Para uma boa prática profissional, é essencial que o psicomotricista tenha a oportunidade de discutir o trabalho referente à profissão de acordo com as suas competências, conhecimentos e atitudes, receber supervisão profissional do seu trabalho clínico, ter passado por um processo psicoterapêutico e psicanalítico, participar em formações pessoais no domínio psicocorporal e afetivo e em formações profissionais de modo a manter os seus conhecimentos atualizados com literatura recente e ter uma prática profissional interdisciplinar (Mila, 2011; Mila, 2012; Fórum Europeu de Psicomotricidade, 2012).

Outro fator de interesse na possível relação entre a prática profissional do psicomotricista e o *Burnout* é a empregabilidade na área. Em dois estudos feitos em Portugal, podemos constatar que, segundo Alvo et al. (2013), num inquérito a 15 recém-mestres pela Faculdade de Motricidade Humana, a maioria manifestava fracas perspetivas de emprego na área, sendo que muitos pretendiam criar a própria organização/empresa, ou manter o emprego atual melhorando as condições de trabalho em que se encontravam. O outro estudo sobre a empregabilidade, desta vez de recém-licenciados, de Mousinho

(2016), concluiu que, de 30 inquiridos, 21% considerava a remuneração inadequada. Comparando ainda a realidade salarial e as condições de trabalho entre Portugal e outros países europeus, sabe-se que os psicomotricistas portugueses recebem um salário inferior aos franceses, aos espanhóis e aos suíços, sendo o salário médio de um psicomotricista experiente em Portugal equivalente a psicomotricistas em início de carreira nos outros países. As condições de trabalho retratam horários irregulares e intervenção em estabelecimentos maioritariamente de saúde, educação e em centros sociais (Miranda, 2024), fora as deslocações necessárias entre esses estabelecimentos e o horário extra sessões necessário para o planeamento das mesmas e uma posterior reflexão e avaliação de resultados. Para além destes factores, a profissão não se encontra reconhecida nem regulamentada pelo Estado português, o que fragiliza o direito à proteção da saúde de todos os que possam beneficiar dos cuidados de saúde prestados pelos psicomotricistas (APP, 2017).

A Comissão de Enquadramento Profissional da APP conduziu um estudo entre 2002 e 2004 que visava analisar a situação profissional em Portugal, abordando factores relativos à formação, evolução na carreira, natureza e condições de trabalho, emprego e remunerações. Dos 134 psicomotricistas participantes, pôde-se concluir que existe uma predominância na intervenção reeducativa e terapêutica e pouca exploração a nível da intervenção preventiva. Foi possível verificar ainda a persistência de obstáculos à integração do psicomotricista nas instituições oficiais e nos quadros institucionais devido à falta de legislação da profissão em Portugal (Morais et al., 2005).

2.4. Objetivos do estudo

Estudos na área da saúde sugerem que em profissionais cujo trabalho implica uma interação de cuidado direta com pessoas, como é o caso dos terapeutas e outros profissionais de saúde, as exigências profissionais levam a um cansaço físico e emocional que se associam a sintomas de *burnout* (Reis et al., 2018; Yang & Hayes, 2020). Por estes motivos, surgiu o interesse em aprofundar conhecimentos acerca desta realidade em profissionais da área da psicomotricidade.

Ao verificarmos, do nosso conhecimento, uma ausência de estudos sobre o *burnout* em psicomotricistas, verificou-se também a inexistência de estudos acerca do impacto das práticas profissionais nos psicomotricistas, da presença de sintomas de *burnout* nes-

tes profissionais e da possível relação entre as práticas profissionais e a saúde física e mental dos psicomotricistas. Assim, surgiram alguns objetivos que procuram dar resposta a esta ausência de estudos.

Desta forma, no presente estudo pretende-se alcançar os seguintes objetivos gerais:

(1) analisar os níveis de *burnout* nos psicomotricistas nas suas três componentes, Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal;

(2) caracterizar a saúde mental dos psicomotricistas e

(3) examinar a relação entre as variáveis do psicomotricista (saúde mental, variáveis sociodemográficas e variáveis das práticas profissionais) e *burnout*.

Dentro deste último objetivo geral definiram-se os seguintes objetivos específicos:

(3.1) examinar a relação entre as variáveis sociodemográficas, *burnout* e saúde;

(3.2) examinar a relação entre as práticas profissionais, *burnout* e saúde e

(3.3) examinar a associação entre a saúde dos psicomotricistas, *burnout* e saúde.

Procuramos ainda (4) comunicar os resultados obtidos à Associação Portuguesa de Psicomotricidade, bem como a outros psicomotricistas através dos mesmos meios de contacto usados para a divulgação inicial do estudo e listar recomendações para o bem-estar e

(5) apresentar recomendações com base nos resultados, na literatura e nas diretrizes da OMS sobre *Burnout*.

3. Metodologia

Nesta secção, são expostos e explicados os métodos adotados em cada uma das etapas do presente estudo, que incluem o tipo e desenho do estudo, a caracterização da amostra, quais os instrumentos usados e a sua fiabilidade, os procedimentos metodológicos e, por fim, a análise dos dados recolhidos.

3.1. Desenho e tipo de estudo

O estudo é de carácter quantitativo, de natureza descritivo-correlacional, com desenho transversal (Coutinho, 2014), tendo sido feita uma recolha e análise de dados concretos e objetivos, sem a interação direta da investigadora com a amostra, uma descrição clara e sucinta dos fenómenos estudados e a análise da existência de possíveis relações entre as variáveis. Uma vez que, até à data, não existia qualquer estudo sobre o tema na amostra em causa e, por isso, esta ser a primeira, trata-se de um estudo exploratório.

3.2. Amostra

A amostra do estudo consta de psicomotricistas que exercem atualmente em Portugal continental e ilhas e foi obtida através da divulgação dos questionários por meio de plataformas digitais e redes sociais. Obteve-se um total de 156 questionários respondidos, sendo a amostra final de 70 participantes, uma vez que os restantes questionários se encontravam apenas parcialmente preenchidos.

3.2.1. Caracterização da amostra

A Tabela 1 mostra as principais características sociodemográficas da amostra. No total da amostra, verifica-se que mais de 90% é do género feminino e que há uma predominância no grupo etário dos 20 aos 29 anos (53%). Relativamente às habilitações literárias, o número de participantes com licenciatura e com mestrado estão igualmente distribuídos (34 vs 36). Na dispersão geográfica, as áreas foram agrupadas em três. Assim, foi considerada a Área Metropolitana de Lisboa ($n=24$, 34.3%), Centro ($n=22$, 31.4%) e Outros (Norte, Alentejo, Algarve e Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores) ($n=24$, 34.3%).

Tabela 1*Caracterização Sociodemográfica da Amostra (n=70)*

| Variável | Valores | n | % | Mdn | M | DP |
|-----------------|------------------------------|----|------|-----|-------|------|
| Idade | [20-29] | 37 | 52.9 | | | |
| | [30-39] | 32 | 41.4 | 29 | 29.96 | 5.13 |
| | [40-49] | 4 | 5.7 | | | |
| Género | Feminino | 67 | 95.7 | | | |
| | Masculino | 3 | 4.3 | | | |
| Estado Civil | Casado/a | 24 | 34.3 | | | |
| | Solteiro/a | 44 | 62.9 | | | |
| | Divorciado/a | 2 | 2.9 | | | |
| Área Geográfica | Área Metropolitana de Lisboa | 24 | 34.3 | | | |
| | Centro | 22 | 31.4 | | | |
| | Outros ^(a) | 24 | 34.3 | | | |
| | | | | | | |
| Habilitações | Licenciatura | 34 | 48.6 | | | |
| Literárias | Mestrado | 36 | 51.4 | | | |

^(a) Norte, Alentejo, Algarve e Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores

3.3. Instrumentos e variáveis

A recolha dos dados consistiu no preenchimento de um protocolo de recolha de dados online que incluía questões sobre variáveis sociodemográficas e relativas às (suas) práticas profissionais dos psicomotricistas, sobre a saúde física e mental e relativas ao *burnout* dos participantes.

3.3.1. Questionário Sociodemográfico

Para caracterizar e descrever a amostra foi realizado um questionário sociodemográfico onde foram recolhidas informações como a idade, género, estado civil (casado/a, solteiro/a e divorciado/a), área geográfica (Área Metropolitana de Lisboa, Norte, Centro, Algarve, Região Autónoma da Madeira e Região Autónoma dos Açores, tendo por base o nível II do sistema NUTS (2013)), habilitações literárias (Licenciatura e Mestrado) e vínculo laboral (por conta própria, por conta de outrem, contrato efetivo e contrato a termo) (Anexo I).

3.3.2. Questionário sobre a Prática Profissional

Foi também criado para este estudo um questionário sobre a prática profissional em Psicomotricidade, do qual constam questões relativas ao número de anos de prática profissional, bem como qual ou quais os contextos laborais atuais (psiquiatria e saúde mental, hospital, psiquiatria e saúde mental da infância e da adolescência, pediatria, pediatria do desenvolvimento, centro de saúde, clínica privada, centro de neuropediatria e desenvolvimento, serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências, centro de reabilitação, instituição de solidariedade social, associação/cooperativa de ação social, lar de acolhimento e apoio à infância e juventude, estrutura residencial para a população idosa/centro de dia, unidade de cuidados paliativos, instituto/equipa de reinserção social, estabelecimento prisional, instituição de desporto adaptado, adaptação ao meio aquático/hidroterapia, terapia assistida por animais) e os domínios de intervenção (preventivo, educativo, terapêutico, reabilitativo e reeducativo) (ambos segundo o Regulamento Profissional da APP, 2021), qual a população-alvo da intervenção (crianças, adolescentes, jovens adultos, adultos e idosos (Carrilho, 2015)), a carga média semanal laboral e extralaboral, se e que investimento é feito pelo participante em formações profissionais e em formações pessoais e se tem algum apoio à prática profissional (supervisão, intervisão, consultoria, mentoria, prática psicocorporal ou terapia) (Anexo II).

3.3.3. Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS)

O MBI-HSS (Maslach et. al., 1996), na versão portuguesa de Semedo (2009), serviu para avaliar a variável *burnout* experienciado pelos psicomotricistas face às suas práticas profissionais na área da Psicomotricidade. O instrumento é constituído por 22 itens que correspondem a uma escala global e se subdividem em três subescalas: (1) Exaustão Emocional, com nove itens (ex., “*Sinto-me desgastado/a no fim do dia de trabalho.*”), apresenta uma pontuação máxima de 54 pontos; (2) a Despersonalização, com cinco itens (ex., “*Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais*”), um máximo de 30 pontos; e (3) Realização Pessoal, com oito itens (ex., “*Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes*”), um total máximo de 48 pontos. Cada resposta corresponde à frequência com que cada situação ocorre, sendo apresentadas numa escala tipo Likert de 7 pontos, de 0 a 6, em que: 0 (nunca), 1 (algumas

vezes por ano), 2 (uma ou menos vezes por mês), 3 (algumas vezes por mês), 4 (uma vez por semana), 5 (algumas vezes por semana) e 6 (todos os dias).

Nas subescalas Despersonalização e Exaustão Emocional, uma maior pontuação corresponde a um maior nível de *Burnout*, enquanto valores mais elevados de Realização Pessoal evidenciam um nível inferior (Maslach et al., 1996; Squires et al., 2014). Os valores do coeficiente de alfa de Cronbach revelam uma boa consistência interna nas três dimensões – 0,90 na Exaustão Emocional, 0,79 na Despersonalização e 0,71 na Realização Pessoal (Maslach et al., 1996). Inicialmente, e com base na interpretação de Maslach (1996), as três dimensões do instrumento eram consideradas independentes, sendo que, por isso, a escala não apresenta uma pontuação global de *Burnout*.

Maslach et al. (1996) afirmam no seu estudo que níveis elevados de Exaustão Emocional e Despersonalização se refletem em níveis elevados de *Burnout* e que níveis baixos de Realização Pessoal se traduzem em níveis baixos de *Burnout*. As autoras dividem ainda os níveis de *Burnout* de cada uma das suas componentes entre “baixo”, “médio” ou “alto” (Tabela 2).

Tabela 2

Níveis de Burnout: pontos de corte

| Variável | Níveis de <i>Burnout</i> | | |
|------------------------------|--------------------------|---------|------|
| | Baixo | Médio | Alto |
| Subescalas do MBI-HSS | | | |
| Exaustão Emocional | ≤ 19 | 20 - 26 | ≥ 27 |
| Despersonalização | ≤ 5 | 6 - 9 | ≥ 10 |
| Realização Pessoal | ≥ 40 | 39 - 34 | ≤ 33 |

3.3.4. General Health Questionnaire (GHQ-28)

Foi utilizado o GHQ-28, desenvolvido por Goldberg e Hillier (1979), na versão portuguesa de Pais Ribeiro et al. (2015), para avaliar a saúde mental e o bem-estar psicológico. Este instrumento, formado por 28 itens, está dividido em quatro subescalas, cada uma composta por sete itens: (1) sintomas somáticos (ex., “*Tem-se sentido doente?*”), (2) ansiedade e insónia (ex., “*Depois de adormecer acorda várias vezes?*”), (3) disfunção social (ex., “*Tem-se sentido útil no que faz?*”) e (4) depressão grave (ex., “*Tem sentido que a vida já não vale a pena?*”). A cotação de cada resposta varia entre 0 e 3, a nota de cada subescala entre 0 e 21 e a total do questionário entre 0 e 84, sendo

que quanto mais elevado o valor final, pior a saúde do participante. Os pontos de corte das subescalas são 4/5 e da escala total 23/24, sendo que cotações acima destes valores indicam a probabilidade de se tratar de um caso psiquiátrico (Pais-Ribeiro et al., 2015).

O instrumento GHQ-28 trabalha com critérios predominantemente clínicos e com critérios psicométricos. Isto permite concluir que a validação do questionário é mista, uma vez que se trata de uma validação fundada na teoria que se apoia em resultados empíricos (Ribeiro & Antunes, 2003). Segundo os autores, os valores de alfa de Cronbach de cada dimensão – 0.85 na subescala sintomas somáticos, 0.88 na ansiedade e insónia, 0.83 na disfunção social e 0.89 na depressão grave – e da escala total (0.94), demonstram a boa consistência interna do instrumento.

3.4. Procedimento

Foram garantidos os princípios éticos inerentes a uma investigação com seres humanos, nomeadamente o anonimato e a apresentação e explicação do estudo em forma de uma declaração de Consentimento Informado (Anexo I), na qual foram apresentados informação sobre o estudo e os direitos de cada participante. Foi ainda apresentada a informação ao participante de que ao submeter o formulário totalmente preenchido estaria a aceitar e consentir a sua participação no estudo. O presente estudo foi aprovado pelo Conselho Científico e pela Comissão de Ética da Universidade de Évora, documento 22057.

A aplicação e distribuição do questionário, e a recolha de dados, foi realizada mediante a plataforma online LimeSurvey e disponibilizado o link direto através de e-mails a profissionais de Psicomotricidade. O questionário esteve disponível entre 18/08/2022 e 21/11/2022 e no total foram obtidas 86 respostas incompletas e 70 completas, tendo estas últimas sido utilizadas para análise.

3.5. Análise dos dados

O tratamento e a análise estatística foram efetuados com o programa informático Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 27.0.1. Para a estatística descritiva foram consideradas as frequências absolutas (n) e percentuais (%), as medianas, as médias e os desvios padrão. Uma vez que as variáveis não seguiam uma distribuição normal e devido ao tamanho reduzido da amostra, as correlações de Spearman foram a

opção para examinar a associação entre as variáveis de saúde e *burnout*, e as diferentes variáveis sociodemográficas e socioprofissionais (idade, área geográfica, se tem apoios à prática profissional e quantos, anos de serviço, tipo de vinculação contratual, quantidade de domínios de intervenção em que atua e quais, população em que intervém relativamente à presença ou ausência de patologia e relação às faixas etárias – criança, adolescente, jovem, adulto, idoso; as correlações foram consideradas fracas quando se encontram entre 0 e .20, moderadas entre .20 e .50 e fortes quando apresentam valores superiores a .50 (Pechorro et al., 2015). Foram ainda usados testes não-paramétricos, nomeadamente os testes de Kruskal-Wallis, para comparar os níveis de saúde e de *burnout* nas diferentes categorias das variáveis socioprofissionais (anos de serviço, tipo e duração de contrato, domínio de intervenção e população alvo da intervenção) com três ou mais categorias e Mann-Whitney (incluindo para múltiplas comparações post-hoc quando o teste de Kruskal-Wallis resultava estatisticamente significativo). Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p < 0.05$.

4. Resultados

Apresentam-se, de seguida, as frequências das variáveis relativas às práticas profissionais, nomeadamente os anos de serviço, os tipos e quantidades de apoios à prática, os tipos e quantidade de domínios de intervenção e população alvo. É ainda apresentada a caracterização das variáveis do *Burnout* e da Saúde Geral, bem como os seus coeficientes de correlação de Spearman.

4.1. Práticas Profissionais dos Psicomotricistas

Dos 70 participantes, verifica-se que a maioria (55.8%) tem mais de 5 anos de serviço e que mais de metade (57.1%) não têm qualquer tipo de apoio à prática profissional, sendo que, dos 30 psicomotricistas que têm apoio, a maior percentagem (53.4%) diz respeito à intervenção (ver Tabela 3).

Tabela 3*Anos de Serviço e Apoio à Prática Profissional*

| Variável | n | % |
|------------------------------|----|------|
| Anos de Serviço | | |
| < 5 anos | 31 | 44.3 |
| 5 – 10 anos | 23 | 32.9 |
| > 10 anos | 16 | 22.9 |
| Apoio à Prática Profissional | | |
| Sem Apoio | 40 | 57.1 |
| Com Apoio | 30 | 42.9 |
| Supervisão | 12 | 39.9 |
| Intervisão | 16 | 53.4 |
| Consultoria | 3 | 10 |
| Mentoria | 6 | 20 |
| Prática Psicocorporal | 6 | 20 |
| Terapia | 12 | 39.9 |
| Quantidade de Apoios | | |
| Um apoio | 14 | 20 |
| Dois ou mais apoios | 16 | 22.9 |

Relativamente aos domínios de intervenção, apenas 11 (15.7%) trabalham num único domínio e 64 dos 70 participantes (91.4%) intervêm em contexto terapêutico (ver Tabela 4).

Tabela 4*Domínios de Intervenção e Total de Domínios de Intervenção por Participante*

| Variável | n | % |
|-----------------------|----|------|
| Tipo de domínio | | |
| Preventivo | 26 | 37.1 |
| Educativo | 27 | 38.6 |
| Reeducativo | 19 | 27.1 |
| Reabilitativo | 36 | 51.4 |
| Terapêutico | 64 | 91.4 |
| Total de domínios | | |
| Um domínio | 11 | 15.7 |
| Dois domínios | 29 | 41.4 |
| Três ou mais domínios | 30 | 42.9 |

No diagrama que se segue (Figura 1) verifica-se que mais de metade dos participantes (67.1%) trabalham tanto com populações com patologia como com populações sem patologia. Ainda assim, dentro dos participantes que trabalham apenas com uma destas realidades, verificamos que uma grande parte trabalha com só populações com patologia (22.9%). A maioria (80%) trabalha com crianças e apenas 18.6% trabalha com jovens adultos (ver Tabela 5).

Figura 1

Intervenção em População Com e/ou Sem Patologia

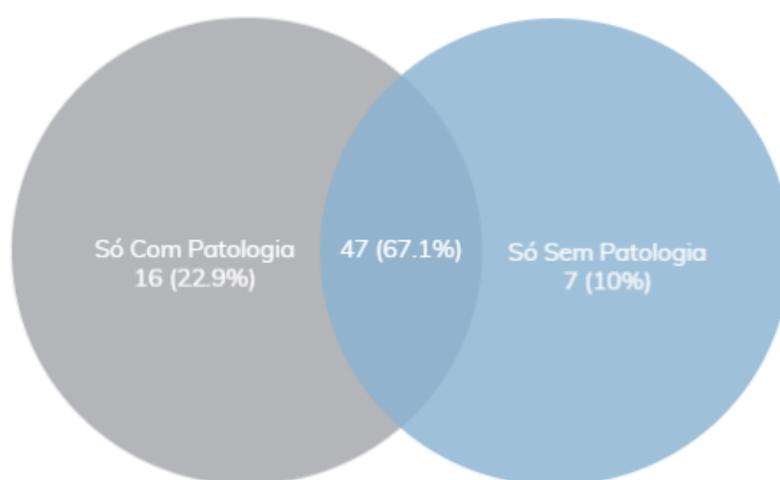


Tabela 5

População Alvo

| Variável | n | % |
|-----------------------------|----|------|
| Crianças (0-14 anos) | 56 | 80 |
| Adolescentes (15-19 anos) | 24 | 34.3 |
| Jovens adultos (20-24 anos) | 13 | 18.6 |
| Adultos (25-59 anos) | 15 | 21.4 |
| Idosos (mais de 60 anos) | 22 | 31.4 |

4.2. Caracterização do *Burnout* e da Saúde dos Psicomotricistas

Ao observar os resultados obtidos relativamente ao *burnout* nos participantes, e recorrendo aos pontos de corte sugeridos pelas autoras Maslach et al. (1996) (Tabela 2),

verificamos que as médias de cada subescala se encontram nos níveis elevados de *Burnout*. Em todas as dimensões, mais de metade dos participantes apresentam valores elevados, mais concretamente 60% na despersonalização, 64% na exaustão emocional e 100% na realização pessoal.

A caracterização da saúde dos participantes permitiu verificar pontuações elevadas (pior saúde), em três das quatro subescalas, tendo por base os pontos de corte 4/5 para as subescalas e 23/24 para a escala total do GHQ-28 (Pais-Ribeiro et al., 2015), maioria dos participantes apresenta valores acima do ponto de corte, nomeadamente 71% nos sintomas somáticos, 76% na ansiedade e insónia e 93% na disfunção social. Apenas na depressão geral os valores contrariam esta tendência, havendo 81% dos psicomotricistas com cotações abaixo do ponto de corte. Relativamente à cotação da escala total, 56% dos participantes encontram-se acima do ponto de corte.

4.3. Associação entre *Burnout* e Saúde dos Psicomotricistas

De modo a avaliar a associação entre as variáveis do *burnout* e da saúde dos psicomotricistas, foram calculados os coeficientes de correlação de Spearman (r_s) (ver Tabela 6). Relativamente à sua direção, todas as correlações são positivas.

Tabela 6

Estatísticas Descritivas e Correlações entre Burnout e Saúde Geral dos Psicometricistas

| Variável | Mdn | M | DP | Mín. | Máx | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|------------------------|-------|-------|------|------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| MBI-HSS | | | | | | | | | | | |
| 1. Exaustão Emocional | 31.00 | 29.84 | 7.74 | 16 | 45 | .52** | .60** | .59** | .55** | .56** | .35** |
| 2. Despersonalização | 11.00 | 11.48 | 4.48 | 4 | 22 | - | .37** | .15 | .44** | .30* | .13 |
| 3. Realização Pessoal | 24.50 | 24.61 | 3.25 | 14 | 32 | | - | .32** | .34** | .15 | .15 |
| GHQ-28 | | | | | | | | | | | |
| 4. Sintomas Somáticos | 6.00 | 6.44 | 3.78 | 0 | 21 | | | - | .63** | .45** | .46** |
| 5. Ansiedade e Insónia | 7.00 | 8.06 | 4.48 | 0 | 19 | | | | - | .52** | .45** |
| 6. Disfunção Social | 8.00 | 8.63 | 2.69 | 2 | 14 | | | | | - | .25* |
| 7. Depressão Grave | 1.00 | 2.33 | 3.10 | 0 | 14 | | | | | | - |

Nota: MBI-HSS – Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey; GHQ-28 – General Health Questionnaire

* $p < .05$; ** $p < .01$

Relativamente à associação entre o *burnout* e a saúde, verificam-se correlações significativas positivas fortes entre exaustão emocional e sintomas somáticos, $r_s=.59$, $p<.001$, ansiedade e insónia, $r_s=.55$, $p<.001$, disfunção social, $r_s=.56$, $p<.001$, e entre ansiedade e insónia e sintomas somáticos, $r_s=.63$, $p<.001$ e disfunção social, $r_s=.52$, $p<.001$. Entre as três dimensões de *burnout* encontram-se correlações significativas positivas fortes entre exaustão emocional e despersonalização, $r_s=.52$, $p<.001$ e realização pessoal, $r_s=.60$, $p<.001$, e correlações positivas significativas moderadas entre a exaustão emocional e depressão grave, $r_s=.35$, $p=.003$ e entre despersonalização e realização pessoal, $r_s=.37$, $p=.001$.

As correlações positivas significativas são moderadas entre realização pessoal e sintomas somáticos, $r_s=.32$, $p=.007$, e ansiedade e insónia, $r_s=.38$, $p=.004$, entre sintomas somáticos e disfunção social, $r_s=.45$, $p<.001$ e depressão grave, $r_s=.46$, $p<.001$, entre

ansiedade e insónia e depressão grave, $r_s=.45$, $p<.001$ e entre disfunção social e depressão grave, $r_s=.25$, $p=.037$.

Os resultados mostram ainda que as médias das cotações totais de cada uma das subescalas de *burnout* se encontram no nível “alto” do espectro apresentado por Maslach et al., 1996 (ver Tabela 2), ou seja, a maioria dos psicomotricistas que participaram no estudo experienciam *burnout* em todas as suas dimensões – 60% dos participantes na despersonalização, 64% na exaustão emocional e 100% na realização pessoal.

4.4. *Burnout* e Saúde dos Psicomotricistas em Função de Variáveis Sociodemográficas

O teste Mann-Whitney sugere que os participantes com idades compreendidas entre os 30 e os 46 anos apresentam uma maior pontuação comparativamente aos participantes mais novos (22 a 29 anos) em duas das subescalas do GHQ-28, designadamente nos sintomas somáticos, $U = 420.000$, $p=.024$ e na ansiedade e insónia, $U = 419.500$, $p=.24$ (Tabela 7).

Na variável referente à área geográfica, não se verificaram diferenças significativas em qualquer variável da saúde e do *burnout*.

Tabela 7

Burnout e Saúde dos Psicomotricistas em função da Idade

| Variável | 22-29 anos | | | 30-46 anos | | | Total | | |
|----------------------|------------|-------|------|------------|-------|------|-------|-------|------|
| | Mdn | M | DP | Mdn | M | DP | Mdn | M | DP |
| MBI-HSS | | | | | | | | | |
| Exaustão Emocional | 31.00 | 29.67 | 6.87 | 30.50 | 29.73 | 8.16 | 31.00 | 29.84 | 7.74 |
| Despersonalização | 11.00 | 11.63 | 3.85 | 11.50 | 11.64 | 4.75 | 11.00 | 11.49 | 4.48 |
| Realização Pessoal | 24.00 | 23.92 | 2.45 | 25.50 | 24.95 | 3.15 | 24.50 | 24.61 | 3.25 |
| GHQ-28 | | | | | | | | | |
| Sintomas Somáticos* | 6.00 | 5.79 | 2.69 | 6.00 | 6.95 | 4.99 | 6.00 | 6.44 | 3.78 |
| Ansiedade e Insónia* | 7.00 | 7.29 | 3.93 | 7.50 | 8.23 | 4.97 | 7.00 | 8.06 | 4.48 |
| Disfunção Social | 8.00 | 8.33 | 2.66 | 9.00 | 8.77 | 2.65 | 8.00 | 8.63 | 2.69 |
| Depressão Grave | 1.00 | 2.29 | 2.79 | 1.50 | 2.91 | 3.65 | 1.00 | 2.33 | 3.10 |

Nota: * $p < .05$ para teste de Mann-Whitney

4.5. Burnout e Saúde dos Psicomotricistas em Função de Variáveis Profissionais

Na variável apoio à prática profissional, não se verificaram diferenças significativas em nenhum dos instrumentos (Anexo IV).

No que diz respeito aos anos de serviço, o teste de Kruskal-Wallis sugere a pontuação de sintomas somáticos é significativamente diferente entre psicomotricistas que trabalham há menos de cinco anos, entre cinco e dez e os que trabalham há mais de dez anos, $H=6.144$, $p=.046$. Uma série de testes post-hoc de comparações múltiplas mostra, através do teste de Mann-Whitney, que os níveis de sintomas somáticos são mais baixos nos psicomotricistas com menos de cinco anos de serviço comparativamente aos que têm entre cinco e dez, $U=225.500$, $p=.021$ e aos psicomotricistas com mais anos de experiência, $U=175.000$, $p=.099$ (Tabela 8).

Relativamente ao tipo de vinculação contratual, o teste Kruskal-Wallis permite verificar uma diferença marginalmente significativa a nível dos sintomas somáticos, $H=4.947$, $p=.084$. Testando as comparações múltiplas, o teste de Mann-Whitney mostra que os níveis de sintomas somáticos são superiores nos participantes que trabalham por conta própria, $U=54.500$, $p=.055$ (Tabela 9). Já relativamente à duração do contrato, não se verificaram diferenças significativas (Tabela 10).

O teste de Kruskal-Wallis indica que os valores de Ansiedade e Insónia apresentam uma diferença marginalmente significativa entre psicomotricistas que trabalham em apenas um Domínio de Intervenção, em dois ou em mais de três domínios, $H=5.259$, $p=.072$. Os testes de Mann-Whitney realizados post-hoc mostram que os valores são significativamente superiores nos psicomotricistas que trabalham em mais de três domínios em relação aos que trabalham apenas num, $U=99.500$, $p=.052$, e que existe também uma tendência semelhante entre os psicomotricistas que trabalham em dois domínios e em mais de três, $U=319.000$, $p=.078$ (ver Tabela 11).

Os psicomotricistas que trabalham em domínio reabilitativo apresentam níveis mais elevados de sintomas somáticos, $U=401.500$, $p=.013$, ansiedade e insónia, $U=396.500$, $p=.011$ e depressão grave, $U=407.000$, $p=.012$, do que os profissionais que não trabalham neste domínio. Os participantes que intervêm em domínio terapêutico apresentam

resultados mais desfavoráveis na realização pessoal, $U=84.5000$, $p=.023$, do que os que não intervêm neste domínio (Tabela 12).

Comparando psicomotricistas que trabalham com uma população com patologia, sem patologia e que trabalham com ambas as populações, o teste de Kruskal-Wallis sugere que os níveis de Ansiedade e Insónia são marginalmente significativamente diferentes, $H=5.874$, $p=.053$. Comparações múltiplas post-hoc usando o teste de Mann-Whitney, permitem verificar uma diferença significativa em que os valores são mais elevados nos psicomotricistas que trabalham com populações com patologia do que nos que trabalham com indivíduos sem patologia, $U=18.000$, $p=.010$. Comparativamente aos participantes que trabalham com ambos os tipos de população (com e sem patologia), os que trabalham apenas com casos de patologia apresentam níveis marginalmente mais elevados de ansiedade e insónia, $U=269.500$, $p=.091$ (Tabela 13).

Tabela 8*Burnout e Saúde dos Psicometricistas em função dos Anos de Serviço*

| Variável | - 5 anos de serviço | | | 5 – 10 anos de serviço | | | + 10 anos de serviço | | | Total | | |
|---------------------|---------------------|-------|---------------|------------------------|-------|---------------|----------------------|-------|---------------|---------|-------|---------------|
| | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão |
| MBI-HSS | | | | | | | | | | | | |
| Exaustão Emocional | 29.00 | 29.19 | 8.28 | 31.00 | 30.65 | 7.41 | 30.00 | 29.94 | 7.49 | 31.00 | 29.84 | 7.74 |
| Despersonalização | 10.00 | 11.71 | 4.81 | 12.00 | 11.17 | 4.72 | 12.00 | 11.50 | 3.65 | 11.00 | 11.49 | 4.48 |
| Realização Pessoal | 24.00 | 24.16 | 3.65 | 26.00 | 25.09 | 3.15 | 25.00 | 24.81 | 2.54 | 24.50 | 24.61 | 3.25 |
| GHQ-28 | | | | | | | | | | | | |
| Sintomas Somáticos* | 5.00 | 5.55 | 4.07 | 8.00 | 7.26 | 3.63 | 6.50 | 7.00 | 3.20 | 6.00 | 6.44 | 3.78 |
| Ansiedade e Insónia | 7.00 | 7.39 | 4.46 | 8.00 | 8.13 | 4.58 | 9.00 | 9.25 | 4.40 | 7.00 | 8.06 | 4.48 |
| Disfunção Social | 8.00 | 8.65 | 3.05 | 9.00 | 8.74 | 2.45 | 7.00 | 8.44 | 2.42 | 8.00 | 8.63 | 2.69 |
| Depressão Grave | 2.00 | 3.00 | 3.77 | 1.00 | 1.87 | 2.30 | 0.50 | 1.69 | 2.50 | 1.00 | 2.33 | 3.10 |

Nota: * $p < .05$ para teste de Mann-Whitney

Tabela 9*Burnout e Saúde dos Psicometricistas em função do Tipo de Vinculação Contratual*

| Variável | Conta própria | | | Outrem | | | Ambos | | | Total | | |
|---------------------|---------------|-------|---------------|---------|-------|---------------|---------|-------|---------------|---------|-------|---------------|
| | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão |
| MBI-HSS | | | | | | | | | | | | |
| Exaustão Emocional | 30.00 | 28.32 | 7.25 | 34.00 | 31.57 | 7.82 | 31.00 | 32.63 | 8.18 | 31.00 | 30.41 | 7.72 |
| Despersonalização | 12.00 | 11.96 | 4.20 | 10.00 | 11.50 | 4.64 | 11.00 | 11.38 | 5.48 | 11.00 | 11.67 | 4.51 |
| Realização Pessoal | 24.00 | 24.08 | 2.78 | 26.00 | 25.10 | 3.94 | 26.00 | 26.13 | 1.46 | 25.00 | 24.83 | 3.31 |
| GHQ-28 | | | | | | | | | | | | |
| Sintomas Somáticos* | 6.00 | 5.92 | 4.40 | 7.00 | 6.83 | 3.06 | 8.50 | 8.63 | 3.25 | 7.00 | 6.70 | 3.71 |
| Ansiedade e Insónia | 6.00 | 7.12 | 4.43 | 8.50 | 8.67 | 4.69 | 10.00 | 10.63 | 3.54 | 8.00 | 8.30 | 4.54 |
| Disfunção Social | 8.00 | 8.36 | 3.04 | 8.50 | 8.83 | 2.76 | 9.00 | 9.38 | 2.07 | 8.00 | 8.71 | 2.78 |
| Depressão Grave | 1.00 | 2.24 | 3.76 | 2.00 | 2.67 | 2.76 | 2.00 | 2.88 | 3.09 | 1.00 | 2.52 | 3.19 |

Nota: * $p < .05$ para teste de Mann-Whitney

Tabela 10*Burnout e Saúde dos Psicometricistas em função da Duração da Vinculação Contratual*

| Variável | Efetivo | | | Termo | | | Total | | |
|---------------------|---------|-------|---------------|---------|-------|---------------|---------|-------|---------------|
| | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão |
| MBI-HSS | | | | | | | | | |
| Exaustão Emocional | 35.00 | 33.00 | 7.50 | 33.00 | 30.54 | 7.64 | 34.00 | 31.81 | 7.53 |
| Despersonalização | 10.00 | 11.43 | 4.27 | 12.00 | 11.92 | 5.60 | 10.00 | 11.67 | 4.87 |
| Realização Pessoal | 25.50 | 25.64 | 2.37 | 24.00 | 24.23 | 4.11 | 25.00 | 24.96 | 3.33 |
| GHQ-28 | | | | | | | | | |
| Sintomas Somáticos | 8.50 | 7.93 | 3.50 | 6.00 | 6.54 | 3.23 | 8.00 | 7.26 | 3.38 |
| Ansiedade e Insónia | 8.00 | 9.21 | 4.34 | 7.00 | 8.38 | 3.71 | 8.00 | 8.81 | 3.99 |
| Disfunção Social | 9.50 | 9.43 | 2.62 | 9.00 | 9.62 | 2.43 | 9.00 | 9.52 | 2.49 |
| Depressão Grave | 1.00 | 2.07 | 2.50 | 0.00 | 2.23 | 3.83 | 1.00 | 2.15 | 3.15 |

Tabela 11*Burnout e Saúde dos Psicometricistas em função do Total de Domínios de Intervenção*

| Variável | Um domínio | | | Dois domínios | | | Mais de três domínios | | | Total | | |
|----------------------|------------|-------|---------------|---------------|-------|---------------|-----------------------|-------|---------------|---------|-------|---------------|
| | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão |
| MBI-HSS | | | | | | | | | | | | |
| Exaustão Emocional | 29.00 | 30.45 | 8.18 | 30.00 | 28.24 | 7.96 | 31.00 | 31.17 | 7.34 | 31.00 | 29.84 | 7.74 |
| Despersonalização | 13.00 | 11.64 | 4.23 | 10.00 | 10.83 | 4.80 | 11.00 | 12.07 | 4.31 | 11.00 | 11.49 | 4.48 |
| Realização Pessoal | 23.00 | 23.64 | 2.66 | 24.00 | 24.10 | 3.47 | 25.50 | 25.47 | 3.10 | 24.50 | 24.61 | 3.25 |
| GHQ-28 | | | | | | | | | | 6.00 | | 3.78 |
| Sintomas Somáticos | 5.00 | 5.00 | 4.05 | 6.00 | 6.10 | 4.23 | 7.00 | 7.30 | 3.08 | | 6.44 | |
| Ansiedade e Insónia* | 7.00 | 6.00 | 4.40 | 7.00 | 7.31 | 3.99 | 10.00 | 9.53 | 4.61 | 7.00 | 8.06 | 4.48 |
| Disfunção Social | 8.00 | 8.55 | 2.38 | 8.00 | 8.48 | 2.53 | 8.50 | 8.80 | 3.01 | 8.00 | 8.63 | 2.69 |
| Depressão Grave | 0.00 | 1.00 | 1.41 | 1.00 | 2.41 | 3.61 | 2.00 | 2.73 | 2.95 | 1.00 | 2.33 | 3.10 |

Nota: * $p < .05$ para teste de Mann-Whitney

Tabela 12*Burnout e Saúde dos Psicometricistas em função do Tipo de Domínio de Intervenção*

| Variável | Preventivo | | | Educativo | | | Reeducativo | | | Reabilitativo* | | | Terapêutico* | | | |
|----------------------|------------|-------|------|-----------|------|------|-------------|------|------|----------------|-------|------|--------------|-------|------|--|
| | Mdn | M | DP | Mdn | M | DP | Mdn | M | DP | Mdn | M | DP | Mdn | M | DP | |
| MBI-HSS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exaustão Emocional | 27,00 | 28,31 | 7,43 | 31,0 | 29,5 | 7,44 | 36,0 | 33,2 | 7,35 | 31,50 | 31,42 | 7,31 | 31,00 | 30,25 | 7,76 | |
| Despersonalização | 9,50 | 10,54 | 4,16 | 12,0 | 12,0 | 4,23 | 13,0 | 12,8 | 4,80 | 10,00 | 11,78 | 4,85 | 12,00 | 11,77 | 4,51 | |
| Realização Pessoal* | 24,50 | 24,88 | 3,42 | 25,0 | 24,9 | 3,66 | 26,0 | 25,2 | 4,43 | 25,50 | 25,22 | 3,20 | 25,00 | 24,95 | 2,98 | |
| GHQ-28 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sintomas Somáticos* | 6,00 | 6,46 | 3,14 | 6,0 | 6,0 | 3,08 | 8,0 | 7,9 | 3,51 | 7,50 | 7,61 | 3,73 | 6,00 | 6,59 | 3,85 | |
| Ansiedade e Insónia* | 7,00 | 7,38 | 4,21 | 7,0 | 7,9 | 4,37 | 10,0 | 10,5 | 4,96 | 10,00 | 9,47 | 4,40 | 7,50 | 8,34 | 4,48 | |
| Disfunção Social | 8,00 | 8,35 | 2,80 | 9,0 | 8,9 | 2,90 | 10,0 | 9,6 | 2,61 | 8,50 | 8,81 | 2,72 | 8,00 | 8,53 | 2,72 | |
| Depressão Grave* | 1,00 | 1,65 | 2,17 | 1,0 | 2,4 | 3,40 | 4,0 | 3,3 | 3,03 | 2,00 | 2,94 | 3,22 | 1,00 | 2,45 | 3,16 | |

Nota: * $p < .05$ para teste de Mann-Whitney

Tabela 13*Burnout e Saúde dos Psicometricistas em Intervenção em Populações com e/ou sem Patologia*

| Variável | com patologia | | | sem patologia | | | com e sem patologia | | | Total | | |
|----------------------|---------------|-------|---------------|---------------|-------|---------------|---------------------|-------|---------------|---------|-------|---------------|
| | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão |
| MBI-HSS | | | | | | | | | | | | |
| Exaustão Emocional | 34.00 | 32.44 | 6.70 | 32.00 | 29.29 | 7.41 | 29.00 | 29.04 | 8.07 | 31.00 | 29.84 | 7.74 |
| Despersonalização | 13.00 | 12.63 | 4.75 | 14.00 | 13.00 | 3.56 | 10.00 | 10.87 | 4.47 | 11.00 | 11.49 | 4.48 |
| Realização Pessoal | 24.50 | 25.00 | 2.88 | 24.00 | 24.57 | 3.51 | 25.00 | 24.49 | 3.38 | 24.50 | 24.61 | 3.25 |
| GHQ-28 | | | | | | | | | | | | |
| Sintomas Somáticos | 6.00 | 6.75 | 2.74 | 2.00 | 4.14 | 4.22 | 7.00 | 6.68 | 3.97 | 6.00 | 6.44 | 3.78 |
| Ansiedade e Insónia* | 11.00 | 9.69 | 3.46 | 7.00 | 5.29 | 2.98 | 7.00 | 7.91 | 4.79 | 7.00 | 8.06 | 4.48 |
| Disfunção Social | 8.00 | 8.63 | 2.58 | 7.00 | 8.86 | 3.24 | 8.00 | 8.60 | 2.71 | 8.00 | 8.63 | 2.69 |
| Depressão Grave | 2.50 | 3.19 | 3.17 | 1.00 | 3.00 | 3.87 | 1.00 | 1.94 | 2.94 | 1.00 | 2.33 | 3.10 |

Nota: * $p < .05$ para teste de Mann-Whitney

O teste Mann-Whitney permitiu verificar que psicomotricistas que trabalham com crianças e que trabalham com idosos, em comparação com os que trabalham com adolescentes, jovens e adultos, não apresentam diferenças significativas nos níveis de *burnout* ou saúde. No entanto, o mesmo teste mostrou algumas diferenças nas restantes populações-alvo. Os participantes que trabalham com adolescentes apresentam uma diferença marginalmente superior nos níveis de despersonalização comparativamente aos que não trabalham com esta população, $U=408.000$, $p=.074$. Os que trabalham com jovens manifestam valores significativamente mais elevados na exaustão emocional, $U=211.000$, $p=.016$, e ainda uma diferença marginalmente superior nos níveis de ansiedade e insónia, $U=261.500$, $p=.098$. Psicomotricistas que trabalham com adultos apresentam níveis mais elevados de exaustão emocional, com uma diferença significativa em relação aos que não trabalham, $U=257.500$, $p=.026$, e uma diferença marginalmente significativa que mostra valores de sintomas somáticos superiores, $U=294.000$, $p=.088$. No entanto, é possível verificar uma diferença significativa na realização pessoal em psicomotricistas que intervêm com adultos comparativamente aos participantes que não trabalham com esta população, $U=279.500$, $p=.056$, sendo que, por se tratar de uma variável com cotação inversa, quem trabalha com adultos apresenta uma maior realização pessoal (Tabela 14).

Tabela 14*Burnout e Saúde dos Psicometricistas em função da População com que trabalham*

| Variável | Não Trabalha | | | Trabalha | | | Total | | |
|---------------------|--------------|-------|---------------|----------|-------|---------------|---------|-------|---------------|
| | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão |
| Crianças | | | | | | | | | |
| MBI-HSS | | | | | | | | | |
| Exaustão Emocional | 29.00 | 28.21 | 7.61 | 31.00 | 30.25 | 7.79 | 31.00 | 29.84 | 7.74 |
| Despersonalização | 10.00 | 10.14 | 4.09 | 12.00 | 11.82 | 4.55 | 11.00 | 11.49 | 4.48 |
| Realização Pessoal | 25.00 | 25.00 | 3.49 | 24.50 | 24.52 | 3.21 | 24.50 | 24.61 | 3.25 |
| GHQ-28 | | | | | | | | | |
| Sintomas Somáticos | 5.00 | 5.21 | 3.04 | 7.00 | 6.75 | 3.91 | 6.00 | 6.44 | 3.78 |
| Ansiedade e Insónia | 7.00 | 7.36 | 4.31 | 7.50 | 8.23 | 4.54 | 7.00 | 8.06 | 4.48 |
| Disfunção Social | 7.50 | 7.71 | 2.43 | 8.00 | 8.86 | 2.73 | 8.00 | 8.63 | 2.69 |
| Depressão Grave | 2.00 | 2.43 | 2.90 | 1.00 | 2.30 | 3.17 | 1.00 | 2.33 | 3.10 |
| Adolescentes | | | | | | | | | |
| MBI-HSS | | | | | | | | | |
| Exaustão Emocional | 29.00 | 29.33 | 8.08 | 31.00 | 30.83 | 7.11 | 31.00 | 29.84 | 7.74 |
| Despersonalização | 9.50 | 10.74 | 4.23 | 13.00 | 12.92 | 4.70 | 11.00 | 11.49 | 4.48 |
| Realização Pessoal | 24.00 | 24.65 | 3.19 | 25.00 | 24.54 | 3.41 | 24.50 | 24.61 | 3.25 |
| GHQ-28 | | | | | | | | | |
| Sintomas Somáticos | 6.00 | 6.35 | 3.77 | 6.50 | 6.63 | 3.89 | 6.00 | 6.44 | 3.78 |
| Ansiedade e Insónia | 7.50 | 7.96 | 3.86 | 7.00 | 8.25 | 5.57 | 7.00 | 8.06 | 4.48 |
| Disfunção Social | 8.50 | 8.67 | 2.68 | 8.00 | 8.54 | 2.77 | 8.00 | 8.63 | 2.69 |

| Variável | Não Trabalha | | | Trabalha | | | Total | | |
|---------------------|--------------|-------|---------------|----------|-------|---------------|---------|-------|---------------|
| | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão |
| Depressão Grave | 1.50 | 2.57 | 3.20 | 0.00 | 1.88 | 2.89 | 1.00 | 2.33 | 3.10 |
| Jovens | | | | | | | | | |
| MBI-HSS | | | | | | | | | |
| Exaustão Emocional* | 29.00 | 28.81 | 7.81 | 36.00 | 34.38 | 5.74 | 31.00 | 29.84 | 7.74 |
| Despersonalização | 12.00 | 11.46 | 4.30 | 10.00 | 11.62 | 5.41 | 11.00 | 11.49 | 4.48 |
| Realização Pessoal | 24.00 | 24.56 | 3.33 | 25.00 | 24.85 | 2.97 | 24.50 | 24.61 | 3.25 |
| GHQ-28 | | | | | | | | | |
| Sintomas Somáticos | 6.00 | 6.21 | 3.96 | 7.00 | 7.46 | 2.79 | 6.00 | 6.44 | 3.78 |
| Ansiedade e Insónia | 7.00 | 7.68 | 4.34 | 12.00 | 9.69 | 4.91 | 7.00 | 8.06 | 4.48 |
| Disfunção Social | 8.00 | 8.51 | 2.78 | 10.00 | 9.15 | 2.30 | 8.00 | 8.63 | 2.69 |
| Depressão Grave | 1.00 | 2.35 | 3.01 | 1.00 | 2.23 | 3.56 | 1.00 | 2.33 | 3.10 |
| Adultos | | | | | | | | | |
| MBI-HSS | | | | | | | | | |
| Exaustão Emocional* | 29.00 | 28.82 | 7.70 | 36.00 | 33.60 | 6.90 | 31.00 | 29.84 | 7.74 |
| Despersonalização | 11.00 | 11.35 | 4.18 | 10.00 | 12.00 | 5.61 | 11.00 | 11.49 | 4.48 |
| Realização Pessoal* | 24.00 | 24.25 | 3.35 | 26.00 | 25.93 | 2.52 | 24.50 | 24.61 | 3.25 |
| GHQ-28 | | | | | | | | | |
| Sintomas Somáticos | 6.00 | 6.09 | 3.78 | 9.00 | 7.73 | 3.63 | 6.00 | 6.44 | 3.78 |
| Ansiedade e Insónia | 7.00 | 7.95 | 4.34 | 7.00 | 8.47 | 5.10 | 7.00 | 8.06 | 4.48 |
| Disfunção Social | 8.00 | 8.73 | 2.66 | 8.00 | 8.27 | 2.89 | 8.00 | 8.63 | 2.69 |
| Depressão Grave | 1.00 | 2.18 | 3.02 | 1.00 | 2.87 | 3.42 | 1.00 | 2.33 | 3.10 |

| Variável | Não Trabalha | | | Trabalha | | | Total | | |
|---------------------|--------------|-------|---------------|----------|-------|---------------|---------|-------|---------------|
| | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão |
| Idosos | | | | | | | | | |
| MBI-HSS | | | | | | | | | |
| Exaustão Emocional | 31.00 | 30.50 | 8.06 | 29.00 | 28.41 | 6.96 | 31.00 | 29.84 | 7.74 |
| Despersonalização | 12.00 | 11.96 | 4.44 | 10.00 | 10.45 | 4.50 | 11.00 | 11.49 | 4.48 |
| Realização Pessoal | 25.00 | 24.48 | 3.24 | 24.00 | 24.91 | 3.31 | 24.50 | 24.61 | 3.25 |
| GHQ-28 | | | | | | | | | |
| Sintomas Somáticos | 6.00 | 6.38 | 3.95 | 6.00 | 6.59 | 3.47 | 6.00 | 6.44 | 3.78 |
| Ansiedade e Insónia | 7.50 | 8.31 | 4.93 | 7.00 | 7.50 | 3.32 | 7.00 | 8.06 | 4.48 |
| Disfunção Social | 8.00 | 8.96 | 2.78 | 7.50 | 7.91 | 2.39 | 8.00 | 8.63 | 2.69 |
| Depressão Grave | 1.00 | 2.50 | 3.51 | 2.00 | 1.95 | 1.91 | 1.00 | 2.33 | 3.10 |

5. Discussão dos Resultados

Os principais objetivos deste estudo procuram (1) analisar os níveis de *burnout* e (2) caracterizar a saúde dos participantes e (3) analisar a relação entre as variáveis dos psicomotricistas (saúde mental, variáveis sociodemográficas e variáveis das práticas profissionais) e o *burnout*. Foi ainda feita uma análise à associação entre os valores de *burnout* e a saúde dos psicomotricistas.

Apesar de os objetivos do estudo se focarem principalmente na relação das variáveis sociodemográficas e da prática profissional com o *burnout*, foram tidos em consideração os resultados da saúde na discussão, uma vez que se verificam diferenças significativas relevantes.

5.1. Caracterização do *Burnout* e Saúde dos Psicomotricistas

Ao analisar os resultados dos níveis de *burnout*, observamos que nas suas três dimensões – exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal – mais de metade dos psicomotricistas se encontram acima do ponto de corte definido por Maslach et al. (1996), à exceção da realização pessoal cuja cotação é invertida, que caracterizam os presentes níveis de *burnout* como elevados. Os resultados da realização pessoal criam uma especial preocupação, uma vez que 100% dos participantes apresentam níveis muito baixos que se refletem em elevados níveis de *burnout*. Estes resultados da realização pessoal dos psicomotricistas recomendam mais investigação, nomeadamente sobre quais são os factores que estes profissionais têm em consideração quando procuram sentir-se realizados a nível pessoal e profissional, que pontos de referência positivos e negativos identificam na prática profissional (ex. horários, salário, apoios, reconhecimento), se o impacto que têm nas suas vidas profissionais é equilibrado e, caso não seja, o que poderá ser ajustado para que essa sensação de realização aumente. Ainda assim, apesar de estes valores serem consideravelmente alarmantes, podem-se justificar não só pela complexidade e exigência dos cuidados prestados, como por factores externos inerentes à Saúde enquanto indústria, nomeadamente falta de controlo sobre processos e horários, conflitos entre hierarquias e exigência de trabalhos feitos com acesso a recursos inadequados e/ou insuficientes para a conclusão das tarefas em questão (Marôco et al., 2016; Bridgeman et al., 2017; De Hert, 2020).

Alguns estudos realizados com profissionais de saúde, inclusive de saúde mental, apresentam resultados que vão ao encontro dos níveis de *burnout* obtidos neste estudo com psicomotricistas portugueses. Marcelino et al. (2012), na caracterização da predominância de *burnout* em médicos de família portugueses, concluíram que 25% da amostra (n=153) apresentava níveis elevados de exaustão emocional, 16% de despersonalização e 17% níveis baixos de realização pessoal. Volpe et al. (2014) avaliaram os níveis de *burnout* em 100 profissionais de saúde mental, comparando psiquiatras com outros profissionais não médicos, e concluíram que, apesar de se verificar um maior risco de *burnout* nos psiquiatras, profissionais não médicos apresentam níveis mais baixos de realização pessoal e depressão. Marôco et al. (2016) realizaram um estudo com 1728 médicos e enfermeiros portugueses que resultou em 48% dos participantes com níveis elevados de *burnout*.

Relativamente aos níveis da saúde, os resultados também não são positivos. Pouco mais de metade dos participantes (56%) apresenta valores correspondentes a uma má saúde segundo os pontos de corte apresentados por Pais-Ribeiro et al. (2015) e apenas na subescala depressão geral podemos verificar uma maioria abaixo do ponto de corte definido.

5.2. Associação entre *Burnout* e Saúde dos Psicomotricistas

No que diz respeito à relação entre o *burnout* e a saúde dos psicomotricistas, os resultados mostram correlações significativas positivas entre várias variáveis, consolidando a teoria de que valores mais altos de *burnout* resultam em níveis de saúde mais baixos (Marôco et al., 2016; Ozturk, 2020). Deparamo-nos com valores elevados de ansiedade e insónia, sintomas somáticos, depressão grave e disfunção social quando os níveis de exaustão emocional e despersonalização são também eles elevados e/ou quando a realização pessoal é baixa.

5.3. Associação entre *Burnout*, Saúde e Variáveis da Prática Profissional dos Psicomotricistas

Apesar de não haver diferenças significativas nos valores das variáveis de *burnout*, ao associar estes resultados ao *burnout* e à saúde, verifica-se que as diferenças positivas

com as variáveis sintomas somáticos e ansiedade e insónia são as que surgem significativas com maior frequência. Os níveis destas variáveis aparecem mais altos nos profissionais que exercem profissionalmente na área há mais de 5 anos e nos participantes com idades compreendidas entre os 30 e os 46 anos (faixa etária mais velha do estudo), contrariamente ao previsto tendo em conta o que nos indica a literatura. Estudos realizados com outros profissionais de saúde, inclusive de saúde mental, indicam que profissionais mais velhos e com mais anos de prática profissional apresentam níveis de *burnout* mais reduzidos, que se podem explicar pelo facto de estes terem tido mais tempo para desenvolver mecanismos de coping para lidar com o stress ocupacional e encontrarem um equilíbrio entre a vida pessoal e profissional (Bilge, 2006; Gómez-Urquiza et al., 2016; Marôco et al., 2016).

Tendo em consideração os níveis de *burnout* obtidos nas diferentes dimensões, o esperado seria que se verificassem diferenças significativas nas relações com as restantes variáveis. Contudo, as variáveis que surgem mais frequentemente com diferenças significativas são da saúde e mesmo estas, em correlação com o *burnout*, só apresentam valores significativos no que diz respeito à exaustão emocional.

Apesar de, das três dimensões do *burnout*, os resultados mais marcantes terem sido os da realização pessoal, com a totalidade da amostra a apresentar valores dentro do nível “alto” da síndrome, a única vez em que a variável surge relacionada a variáveis da prática profissional dos psicomotricistas é na intervenção em adultos, em que os níveis mais elevados se encontram nos psicomotricistas que trabalham com esta população (comparativamente aos que não trabalham) embora tanto a exaustão emocional como os sintomas somáticos apresentem níveis mais elevados. O facto de, apesar de se sentirem mais exaustos emocionalmente e manifestarem mais sintomas somáticos possivelmente provenientes dessa mesma exaustão, os psicomotricistas que trabalham com adultos se apresentarem realizados pessoal e profissionalmente poder-se-á justificar pelo gosto pela profissão, pelo facto de ainda que cansativo, seja gratificante acompanhar e ver evoluir, de certa forma, populações que precisam e procuram da sua ajuda profissional.

Estas duas variáveis, sintomas somáticos e ansiedade e insónia, surgem ainda com diferenças significativas consoante o tipo de vínculo laboral e a quantidade de domínios em que o/a psicomotricista intervém. Psicomotricistas que trabalham por conta própria tendem a ter valores de sintomas somáticos mais altos, que se podem justificar pela precariedade e instabilidade salarial (Matilla-Santander et al., 2020), pelo desgaste conse-

quente das deslocções entre diferentes locais de trabalho e pela probabilidade de exercerem em mais do que um contexto e domínio. Face então à quantidade de domínios de intervenção, para além de grande parte dos participantes (42.9%) trabalharem em 3 ou mais domínios, os níveis de ansiedade e insónia são mais elevados nestes psicomotricistas. Uma hipótese que tenta explicar estes resultados passa pela relação entre estes níveis elevados de ansiedade e insónia, a precaridade laboral e instabilidade salarial resultantes dos contratos por conta própria e a consequente necessidade de exercer práticas profissionais em mais do que um domínio de intervenção de modo a atenuar as dificuldades e desafios inerentes a estas condições.

Relativamente à população com que os participantes trabalham, apenas 10% não trabalha com populações com qualquer patologia e dos restantes 90%, 22.9% intervém só com populações com patologia. Os resultados mostram ainda diferenças tanto mais significativas a nível da ansiedade e insónia, quanto mais exclusivamente os profissionais trabalham com pessoas com patologia. É do nosso conhecimento que, segundo a literatura, profissionais de saúde mental enfrentam elevados riscos de desenvolver *burnout*. Fatores como as relações desafiantes com os pacientes e as expectativas existentes relativamente ao seu desempenho profissional que, enquanto profissionais de saúde mental, constam essencialmente do cuidado que prestam ao outro, pondo muitas vezes em causa o próprio bem-estar e saúde mental, são causadores de emoções e sintomas como ansiedade, medo, exaustão e afastamento emocional e diminuição da realização pessoal e profissional (Lim et al., 2010; Rössler, 2012; Volpe et al., 2014). No entanto, não se verificam diferenças significativas em mais nenhuma variável, tanto de *burnout* como de saúde, nos participantes que trabalham com populações com patologia.

No que diz respeito à intervenção na infância, a resposta às necessidades afetivas da criança deve ser essencialmente corporal, através do diálogo tónico-emocional, sendo crucial que o psicomotricista tenha sempre consciência das relações corporais que estabelece e seja capaz de controlar as contratransferências que são incontornáveis na relação terapêutica (Ajuriaguerra, 1976; Vieira et al., 2013). Durante a sua prática profissional, é essencial que o psicomotricista se entregue à relação que cria com a criança, mas apenas o suficiente para que ao mesmo tempo que imerge nesta experiência, mantenha a capacidade de pensar e ser influenciado na sua própria subjetividade. Trata-se, portanto, de uma relação cuja profundidade devemos ter em especial atenção. Sem uma implicação afetiva autêntica por parte do psicomotricista, dificilmente a relação tónica

permite a ressignificação da relação primária. Assim sendo, para que se estabeleça então esta relação corporal afetiva, não pode ser apenas o psicomotricista a conduzi-la. A criança vê no terapeuta um suporte relacional que a permite gerar memórias e emoções nas interações que estabelecem, mantendo-o limitado ao seu sistema relacional, mas ativo nestas mesmas interações (Vieira et al., 2013; Gatecel et al., 2015; Florêncio et al., 2023). Esta complexidade relacional pode tornar o psicomotricista vulnerável a eventuais sobrecargas emocionais relacionadas com estas interações terapêuticas intensas e muitas vezes imprevisíveis e possíveis conflitos emocionais e arcaicos que poderão surgir durante o jogo simbólico e as relações corporais que os expõem a vivências afetivas de grande intensidade. Estas fragilidades que o terapeuta pode sentir poderão, consequentemente, aumentar o risco de desenvolver sintomas de *burnout*. Contudo, apesar dos desafios inerentes à intervenção com crianças, não se verificam níveis mais elevados de *burnout* nem de problemas de saúde nos psicomotricistas que trabalham com esta população. Estes valores poder-se-ão justificar, como anteriormente referido relativamente à intervenção com adultos, pelo prazer e gosto sentido pelos profissionais em relação às funções que exercem enquanto psicomotricistas e pelos resultados que obtém através das suas práticas terapêuticas.

Psicomotricistas que intervêm com adolescentes manifestam níveis de despersonalização mais elevados e os que intervêm com jovens níveis mais altos de exaustão emocional e de ansiedade e insónia. Nos participantes que trabalham com adultos encontramos mais exaustão emocional e sintomas somáticos e, contrariamente ao que seria expectável face às correlações entre as variáveis de saúde e *burnout* anteriormente apresentadas, uma pontuação de realização pessoal mais baixa, ou seja, níveis mais elevados, como acima mencionado.

O facto de os participantes terem ou não algum apoio nas suas práticas profissionais, bem como a própria tipologia desses mesmos apoios (supervisão, intervenção, consultoria, mentoria, prática psicocorporal e terapia), parece não influenciar significativamente os níveis de *burnout* nem saúde. Estes resultados deverão levar-nos a aprofundar conhecimentos sobre o tema para perceber se a perceção que os próprios profissionais têm da importância e impacto destes apoios nas suas práticas profissionais os permite relacionar os resultados dos processos de formação, quer pessoal, quer profissional, com aquilo que sentem durante as práticas e que se poderão refletir em sintomas de *burnout*. No estudo realizado por Florêncio et al. (2023) com formadores de psicomotricistas, foram

indicados alguns mecanismos de defesa que fazem com que os terapeutas sintam dificuldade em implementar as competências da formação pessoal psicocorporal, nomeadamente a racionalização e intelectualização, que criam bloqueios no jogo simbólico e no estabelecimento de relações corporais mais profundas. Outras dificuldades como a onnipotência e a dificuldade em lidar com as próprias angústias e medos (Vieira et al., 2013).

Mila (2011; 2012) defende a imprescindibilidade de apoios e processos psicoterapêuticos ao longo de toda a prática profissional do psicomotricista como resguardos para a sua saúde, insistindo especialmente na importância de um espaço de aprendizagem e formação através da supervisão clínica. Para o autor, este apoio permite não só ao psicomotricista um processo de articulação entre a formação corporal, a teoria e a prática psicomotora, como compreender os seus vínculos, manifestações de transferências e conteúdos do seu inconsciente. Logo após o fim dos ciclos de estudos universitários, é esperado que o psicomotricista continue com a sua formação e trabalhe na sua imagem corporal, uma vez que o trabalho do psicomotricista depende totalmente da expressividade e sensorialidade do próprio corpo que o permite compreender melhor a “linguagem corporal” do outro (Potel, 2012; Mila, 2012). Será então espetável que, na ausência de apoios à prática profissional, o psicomotricista não esteja dotado das competências necessárias a uma boa intervenção terapêutica, o que, olhando para a literatura acerca da síndrome de *burnout*, levaria os profissionais a desenvolver sintomas da mesma.

Ao longo da análise dos resultados, foi possível observar que as variáveis entre as quais se verificam diferenças significativas são as da saúde, mais concretamente sintomas somáticos e ansiedade e insónia. Também se verifica que, quando estas se correlacionam com as variáveis do *burnout*, apenas surgem correlações significativas fortes com a exaustão emocional. No entanto, e apesar de os valores mais discrepantes serem os da realização pessoal, em que a totalidade dos participantes apresenta valores dentro dos níveis elevados de *burnout* da escala de corte de Maslach et al. (1996), a única vez em que a realização pessoal surge com alguma ênfase é na intervenção em adultos, em que os níveis são elevados. Estes valores elevados exigem que lhes seja dedicada atenção e que sejam desenvolvidas estratégias para que não só não aumentem, como para que se compreenda melhor as suas origens e razões.

5.4. Limitações do Estudo

No presente estudo encontraram-se algumas limitações, nomeadamente o tamanho da amostra que é consideravelmente pequeno e a quantidade reduzida de estudos sobre psicomotricistas que permitissem fazer uma comparação de resultados mais fidedigna. Apesar de se ter recorrido a estudos sobre o *burnout* noutros profissionais de saúde que serviram como termo de comparação com os resultados obtidos, a grande maioria referia-se a médicos, enfermeiros, psicólogos e/ou psiquiatras que, embora sejam profissionais da área da saúde como os psicomotricistas, a intervenção que fazem é consideravelmente diferente.

Existem algumas contradições entre os resultados obtidos e os esperados face ao que a literatura nos apresenta, nomeadamente a nível dos valores de *burnout* que embora sejam elevados na grande maioria dos participantes, quando associadas às restantes variáveis do estudo, à exceção da intervenção com adolescentes, jovens e adultos, não manifestam diferenças significativas. Verificam-se ainda sobreposições de domínios e áreas de intervenção, em que alguns psicomotricistas indicam nas suas respostas domínios de intervenção em populações nas quais esses domínios não se aplicam e áreas de intervenção que se repetem.

O instrumento utilizado para a análise dos valores de saúde (GHQ-28) retrata particularmente factores de saúde mental, tendo feito sentir falta de um instrumento que permitisse avaliar variáveis da saúde física.

5.5. Recomendações e Sugestões para a Prática

Sendo o psicomotricista um profissional que, entre outras áreas, intervém em saúde mental, é essencial que este passe por espaços que o permitam proteger a sua própria saúde mental (Mila, 2012) de modo a, conseqüentemente, resguardar-se de eventuais sintomas de *Burnout*.

Os resultados obtidos relativamente à relação entre a ausência de qualquer tipo de apoio à prática profissional e uma presença mais significativa de sintomas de *burnout* ou níveis de saúde mais baixos podem levantar algumas questões sobre o impacto que estes apoios têm na prática profissional dos psicomotricistas, em que medida é que os profissionais têm consciência desse mesmo impacto e, no caso de o reconhecerem, per-

ceber o que os afasta ou impede de recorrer a esses apoios. Sugerimos então que sejam desenvolvidas estratégias em conjunto com os psicomotricistas e a Associação Portuguesa de Psicomotricidade para que sejam tomadas medidas de prevenção a curto e médio-longo prazo, quer a nível individual, como institucional e organizacional.

A quantidade reduzida de estudos sobre psicomotricistas permitiu-nos a abertura de um novo campo de estudo e, com ele, os psicomotricistas juntam-se agora aos profissionais de saúde com *burnout*. Sugerimos então que sejam realizados mais estudos sobre o *Burnout* nestes profissionais de modo a tornar possível uma melhor compreensão desta síndrome e para permitir o desenvolvimento de estratégias mais adequadas à realidade destes profissionais para prevenir situações de *burnout* e o agravamento dos seus sintomas. Esta intervenção idealmente com foco a nível preventivo deverá ser direcionada não só ao psicomotricista enquanto indivíduo, mas também à Associação Portuguesa de Psicomotricidade enquanto organização no sentido de apelar a população de profissionais da área a procurar apoio e aumentar o seu conhecimento acerca do tema.

Algumas recomendações com base nas diretrizes da OMS (2024) sobre o *burnout* incluem a redução da carga laboral, melhorar a comunicação e o trabalho em equipa, implementar apoios a profissionais com problemas de saúde mental, promover intervenções psicossociais para desenvolver competências de gestão de stress, reduzir o sofrimento emocional e melhorar a saúde mental, incentivar a atividade física.

Em resposta ao quarto e quinto objetivos deste estudo, procurou-se compactar os resultados obtidos e apresentá-los, bem como algumas considerações e recomendações expostas no presente ponto, num infográfico (Anexo V).

6. Conclusão

Existindo estudos sobre o *Burnout* em profissionais de saúde portugueses (Marcelino et al., 2012; Marôco et al., 2016; Murcho & Pacheco, 2021), não existe até à data algum estudo acerca do *Burnout* em psicomotricistas. Assim, perante tal falta, surgiu a necessidade de analisar os níveis de *burnout* em psicomotricistas portugueses, caracterizar a sua saúde física e mental e as suas práticas profissionais de modo a examinar a relação entre todas estas variáveis.

Através de um protocolo aplicado a 70 psicomotricistas portugueses que engloba um questionário sociodemográfico e um relativo às práticas profissionais, o MBI-HSS (Maslach et al., 1996) e o GHQ-28 (Goldberg & Hillier, 1979), recolheram-se dados que permitiram caracterizar a amostra e examinar a relação entre todas as variáveis.

Os resultados obtidos mostram uma maioria dos participantes com elevados níveis de *burnout* nas suas três dimensões, apresentando diferenças significativas na intervenção com adolescentes, jovens e adultos, e níveis de saúde baixos. Ainda que os dados recolhidos tenham refletido uma realidade que, apesar de preocupante, não foi uma surpresa tendo em conta o que se conhece de outros profissionais de saúde, ainda existem muitas estratégias a desenvolver para que estes valores não continuem a aumentar. É essencial que os psicomotricistas saibam identificar os sintomas de *burnout*, procurem ajuda e realizem ações de autocuidado (ex. horário de sono regular, diferenciação concreta entre horário laboral e pessoal/social, prática de exercício físico, ...) quando os reconhecem em si próprios.

Apesar das suas limitações (e.g., tamanho da amostra, falta de um instrumento que permita analisar a saúde física e geral para além da mental), este estudo proporciona uma primeira abordagem sobre o fenómeno do *burnout* em psicomotricistas, sendo essencial realizar mais estudos sobre esta síndrome nestes profissionais. Olhando ainda para a realidade atual a nível não só nacional, como global, poderá ser interessante realizar novos estudos sobre a síndrome nos profissionais de saúde, nomeadamente em psicomotricistas, e em como certos factores externos poderão influenciar os resultados obtidos.

7. Referências Bibliográficas

- Ajuriaguerra, J. (1976) *Manual de Psiquiatria Infantil*. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Ed. Masson.
- Alexandrova-Karamanova. A., Todorova. I., Montgomery. A., Panagopoulou. E., Costa. P., Baban. A., Davas. A., Milosevic. M., & Mijakoski. D. (2016). Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 89(7). 1059–1075. <https://doi.org/10.1007/s00420-016-1143-5>
- Alvo. A., Silva. J., Braga. M., Amorim. N., Pina. P. & Pereira. R. (2013). *Empregabilidade nos Recém-Mestres em Reabilitação Psicomotora pela Faculdade de Motricidade Humana*. Documento não publicado realizado no âmbito da Unidade Curricular de Formação Profissional e Organização do Trabalho do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (2011). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses*. Retirado de <http://www.appsicomotricidade.pt/sites/default/files/Dossier%20AR%20%20Vers%C3%A3o%20Digital.pdf>
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP] (2017). *Regulamentação da Profissão de Psicomotricista*. Retirado de <https://www.appsicomotricidade.pt/app/peticao/>
- Beck, E. R., McIlfratrick, S., Hasson, F., & Leavey, G. (2017). Health care professionals' perspectives of advance care planning for people with dementia living in long-term care settings: A narrative review of the literature. *Dementia*, 16(4), 486-512.
- Bombana, J. A. (2006). Sintomas Somáticos inexplicados Clinicamente: Um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(4), 308–312. <https://doi.org/10.1590/s0047-20852006000400007>

- Borchers, P., Seikkula, J., & Arnkil, T. (2014). The need-adapted approach in psychosis: The impact of psychosis on the treatment and the professionals. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 16(1), 5-19.
- Bosc, M. J. C. P. (2000). Assessment of social functioning in depression. *Comprehensive Psychiatry*, 41(1), 63-69. [https://doi:10.1016/S0010-440X\(00\)90133-0](https://doi:10.1016/S0010-440X(00)90133-0)
- Branquinho, C., & Falcão, S. (2021). Boas práticas no acompanhamento em gerontopsicomotricidade da pessoa com demência moderada a avançada. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, pp. 5–23.
- Bridgeman. P. J., Bridgeman. M. B., & Barone. J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *The Bulletin of the American Society of Hospital Pharmacists*. 75(3). 147-152.
- De Hert. S. (2020). Burnout in healthcare workers: prevalence. impact and preventative strategies. *Local and regional anaesthesia*. 13. 171.
- European Forum of Psychomotricity [FEP] (2012). Psychomotrician Professional Competences in Europe. *Paper presented at the EFP General Assembly*. https://psychomot.org/documents-inventory/professional_competences_2012
- European Forum of Psychomotricity [EFP] (2012). Psychomotrician Professional Competences in Europe. Retrieved February, 2022. from https://psychomot.org/documents-inventory/professional_competences_2012
- Farber. B. A., & Heifetz. L. J. (1982). The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional Psychology*. 13(2). 293–301. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.13.2.293>
- Florêncio, R. D., Lisboa, A. M., Martini, L. (2023). A especificidade profissional do psicomotricista e a formação pessoal psicocorporal. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidade y Técnicas Corporales*. Nº 48. 98-117
- Freudenberger. H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 30: 159–165.
- Friedman (1985). Making family therapy easier for the therapist: Burnout prevention. *Family Process*. 24(4). 549–553. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1985.00549.x>

- García, L. & Camps, M. (2004). Intervención psicomotriz: una experiencia de formación global en tres dimensiones desde la persona. *III Symposium Iberoamericano de Docencia Universitaria: Hacia un espacio de aprendizaje compartido*. Universidad de Deusto.
- García, L. & Camps, M. (2006). Formación en la práctica: la adquisición de competencias profesionales en psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, Vol. 6 (4), 24, 79-92
- Giromini, F., Pavot-Lemoine, C., Robert-Ouvray, S. B., & Vachez-Gatecel, A. (2022). La psychomotricité (1a). Que sais-je?
- Guclu, O., Karadag, M., Akkoyunlu, M. E., Acican, T., Sertogullarindan, B., Kirbas, G., & Kaya, A. (2021). Association between burnout, anxiety and insomnia in healthcare workers: a cross-sectional study. *Psychology, Health & Medicine*, 1–13. <https://doi:10.1080/13548506.2021.1874434>
- Hill, J., Pilkonis, P. A., & Bear, J. (2010). Social domains, personality, and interpersonal functioning. Handbook of interpersonal psychology: *Theory, research, assessment, and therapeutic interventions*, 281-296.
- Instituto Nacional de Estatística [NUTS] (2013). As novas unidades territoriais para fins estatísticos. Lisboa : INE, 2015 [url:https://www.ine.pt/xurl/pub/230205992](https://www.ine.pt/xurl/pub/230205992)
- Jagannath. G. (2021). Burnout syndrome in Healthcare Professionals. *Telangana Journal of Psychiatry*. 6(2). 105–109. <https://doi.org/10.18231/j.tjp.2020.023>
- Kestnbaum. J. D. (1984). Expectations for therapeutic growth: One factor in Burnout. *Social Casework*. 65(6). 374–377. <https://doi.org/10.1177/104438948406500609>
- Lim. N., Kim. E. K., Kim. H., Yang. E., & Lee. S. M. (2010). Individual and work-related factors influencing burnout of mental health professionals: A meta-analysis. *Journal of Employment Counseling*. 47(2). 86–96. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1920.2010.tb00093.x>
- Livingston, G., Pitfield, C., Morris, J., Manela, M., LewisHolmes, E., & Jacobs, H. (June 2012). Care at the end of life for people with dementia living in a care home: A qualitative study of staff experience and attitudes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(6), 643–650.

- Marcelino. G., Cerveira. J. M., Carvalho. I., Costa. J. A., Lopes. M., Calado. N. E., & Marques-Vidal. P. (2012). Burnout levels among Portuguese family doctors: A nationwide survey. *BMJ Open*. 2(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001050>
- Marôco. J., Marôco. A. L., Leite. E., Bastos. C., Vazão. M. J., & Campos. J. (2016). Burnout em Profissionais da saúde portuguesas: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Médica Portuguesa*. 29(1). 24. <https://doi.org/10.20344/amp.6460>
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In Fonseca, V. & Martins, R. (Ed.). *Progressos em Psicomotricidade* (29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Maslach. C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*. 5(9). 16–22
- Maslach. C. & Schaufeli. W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. 1-16.
- Maslach. C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Maslach. C. (2004). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In: Perrewe PL. Ganster DC. eds. *Research in occupational stress and well-being*. 91-134. Oxford: Elsevier.
- Maslach. C., & Goldberg. J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*. 7(1). 63–74. [https://doi.org/10.1016/s0962-1849\(98\)80022-x](https://doi.org/10.1016/s0962-1849(98)80022-x)
- Maslach. C., & Jackson. S.E. (1981). *The Maslach Burnout Inventory*. Research edition.
- Maslach. C., & Leiter. M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry*. 15(2). 103-111.
- Maslach. C., Leiter. M. P. & Schaufeli. W. B. (2008). Measuring burnout. In C. L. Cooper & S. Cartwright (Eds.). *The Oxford handbook of organizational well-being*. 86- 108.
- Maslach. C., Schaufeli. W., & Leiter. M. (2001). Job burnout. In: S. T. Fiske; D. L. Schacter. & C. Zahn-Waxler (eds.). *Annual Review of Psychology*. 52: 397-422.

- Matilla-Santander, N., Martín-Sánchez, J. C., González-Marrón, A., Cartanyà-Hueso, À., Lidón-Moyano, C., & Martínez-Sánchez, J. M. (2020). Precarious employment, unemployment and their association with health-related outcomes in 35 European countries: A cross-sectional study. *Critical Public Health*, 31(4), 404–415. <https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1701183>
- McCarthy, W. C., & Frieze, I. H. (1999). Negative aspects of therapy: Client perceptions of therapists' social influence. Burnout, and quality of care. *Journal of Social Issues*, 55(1), 33–50. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00103>
- Mila, J. (2011). Sobrevivir a la clínica. El proceso de supervisión. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*. (64-75)
- Mila, J. (2012). Formação corporal do psicomotricista – uma necessidade impostergável. In J. Fernandes & P. Filho (Eds.), *Psicomotricidade: abordagens emergentes* (pp. 123-131). Editora Manole Ltda.
- Miranda, L. L. (2024). Salários e Condições de Trabalho dos psicomotricistas na europa – *Regard Psychomoteur*. <https://www.regardpsychomoteur-64.com/2024/02/27/salarios-e-condicoes-de-trabalho-dos-psicomotricistas-europa/>
- Morais, A., Novais, R. e Mateus, S. (2005). Psicomotricidade em Portugal. *A Psicomotricidade*, 5: 41-49.
- Mousinho, C. P. M. (2016). *Empregabilidade nos recém licenciados da Faculdade de Motricidade Humana* (Master's thesis - Universidade de Lisboa, Portugal).
- Murcho, N. Á., & Pacheco, J. E. (2021). Caracterização do burnout em profissionais de saúde em Portugal: Um artigo de revisão. *Psique*, XVI, nº1. <https://doi.org/10.26619/2183-4806.xvi.1.4>
- Nadon, L., De Beer, L. T., & Morin, A. J. (2022). Should Burnout be conceptualized as a mental disorder? *Behavioral Sciences*, 12(3), 82. <https://doi.org/10.3390/bs12030082>
- O'Connor, K., Neff, D. M., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 53, 74-99

- O'Donovan. A., & May. S. (2007). The advantages of the mindful therapist. *Psychotherapy in Australia*. 13(4). 46-5
- Ozturk. Y. E. (2020). A theoretical review of Burnout Syndrome and perspectives on Burnout Models. *Bussecon Review of Social Sciences* (2687-2285). 2(4). 26–35. <https://doi.org/10.36096/brss.v2i4.235>
- Pechorro. P., Vieira. R., Marôco. J., Barroso. R., & Gonçalves. R. A. (2015). Adaptação de Uma Versão Portuguesa da Escala de delinquência auto-relatada adaptada Para Adolescentes. *PSICOLOGIA*. 29(1). 59–67. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v29i1.549>
- Piercy. F., & Wetchler. J. L. (1987). Family-work interfaces of psychotherapists. *Journal of Psychotherapy & The Family*. 3(2). 17–32. https://doi.org/10.1300/j28-7v03n02_04
- Pines. A., & Maslach. C. (1978). Characteristics of staff burnout in Mental Health Settings. *Psychiatric Services*. 29(4). 233–237. <https://doi.org/10.1176/ps>
- Potel. C. (2012). Quelles conséquences pour la psychomotricité et pour les psychomotriciens? In *Être psychomotricien – un métier du présent, un métier d'avenir* (pp. 59-61) Éditions érès.
- Potel. C. (2009). *Le corps et l'eau: une médiation en psychomotricité*. Editions Éres
- Prince. M., Patel. V., Saxena. S., Maj. M., Maselko. J., Phillips. M. R., & Rahman. A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*. 370(9590). 859–877. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61238-0)
- Puig. A., Baggs. A., Mixon. K., Park. Y. M., Kim. B. Y., & Lee. S. M. (2012). Relationship between job burnout and personal wellness in Mental Health Professionals. *Journal of Employment Counseling*. 49(3). 98–109. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1920.2012.00010.x>
- Raquepaw. J. M., & Miller. R. S. (1989). Psychotherapist Burnout: A componential analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*. 20(1). 32–36. DOI: <https://doi.org/10.1037/0735-7028.20.1.32>

- Reis. H. I., Vale. C., Camacho. C., Estrela. C., & Dixe. M. dos. (2018). Burnout among occupational therapists in Portugal: A study of specific factors. *Occupational Therapy In Health Care*. 32(3). 275–289. <https://doi.org/10.1080/073805-77.2018.1497244>
- Rodriguez, M. (2019). Médiations thérapeutiques et techniques spécifiques en psychomotricité. In *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 27–38), Dunod.
- Roenneberg, C., Sattel, H., Schaefert, R., Henningsen, P., & Hausteiner-Wiehle, C. (2019). Functional somatic symptoms. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(33-34), 553.
- Rosenberg. T., & Pace. M. (2006). Burnout among mental health professionals: Special considerations for the marriage and family therapist. *Journal of Marital and Family Therapy*. 32(1). 87–99. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2006.tb>
- Rössler W. (2012). Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 262 Suppl 2. S65–S69. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0353-4>
- Rupert. P. A., & Morgan. D. J. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 36(5). 544–550. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.544>
- Salyers. M. P., Bonfils. K. A., Luther. L., Firmin. R. L., White. D. A., Adams. E. L., & Rollins. A. L. (2016). The relationship between professional burnout and quality and safety in Healthcare: A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*. 32(4). 475–482. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3886-9>
- Schaufeli. W. B. (2003). Past performance and future perspectives of Burnout Research. *SA Journal of Industrial Psychology*. 29(4). <https://doi.org/10.4102/sajip.v29i4.127>
- Semedo, C. (2009). Bem-estar psicológico no trabalho e acidentalidade laboral em profissionais de saúde. Universidade de Santiago de Compostela.
- Simionato. G. K., & Simpson. S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*. 74(9). 1431–1456. <https://doi.org/10.1002/jclp.22615>

- Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. (2016). *The resilient practitioner: Burnout and compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions*. Taylor & Francis Group.
- Squires. A., Finlayson. C., Gerchow. L., Cimiotti. J. P., Matthews. A., Schwendimann. R., & Sermeus. W. (2014). Methodological considerations when translating “burnout”. *Burnout research*. 1(2). 59-68.
- Tarcan. M., Hikmet. N., Schooley. B., Top. M., & Tarcan. G. Y. (2017). An analysis of the relationship between burnout, socio-demographic and workplace factors and job satisfaction among emergency department health professionals. *Applied Nursing Research*. 34. 40–47. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.02.011>
- Truchot. D., Keirsebilck. L., & Meyer. S. (2000). Communal orientation may not buffer burnout. *Psychological Reports*. 86(3). 872–878. DOI: <https://doi.org/10.2466/pr0.2000.86.3.872>
- Vieira, J. L., Batista, M. I. B. & Lapierre, A. (2013). *Psicomotricidade Relacional: A Teoria de uma Prática*. 3ª Ed. Fortaleza: RDS Editora.
- Volpe, U., Luciano, M., Palumbo, C., Sampogna, G., Del Vecchio, V., & Fiorillo, A. (2014). *Risk of burnout among early career mental health professionals*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, n/a–n/a. <https://doi:10.1111/jpm.12137>
- Wandling. B. J., & Smith. B. S. (1997). Burnout in orthopaedic physical therapists. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 26(3). 124–130. <https://doi.org/10.2519/jospt.1997.26.3.124>
- Wilkerson. K., & Bellini. J. (2006). Intrapersonal and organizational factors associated with burnout among school counselors. *Journal of Counseling & Development*. 84(4). 440–450. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00428.x>
- World Health Organization. (1946). *Constitution of the world health organization*1. Retrieved August 2022. from <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2001). *The World health report: 2001 : Mental health : new understanding. new hope*. World Health Organization.

- World Health Organization. (2019). Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. Retrieved March 2024, from <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- World Health Organization [WHO]. (2022). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Retrieved March 2024, from <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#129180281>
- World Health Organization. (2022). Mental health euro. World Health Organization. Retrieved August 2022, from <https://www.who.int/europe/health-topics/mental-health#tab>
- World Health Organization. (n.d.). *Psycho-Social Risks and Mental Health*. World Health Organization. Retrieved April 2024, from <https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/psycho-social-risks-mental-health>
- Yang, Y., & Hayes, J. A. (2020). Causes and consequences of burnout among mental health professionals: A practice-oriented review of recent empirical literature. *Psychotherapy*, 57(3), 426–436. <https://doi.org/10.1037/pst0000317>

Anexos

Anexo I – Questionário Sociodemográfico

Caracterização Sociodemográfica

Idade

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Género

Escolher uma das seguintes respostas.

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Feminino
- Masculino
- Outro _____

Estado Civil

Escolher uma das seguintes respostas.

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Solteiro/a
- Casado/a / em união de facto
- Divorciado/a
- Viúvo/a
- Outro _____

Tem filhos?

Escolher uma das seguintes respostas.

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Sim
- Não

Área Geográfica

Escolher uma das seguintes respostas.

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Norte

- Centro
- Área Metropolitana de Lisboa
- Alentejo
- Algarve
- Região Autónoma da Madeira
- Região Autónoma dos Açores

Habilitações Literárias

Escolher uma das seguintes respostas.

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

Caso tenha alguma especialização profissional, por favor indique qual/quais no espaço dedicado a comentários.

Vínculo Laboral

Selecione toda as opções que se apliquem.

Por favor, selecione **todas** as que se aplicam:

- Por conta própria
- Por conta de outrem
- Efetivo/permanente
- Contrato/termo
- Outro _____

Regime de Exclusividade

Escolher uma das seguintes respostas.

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Sim
- Não
- Não se aplica

Anexo II– Questionário sobre a Prática Profissional em Psicomotricidade

Prática Profissional em Psicomotricidade

Anos de Serviço

Escolher uma das seguintes respostas.

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Menos de 1 ano
- Entre 1 e 5 anos
- Entre 5 e 10 anos
- Entre 10 e 15 anos
- Mais de 15 anos

Contexto Laboral Atual

Selecione todas as opções que se apliquem.

Por favor, selecione **todas** as que se aplicam:

- Psiquiatria e saúde mental
- Hospital Psiquiatria e saúde mental da infância e da adolescência
- Pediatria
- Pediatria do desenvolvimento
- Centro de Saúde
- Clínica privada
- Centro de neuropsiquiatria e desenvolvimento
- Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências
- Centro de reabilitação
- Instituição de solidariedade social
- Associação/cooperativa de ação social
- Lar de acolhimento e apoio à infância e juventude
- Estrutura residencial para população idosa/centro de dia
- Unidade de cuidados continuados
- Unidade de cuidados paliativos
- Instituto/equipa de reinserção social
- Estabelecimento prisional

- Instituição de desporto adaptado
- Adaptação ao meio aquático/hidroterapia
- Terapia assistida por animais
- Outro _____

Domínio da Intervenção

Selecione todas as opções que se apliquem.

Por favor, selecione **todas** as que se aplicam:

- Preventiva
- Educativa
- Reeducativa
- Reabilitativa
- Terapêutica
- Outro _____

População Alvo

Selecione todas as opções que se apliquem.

Por favor, selecione **todas** as que se aplicam:

- Crianças (0-14 anos)*
- Crianças com patologia
- Adolescentes (15-19 anos)*
- Adolescentes com patologia
- Jovens adultos (20-24 anos)*
- Jovens adultos com patologia
- Adultos (25-59 anos)*
- Adultos com patologia
- Idosos (mais de 60 anos)*
- Idosos com patologia
- Outro _____

(* sem patologia)

Carga Média Semanal Laboral (h/semana)

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Carga Média Semanal Extralaboral (h/semana)

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Quão importante é para si a formação pessoal? (1- nada importante; 2- pouco importante; 3- em parte importante; 4- muito importante; 5- extremamente importante)

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Que formações pessoais fez/faz?

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Quão importante é para si a formação profissional? (1- nada importante; 2- pouco importante; 3- em parte importante; 4- muito importante; 5- extremamente importante)

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Que formações profissionais fez/faz?

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Apoio à Prática Profissional

Selecione todas as opções que se apliquem.

Por favor, selecione **todas** as que se aplicam:

- Sem apoio
- Supervisão
- Intervisão
- Consultoria
- Mentoria
- Prática psicocorporal
- Terapia
- Outro _____

Anexo III – Apresentação do Estudo e Consentimento Informado

Apresentação e Explicação do Estudo com Consentimento Informado

No âmbito do Mestrado em Psicomotricidade, na Universidade de Évora, eu, Salomé Palmeiro de Azevedo, estou a desenvolver o estudo “Burnout, saúde e características da vida profissional dos psicomotricistas portugueses: um estudo transversal quantitativo” sob a orientação da Prof.^a Dra. Gabriela Almeida (Departamento de Desporto e Saúde) e da Prof.^a Dra. Maria João Carapeto (Departamento de Psicologia). O burnout tem sido uma realidade irrefutável em vários profissionais de saúde. Contudo, não se verificam estudos sobre a existência desta síndrome em psicomotricistas. Assim sendo, este estudo tem como objetivos principais analisar os níveis de burnout dos psicomotricistas portugueses bem como examinar a sua relação com a saúde física e mental e com as práticas profissionais. Venho convidá-lo/a a participar neste estudo, respondendo a um questionário que se encontra dividido em cinco partes. A sua participação é totalmente voluntária, sendo que pode decidir não participar ou parar de responder às questões antes de terminar o questionário. É importante que as respostas sejam dadas de forma sincera, verdadeira para si e coincidente com a realidade atual. Para que o questionário seja submetido é essencial que todas as questões sejam respondidas. O anonimato e a confidencialidade das suas respostas são essenciais e, para isso, não lhe será solicitada informação que o/a possa identificar pessoalmente. As suas respostas serão guardadas confidencialmente numa base eletrónica protegida, à qual apenas as investigadoras do estudo terão acesso, e todos os dados serão apenas utilizados para fins académicos. O presente estudo teve parecer positivo por parte da Comissão de Ética da Universidade de Évora (22057). Caso surjam dúvidas no decorrer do preenchimento do questionário ou acerca do presente estudo, sinta-se à vontade para me contactar através do e-mail: salomepalmeiro@gmail.com

Ao preencher na sua totalidade e submeter o questionário estará a consentir a sua participação neste estudo. Existem 45 questões neste questionário.

Anexo IV – Tabela de Resultados de Burnout e Saúde dos Psicomotricistas em função do Apoio à Prática Profissional

Burnout e Saúde dos Psicomotricistas em função do Apoio à Prática Profissional

| Variável | sem apoio | | | um apoio | | | dois ou mais apoios | | | Total | | |
|---------------------|-----------|-------|---------------|----------|-------|---------------|---------------------|-------|---------------|---------|-------|---------------|
| | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão | Mediana | Média | Desvio Padrão |
| MBI-HSS | | | | | | | | | | | | |
| Exaustão Emocional | 31.00 | 29.65 | 7.94 | 30.50 | 29.43 | 7.74 | 30.00 | 30.69 | 7.67 | 31.00 | 29.84 | 7.74 |
| Despersonalização | 10.50 | 11.28 | 4.68 | 10.00 | 11.00 | 3.86 | 13.50 | 12.44 | 4.60 | 11.00 | 11.49 | 4.48 |
| Realização Pessoal | 24.00 | 24.23 | 3.38 | 25.50 | 25.93 | 3.32 | 24.50 | 24.44 | 2.68 | 24.50 | 24.61 | 3.25 |
| GHQ-28 | | | | | | | | | | | | |
| Sintomas Somáticos | 6.50 | 6.60 | 3.12 | 6.00 | 6.00 | 3.70 | 6.00 | 6.44 | 5.33 | 6.00 | 6.44 | 3.78 |
| Ansiedade e Insónia | 8.50 | 8.45 | 4.31 | 7.50 | 7.21 | 4.77 | 7.00 | 7.81 | 4.82 | 7.00 | 8.06 | 4.48 |
| Disfunção Social | 9.00 | 8.83 | 2.38 | 7.00 | 8.21 | 3.12 | 8.00 | 8.50 | 3.14 | 8.00 | 8.63 | 2.69 |
| Depressão Grave | 1.00 | 2.48 | 3.16 | 1.00 | 1.71 | 2.52 | 1.50 | 2.50 | 3.48 | 1.00 | 2.33 | 3.10 |

Anexo V – Infográfico com resultados, sugestões de estratégias de coping e considerações finais

