

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



***BURNOUT* E FADIGA POR COMPAIXÃO EM  
PSICÓLOGOS CLÍNICOS PORTUGUESES**

**Ana Nadine Canada Amaro**

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Luísa Bizarro**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-  
Comportamental e Integrativa)**

**2016**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



***BURNOUT* E FADIGA POR COMPAIXÃO EM  
PSICÓLOGOS CLÍNICOS PORTUGUESES**

**Ana Nadine Canada Amaro**

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Luísa Bizarro**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-  
Comportamental e Integrativa)**

**2016**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Prof. Dra. Luísa Bizarro, como orientadora, pelos ensinamentos que me transmitiu durante a elaboração desta dissertação.

Um enorme obrigada aos meus pais e irmão, a quem devo tudo aquilo que sou. São sempre eles que estão lá para me dar força, para amparar as minhas quedas, para me lembrar que é preciso seguir em frente.

À Daniela, o meu suporte em todas as horas, a todos os níveis! À Marta Simões, por ser o meu superego, me dar sempre calma e ter sempre uma solução para todos os meus problemas.

À “Ralé de Psicologia”...uma vez Ralé, sempre Ralé, nos bons momentos, para rir, para passear e nos maus momentos, em que as nossas olheiras só aumentam, para desabafar e nos entreajudarmos.

À Carolina e à Marta Rosa por serem minhas colegas de supervisão e partilharem do meu desespero!

Ao José, porque sem o seu incentivo e preciosa ajuda, a parte estatística desta dissertação dificilmente seria concluída.

Às minhas amigas de infância e aos meus amigos do Secundário. Às minhas afilhadas do curso e restantes amigos de Psicologia, especialmente à Ivonne, que esteve sempre preocupada em ajudar-me a rever e em que ponto se situava o trabalho. Aos meus amigos de Letras, do ISCTE e de Direito, em particular ao Gilson.

Obrigada a Deus por todas as oportunidades que tem colocado na minha vida.

*Avó e avô, espero que estejam orgulhosos, no local em que brilham.*

## RESUMO

A qualidade de vida profissional pode definir-se como a qualidade da relação estabelecida entre o profissional de ajuda e quem este auxilia (Stamm, 2010). Dela fazem parte aspetos negativos, como o *burnout* e a fadiga por compaixão e aspetos positivos, como a satisfação por compaixão (Stamm, 2010).

O *burnout* é o resultado de *stressores* ocupacionais que se perpetuam no tempo (Maslach, 2005), enquanto a fadiga por compaixão representa os “custos de cuidar” (Figley, 1995, p.1) do outro e de contactar com os problemas e dificuldades de quem se ajuda (Figley, 1995).

Estes problemas podem surgir em profissionais que trabalham em profissões de ajuda, devido ao envolvimento emocional que isso acarreta, dos quais os psicólogos clínicos são um exemplo. No entanto, existem poucos estudos nesta população. Por isso os principais objetivos desta investigação são conhecer os níveis de *burnout* e fadiga por compaixão e as variáveis predictoras desses resultados numa amostra de 153 psicólogos clínicos portugueses, cuja média de idades é de 34 anos.

Os instrumentos utilizados para medir o *burnout* foram a Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (Armon, Shirom, & Melamed, 2012; Shirom & Melamed, 2006, traduzido e adaptado por Gomes, 2012) e o *Copenhagen Burnout Inventory* (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005, traduzido e validado por Fonte, 2011). O instrumento utilizado para medir a fadiga por compaixão foi a Escala de Qualidade de Vida Profissional 5 (Stamm, 2009, traduzido e adaptado por Carvalho & Sá, 2011).

Os resultados obtidos mostram que a maioria dos psicólogos possui níveis baixos de *burnout* (de acordo com ambos os instrumentos utilizados) e níveis médios de fadiga por compaixão. Verificaram-se como preditores significativos dos níveis obtidos em algumas dimensões de *burnout* e fadiga por compaixão as variáveis género; horário de trabalho semanal; local de trabalho do psicólogo clínico; populações-alvo que atende; problemáticas com que lida; supervisão dos seus casos clínicos e necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico.

**Palavras-chave:** Psicologia Clínica; *Burnout*; Fadiga por Compaixão

## ABSTRACT

Professional quality of life can be defined as the quality of the relationship established between a help professional and who he helps (Stamm, 2010). Professional quality of life has negatives aspects, such as burnout and compassion fatigue, and positive aspects, such as compassion satisfaction (Stamm, 2010).

Burnout is the result of occupational stressors that occur along the time (Maslach, 2005), while compassion fatigue represents the “costs of caring” (Figley, 1995, p.1) of the others and contact with their problems and difficulties (Figley, 1995).

These problems might occur in the helping professions, including clinical psychologists, because of the big emotional involvement in these professions. However, there are few studies about these problems on that population. So, the main goals of this research are measuring the levels of burnout and compassion fatigue in clinical psychologists and the predictors of that outcomes in a sample of 153 portuguese clinical psychologists, whose average age is 34 years.

The instruments used to measure burnout were Shirom-Melamed Burnout Measure (Armon, Shirom, & Melamed, 2012; Shirom & Melamed, 2006, translated and adapted by Gomes, 2012) and Copenhagen Burnout Inventory (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005, translated and validated by Fonte, 2011). The instrument that measured compassion fatigue was Professional Quality of Life Scale 5 (Stamm, 2009, translated and adapted by Carvalho & Sá, 2011).

The results showed that the most of the clinical psychologists have low levels of burnout (according with both measures of burnout) and medium levels of compassion fatigue.

The significant predictors were gender; number of working hours per week; workplace of the clinical psychologists; target populations; problems of the clients; clinical supervision of the cases and the need of therapeutic monitoring.

**Keywords:** Clinical Psychology; *Burnout*; Compassion Fatigue

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1.1. Stresse .....	3
1.1.1. Conceptualização teórica.....	3
1.1.2. Mecanismos de <i>coping</i> .....	6
1.2. Stresse Ocupacional .....	7
1.2.1. Conceptualização teórica de stresse ocupacional.....	7
1.3. <i>Burnout</i> .....	8
1.3.1. Breve revisão histórica das definições de <i>burnout</i> .....	8
1.3.2. Conceptualização multidimensional de <i>burnout</i> de Maslach.....	11
1.3.3. Medida de <i>Burnout</i> de Shirom-Melamed (MBSM).....	15
1.3.4. <i>Copenhagen Burnout Inventory</i> (CBI).....	17
1.3.5. Modelos Teóricos Explicativos do processo de <i>burnout</i> .....	18
1.3.6. Causas de <i>burnout</i> .....	20
1.3.7. Experiência e sintomas de <i>burnout</i> .....	22
1.3.8. <i>Burnout</i> vs. Depressão.....	24
1.3.9. <i>Burnout</i> vs. Envolvimento e Satisfação no Trabalho.....	24
1.3.10. <i>Burnout</i> em Psicólogos Clínicos.....	25
1.3.11. Estratégias de <i>coping</i> em Psicólogos Clínicos .....	29
1.4. Relação entre Stresse, Stresse Ocupacional e <i>Burnout</i> .....	30
1.4.1. Relação entre stresse e <i>burnout</i> .....	30
1.4.2. Relação entre stresse ocupacional e <i>burnout</i> .....	31
1.5. Fadiga por Compaixão.....	31
1.5.1. Conceptualização teórica.....	31
1.5.2. Causas e o Modelo etiológico de Fadiga por Compaixão.....	34

1.5.3.	Sintomas de Fadiga por Compaixão.....	37
1.5.4.	Instrumentos de medição de Fadiga por Compaixão .....	38
1.6.	Relação entre <i>Burnout</i> e Fadiga por Compaixão .....	38
2.	METODOLOGIA .....	40
2.1.	Tipo de Investigação .....	40
2.2.	Objetivos gerais e Questões de Investigação .....	40
2.3.	Caracterização da Amostra .....	43
2.4.	Instrumentos de recolha de dados .....	47
2.4.1.	Questionário Sociodemográfico .....	47
2.4.2.	Medida de <i>Burnout</i> de Shirom-Melamed (MBSM) .....	47
2.4.3.	<i>Copenhagen Burnout Inventory</i> (CBI).....	48
2.4.4.	<i>Professional Quality of Life 5</i> ou Escala de Qualidade de Vida Profissional 5 (ProQOL5) .....	49
2.5.	Procedimentos de recolha de dados .....	50
2.6.	Procedimentos estatísticos .....	51
3.	RESULTADOS.....	52
3.1.	Análise da estrutura fatorial e consistência interna dos instrumentos utilizados .....	52
3.1.1.	MBSM.....	52
3.1.2.	CBI .....	54
3.1.3.	ProQOL5 .....	55
3.2.	Níveis de <i>burnout</i> e níveis de fadiga por compaixão numa amostra de psicólogos clínicos portugueses.....	57
3.2.1.	Níveis de <i>burnout</i> , segundo o instrumento MBSM, numa amostra de psicólogos clínicos portugueses.....	59
3.2.2.	Níveis de <i>burnout</i> , segundo o instrumento CBI, numa amostra de psicólogos clínicos portugueses.....	59

3.2.3. Níveis de fadiga por compaixão segundo o instrumento ProQOL5, numa amostra de psicólogos clínicos portugueses .....	60
3.3. Avaliação dos preditores de <i>burnout</i> e fadiga por compaixão.....	61
3.3.1. Avaliação dos preditores de <i>burnout</i> segundo o instrumento MBSM, numa amostra de psicólogos clínicos portugueses .....	61
3.3.2. Avaliação dos preditores de <i>burnout</i> , segundo o instrumento CBI, numa amostra de psicólogos clínicos portugueses .....	63
3.3.3. Avaliação dos preditores dos níveis Fadiga por Compaixão, segundo o instrumento ProQOL5, numa amostra de psicólogos clínicos portugueses.....	66
3.4. Compreender as correlações entre as dimensões medidas pelos instrumentos..	68
3.4.1. Correlações entre MBSM e CBI .....	68
3.4.2. Correlações entre MBSM e ProQOL5 .....	69
3.4.3. Correlações entre CBI e ProQOL5.....	69
4. DISCUSSÃO.....	69
4.1. Objetivo 1: Análise da estrutura fatorial e consistência interna dos instrumentos utilizados.....	70
4.1.1. Medida de <i>Burnout</i> de Shirom-Melamed (MBSM).....	70
4.1.2. <i>Copenhagen Burnout Inventory</i> (CBI).....	70
4.1.3. Escala de Qualidade de Vida Profissional 5 (ProQOL5).....	71
4.2. Objetivo 2: Avaliar os níveis de <i>burnout</i> numa amostra de psicólogos clínicos portugueses. ....	72
4.2.1. Questão de investigação 2.1: Como se caracterizam os níveis de <i>burnout</i> numa amostra de psicólogos clínicos portugueses, segundo o instrumento MBSM? .....	72
4.2.2. Questão de investigação 2.2.: Como se caracterizam os níveis de <i>burnout</i> numa amostra de psicólogos clínicos portugueses, segundo o instrumento CBI?.....	72
4.3. Objetivo 3: Avaliar os níveis de fadiga por compaixão, numa amostra de psicólogos clínicos portugueses, segundo o instrumento ProQOL5.....	73

4.3.1. Questão de investigação 3.1.: Como se caracterizam os níveis de fadiga por compaixão numa amostra de psicólogos clínicos portugueses, segundo o instrumento ProQOL5?.....	73
4.4. Objetivo 4: Avaliar os preditores de <i>burnout</i> numa amostra de psicólogos clínicos portugueses, segundo as várias dimensões do instrumento MBSM (Fadiga Física, Fadiga Cognitiva e Exaustão Emocional).....	75
4.4.1. Questão de investigação 4.1: De que modo os níveis de <i>burnout</i> avaliados pela MBSM variam segundo variáveis sociodemográficas como a) idade, b) género, c) estado civil e d) habilitações académicas? .....	75
4.4.2. Questão de investigação 4.2: De que modo os níveis de <i>burnout</i> avaliados pela MBSM variam segundo a(s) população(ões)-alvo atendida(s) pelo psicólogo clínico?..	76
4.4.3. Questão de investigação 4.3: De que modo os níveis de <i>burnout</i> avaliados pela MBSM variam segundo variáveis relacionadas com o contexto de trabalho do psicólogo clínico, como a) local (ais) de trabalho em que trabalha e/ou trabalhou; b) horas de trabalho semanal; c) situação profissional atual; d) supervisão dos seus casos clínicos e e) necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico? .....	77
4.4.4. Questão de investigação 4.4: De que modo os níveis de <i>burnout</i> avaliados pela MBSM variam segundo a(s) problemática(s) com que o psicólogo clínico trabalha e/ou trabalhou?.....	78
4.5. Objetivo 5: Avaliar os preditores de <i>burnout</i> numa amostra de psicólogos clínicos portugueses, segundo as várias dimensões do instrumento CBI ( <i>Burnout</i> Pessoal, <i>Burnout</i> relacionado com o Trabalho e <i>Burnout</i> relacionado com o Cliente). .....	79
4.5.1. Questão de investigação 5.1: De que modo os níveis de <i>burnout</i> avaliados pelo CBI variam segundo variáveis sociodemográficas como a) idade, b) género, c) estado civil e d) habilitações académicas? .....	79
4.5.2. Questão de investigação 5.2: De que modo os níveis de <i>burnout</i> avaliados pelo CBI variam segundo a(s) população(ões)-alvo atendida(s) pelo psicólogo clínico?.....	80
4.5.3. Questão de investigação 5.3: De que modo os níveis de <i>burnout</i> avaliados pelo CBI variam segundo variáveis relacionadas com o contexto de trabalho do psicólogo clínico, como a) local (ais) de trabalho em que trabalhou; b) horas de trabalho semanal; c)	

situação profissional atual; d) supervisão dos seus casos clínicos e e) necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico? .....	81
4.5.4. Questão de investigação 5.4: De que modo os níveis de <i>burnout</i> avaliados pelo CBI variam segundo a(s) problemática(s) com que o psicólogo clínico trabalha e/ou trabalhou?.....	82
4.6. Objetivo 6: Avaliar os preditores de fadiga por compaixão numa amostra de psicólogos clínicos portugueses, segundo as várias dimensões do instrumento ProQOL5 (Satisfação por Compaixão (SC), <i>Burnout</i> (BO) e <i>Stresse Traumático Secundário</i> (STS) .....	83
4.6.1. Questão de investigação 6.1: De que modo os níveis de fadiga por compaixão avaliados pelo ProQOL5 variam segundo variáveis sociodemográficas como a) idade, b) género, c) estado civil e d) habilitações académicas?.....	83
4.6.2. Questão de investigação 6.2: De que modo os níveis de fadiga por compaixão avaliados pelo ProQOL5 variam segundo a(s) população(ões)-alvo atendida(s) pelo psicólogo clínico? .....	84
4.6.3. Questão de investigação 6.3: De que modo os níveis de fadiga por compaixão avaliados pelo ProQOL5 variam segundo variáveis relacionadas com o contexto de trabalho do psicólogo clínico, como a) local (ais) de trabalho em que trabalhou; b) horas de trabalho semanal; c) situação profissional atual; d) supervisão dos seus casos clínicos e e) necessidade de reconhecer a acompanhamento terapêutico?.....	84
4.6.4. Questão de investigação 6.4: De que modo os níveis de fadiga por compaixão variam segundo as problemáticas com que o psicólogo clínico trabalha e/ou trabalhou? .....	86
4.7. Objetivo 7: Compreender de que forma os conceitos medidos pelos instrumentos, <i>burnout</i> e fadiga por compaixão, podem estar relacionados.....	86
4.7.1. Questão de investigação 7.1: Será que existe alguma relação entre os instrumentos que medem o <i>burnout</i> , MBSM e CBI? .....	86
4.7.2. Questão de investigação 7.2: Será que existe alguma relação entre o instrumento de medição de <i>burnout</i> MBSM e o instrumento de medição de fadiga por compaixão, ProQOL5?.....	87

4.7.3. Questão de investigação 7.3: Será que existe alguma relação entre o instrumento de medição de <i>burnout</i> CBI e o instrumento de medição de fadiga por compaixão, ProQOL5?.....	87
5. CONCLUSÕES.....	88
5.1. Implicações clínicas .....	91
5.2. Limitações e futuras sugestões de investigação .....	92
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	94
ANEXOS.....	108
ANEXO A. Consentimento Informado .....	108
ANEXO B. Questionário Sociodemográfico .....	110
ANEXO C. Autorização da utilização da MBSM .....	113
ANEXO D. Guião de preenchimento da MBSM.....	115
ANEXO E. Autorização da utilização do CBI.....	116
ANEXO F. Guião de preenchimento do CBI.....	117
ANEXO G. Guião de preenchimento do ProQOL5 .....	120
ANEXO H. Autorização de questionários na APTCC.....	121

## ÍNDICE DE FIGURAS

**Figura 1:** Modelo geral explicativo da síndrome de *burnout* de Maslach, Jackson e Leiter (1996) (Maslach & Goldberg, 1998)

**Figura 2:** Modelo de Stresse e Fadiga por Compaixão (Figley, 1995, 1997, cit. por Figley, 2002)

**Figura 3:** Modelo de Fadiga por Compaixão e Resiliência (Figley, 2014).

## ÍNDICE DE QUADROS

**Tabela 1.** *Caracterização sociodemográfica da amostra (n = 153)*

**Tabela 2.** *Supervisão de casos clínicos*

**Tabela 3.** *Acompanhamento terapêutico*

**Tabela 4.** *Influência do stress profissional na eficácia profissional*

**Tabela 5.** *Análise fatorial: MBSM*

**Tabela 6.** *Consistência interna: MBSM*

**Tabela 7.** *Análise fatorial: CBI*

**Tabela 8.** *Consistência interna: CBI*

**Tabela 9.** *Análise fatorial: ProQOL5*

**Tabela 10.** *Consistência interna: ProQOL5*

**Tabela 11.** *Estatísticas descritivas: MBSM, CBI e ProQOL5*

**Tabela 12.** *Níveis de burnout: MBSM*

**Tabela 13.** *Níveis de burnout: CBI*

**Tabela 14.** *Pontos de corte: ProQOL5*

**Tabela 15.** *Níveis de fadiga por compaixão: ProQOL5*

**Tabela 16.** *Regressão linear hierárquica: Burnout (MBSM)*

**Tabela 17.** *Regressão linear hierárquica: Burnout (CBI)*

**Tabela 18.** *Regressão linear hierárquica: ProQOL5*

**Tabela 19.** *Tabela de correlações: MBSM, CBI e ProQOL5*

**INDICE DE ABREVIATURAS**

BO – *Burnout* (dimensão do ProQOL5)

CBI – *Copenhagen Burnout Inventory*

EE – Exaustão Emocional (dimensão da MBSM)

FC – Fadiga Cognitiva (dimensão da MBSM)

FF – Fadiga Física (dimensão da MBSM)

KMO - Teste de *Kaiser-Mayer-Olkin*

MBI – *Maslach Burnout Inventory*

MBSM – Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

ProQOL5 – *Professional Quality of Life Scale 5*/Escala de Qualidade de Vida Profissional

5

PUMA – *Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction*

SC – Satisfação por Compaixão (dimensão do ProQOL5)

STS – Stresse Traumático Secundário (dimensão do ProQOL5)

## ÍNDICE DE ANEXOS

**ANEXO A.** Consentimento Informado

**ANEXO B.** Questionário Sociodemográfico

**ANEXO C.** Autorização da utilização da MBSM

**ANEXO D.** Guião de preenchimento da MBSM

**ANEXO E.** Autorização da utilização do CBI

**ANEXO F.** Guião de preenchimento do CBI

**ANEXO G.** Guião de preenchimento do ProQOL5

**ANEXO H.** Autorização de questionários na APTCC

## INTRODUÇÃO

O mundo do trabalho tem mudado cada vez mais, criando novos problemas, impondo novos desafios e igualmente novos modos de adaptação aos que nele participam.

As exigências do mundo de trabalho atual têm tido então impacto no funcionamento dos trabalhadores. Ou seja, na sua eficácia profissional e na sua disposição para a realização do trabalho.

Por essas razões, cada vez existe mais investigação acerca dos temas saúde física e psicológica e de stresse e da sua influência no local de trabalho. Os anos 80 são até considerados como a década do stresse (Cooper & Payne, 1978; Hatfield, 1990, citado por Gomes & Cruz, 2004), dado o grande aumento da investigação face a esse tema, nessa década.

O stresse é uma condição inevitável da vivência humana e são os mecanismos de *coping* que determinam se o ser humano tem maior ou menor capacidade de adaptação a uma situação *stressante* (Lazarus & Folkman, 1984). Uma vez ultrapassados os recursos para lidar com o stresse, o corpo humano não reconstrói diretamente a capacidade de lidar com o stresse e pode entrar em processo de *burnout*, segundo Selye e o seu Síndrome Geral de Adaptação (1950) (Newstrom, 2008).

O stresse no campo do trabalho pode denominar-se de stresse ocupacional (Preto, 2011). Segundo alguns autores, o *burnout* é um prolongamento do stresse ocupacional e para outros, uma resposta ao stresse ocupacional crónico (Abreu, Stoll, Ramos, Baumgardt, & Kristensen, 2002).

Assim, o *burnout* tem emergido enquanto um problema social (Maslach & Schaufeli, 1993). É um fenómeno do trabalho, mas incorpora igualmente aspetos do contexto social e relações interpessoais do indivíduo, por isso demonstra-se relevante compreender o funcionamento do indivíduo noutros domínios da sua vida (Maslach, 2005).

É ainda considerado um aspeto negativo da qualidade de vida profissional, temática cujo interesse de estudo data de há 20 anos (Stamm, 2010). Para Stamm (2010), a qualidade de vida profissional define-se como a qualidade da relação estabelecida entre o profissional de ajuda e quem este auxilia e incorpora aspetos como a fadiga por compaixão e a satisfação por compaixão. Enquanto a satisfação por compaixão deriva de sentir-se realizado em ajudar o outro (Stamm, 2010) e tende a amenizar os efeitos negativos *burnout* (Stamm, 2002, cit. por Conrad & Kellar-Guenther, 2006), a fadiga por compaixão ocorre pelos “custos de cuidar”

(Figley, 1995, p.1) do outro e de contactar com os traumas, medos e ansiedade de quem se ajuda (Figley, 1995).

Note-se que *burnout* e fadiga por compaixão podem estar relacionados, já que o *burnout* é uma das dimensões de fadiga por compaixão, segundo Stamm (2010). Já para Lago e Codo (2013) representam o mesmo conceito, denominado de forma diferente.

O *burnout* tem sido um problema crescente nos profissionais de saúde da sociedade atual, o que afeta os seus resultados individuais e, conseqüentemente, os resultados organizacionais. A fadiga por compaixão pode surgir em profissionais de ajuda da área da saúde mental que lidam com as problemáticas do outro (Figley, 1995). Assim, os psicólogos clínicos têm uma profissão em que podem ser sujeitos a estes dois problemas.

Se a literatura acerca de stresse em Psicologia é escassa, independentemente da área da Psicologia, país considerado, maior número de profissionais a atuar e divulgação da área científica (Gomes & Cruz, 2004), o mesmo se reflete no número de estudos acerca de *burnout* em psicólogos (Ackerley, Burnell, Holder, & Kurdek, 1988; Benevides-Pereira, 1994; Gomes & Cruz, 2004, cit. por Roque e Soares, 2012) e acerca de fadiga por compaixão.

Assim, num primeiro capítulo, este estudo pretende fazer o enquadramento teórico dos conceitos de stresse, stresse ocupacional, *burnout*, fadiga por compaixão e as relações possíveis entre os vários conceitos.

Dado o estudo dos níveis de *burnout* e fadiga por compaixão ainda não ter sido aprofundado em Portugal, na população de psicólogos clínicos portugueses, particularmente com os instrumentos utilizados no presente estudo e segundo as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais consideradas, este estudo será fundamentalmente de carácter exploratório. No segundo capítulo, será então apresentada a metodologia do estudo, no terceiro os resultados obtidos e no quarto a discussão dos mesmos, de acordo com investigação anterior.

No quinto e último capítulo, serão abordadas as principais conclusões do estudo, bem como as suas limitações e implicações clínicas para futuras investigações, dado este estudo referenciar ainda o modo como os níveis de *burnout* e fadiga por compaixão se relacionam com a possibilidade de supervisão clínica e a necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico pelo próprio psicólogo.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1. Stresse

#### 1.1.1. Conceptualização teórica

O termo stresse é amplamente utilizado pela comunidade científica, mas não existe consenso face ao seu significado (Maslach, 1986, cit. por Gomes & Cruz, 2004) e modo como este deve ser avaliado e medido (Marmot & Madge, 1987, cit. por Gomes & Cruz, 2004).

Distinguem-se então três modelos de conceptualização e avaliação de stresse: abordagem ambiental, focada nas causas, em que o stresse é considerado uma característica de um estímulo e dão-se acontecimentos e experiências prejudiciais ao meio ambiente; abordagem biológica, focada nas consequências, ou seja nas alterações fisiológicas do organismo quando afetado por um estímulo *stressante* e abordagem psicológica, que vê o stresse como um processo de interação entre o sujeito e o meio e a avaliação que o indivíduo faz desse estímulo *stressante* (Costa, Lopes, Neves, & Pereira, 2008).

Para Ivancevich e Matteson (1980, cit. por Luthans, 1985), o stresse advém da necessidade de fornecer uma resposta a uma situação que requiere do indivíduo determinados recursos físicos ou psicológicos. A resposta dada vai ser mediada pelas características do indivíduo e pelos processos psicológicos que desenvolve. O stresse é assim um processo de adaptação a algo, do qual resultam sintomas físicos e cognitivos (Schaufeli & Buunk, 1996).

Para Cannon (1932) (Lazarus & Folkman, 1984), o stresse corresponde a uma perturbação do estado de homeostasia do indivíduo (manutenção dos valores das suas variáveis fisiológicas dentro de parâmetros adequados (Goldstein & Kopin, 2007)). São por exemplo, ameaças do foro psicossocial (como a ocorrência de um trauma) que perturbam o estado de homeostasia do indivíduo e desencadeiam variações na secreção da glândula adrenal, associadas às respostas *fight* ou *flight* (Goldstein & Kopin, 2007). Ou seja, para este autor, o padrão de resposta ao stresse define-se por *fight* ou *flight* e *freezing*. *Fight* está ligado à raiva e ação face ao evento *stressor*, sendo que face a uma ameaça se desenvolvem respostas fisiológicas (mudanças hormonais, produção de adrenalina e noradrenalina, maior pressão arterial, maior presença de açúcar no sangue, maior taxa de batimentos cardíacos, respiração mais acelerada e maior tónus muscular). Em *flight*, há um evitamento do evento *stressor*, estando por isso ligado ao medo que este causa ao indivíduo. A componente *freezing* representa a mobilização de recursos para combater a ameaça, embora não imediatamente, de modo a obter mais pistas para uma resposta adaptada e correta à situação (Cannon, 1935, cit. por Schabracq, Cooper, Travers, & van

Maanen, 2001), ou seja, como se o sujeito ficasse parado, esperando que nada lhe acontecesse devido ao susto provocado pelo *stressor*.

Selye (1950) é, contudo, considerado o primeiro empreendedor quanto à concepção do conceito de stresse (Costa et al., 2008). Este autor, através dos seus estudos com animais, percebeu que, face a um evento *stressor* que perturba a homeostasia do indivíduo e pretende adaptar-se a ela (Furnham, 2005), podem desenvolver-se reações e um conjunto de processos que constituem a Síndrome Geral de Adaptação. Desta fazem parte as Fases de Alarme, Resistência e Exaustão. Na Fase de Alarme, dá-se a ativação do Sistema Nervoso Simpático e as reações fisiológicas associadas (alterações hormonais, maior batimento cardíaco, aumento da pressão arterial e respiração mais acelerada) face ao evento *stressor*. São mobilizados os recursos que na segunda fase, Fase de Resistência, permitem lidar com o *stressor*. Contudo, se o efeito do evento *stressor* for permanente, a resistência ao stresse apenas é conseguida até ao limite das reservas de recursos do indivíduo. Se as reservas forem ultrapassadas, instala-se a terceira fase, Fase de Exaustão, podendo nesta fase existir um retrocesso à Fase de Alarme, ficando o indivíduo em estado de alerta permanente (Frasquilho, 2005; Luthans, 1985). A exaustão aumenta a vulnerabilidade a doenças físicas, colapso e morte (Myers, 1998).

Outras perspetivas mostram que o modo como o stresse é experienciado depende dos recursos do indivíduo para lidar com ele (Myers, 1998). A experiência de stresse é individual, sendo que algumas pessoas apresentam maior vulnerabilidade a alguns eventos *stressores*, em detrimento de outras (Lazarus & Folkman, 1984), assim como diferentes reações e interpretações face a um mesmo estímulo *stressor*. Daqui adveio a mudança no modo como o paradigma de stresse era concebido, de uma visão mais coletiva para uma visão mais idiossincrática, de uma explicação mais determinista, para uma perspetiva mais interacionista (Costa et al., 2008).

Assim, segundo a perspetiva interacionista de Lazarus (1966, cit. por Furnham, 2005), face a uma determinada ameaça, há uma primeira fase de avaliação (*appraisal*), em que o indivíduo avalia se essa ameaça excede os seus recursos ou é capaz de deteriorar o seu estado de bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984). Stresse define-se então como a discrepância entre os recursos do indivíduo e as necessidades das tarefas, que se revelam como demasiado exigentes e levam ao esgotamento dos recursos do indivíduo (Lazarus, 1981, cit. por Kleber & van der Velden, 2003). Nesta primeira fase, de avaliação cognitiva, são avaliadas a iminência da ameaça, a ambiguidade das pistas do meio, a motivação do indivíduo e o seu sistema de crenças (Furnham, 2005) e pretende entender a razão e o grau pela qual determinada interação pessoa-ambiente é considerada uma ameaça ou se traz alguns benefícios ao comportamento ou

autoestima do indivíduo (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986), bem como se existirão possíveis soluções e o tempo da sua implementação. Existe ainda uma segunda fase de avaliação, que determina a capacidade do indivíduo para lidar com a ameaça e provém da interação entre os constrangimentos sociais, os mecanismos de *coping* e as crenças gerais do indivíduo acerca dos seus recursos e recursos do meio (Furnham, 2005), ou seja, como o indivíduo gere a interação pessoa-ambiente, as emoções daí resultantes (Lazarus & Folkman, 1984) e as decisões que toma, os processos de *coping* que escolhe.

São os fatores individuais (relativos à pessoa) e do contexto (relativos ao seu ambiente) que vão determinar a primeira e a segunda avaliação (Furnham, 2005). A ênfase da teoria de Lazarus é assim dada às diferenças individuais na avaliação da ameaça provocada por uma situação e as possibilidades de resposta face à mesma, numa perspetiva transacional, em que o stresse advém da relação entre o indivíduo e o contexto em que se insere, denominando-se o modelo de Lazarus e Folkman (1984) como Modelo Transacional de Stresse (Lazarus & Folkman, 1984). De acordo com estes autores (Lazarus & Folkman, 1984), o stresse não é uma variável, mas sim um conjunto de variáveis e processos.

Segundo Lazarus e Folkman (1984) existem vários tipos de eventos causadores de stresse: *stressores* agudos e limitados no tempo (como saltar de paraquedas); sequência de eventos *stressores* (perder o trabalho desencadeia outras consequências); *stressores* crónicos e intermitentes (como dificuldades sexuais) e *stressores* crónicos (relativamente ao trabalho). O impacto do *stressor* promove uma reação ativa de defesa face às suas consequências através de reações fisiológicas/biológicas, como sudação, taquicardia, dificilmente identificáveis como sendo uma resposta de defesa ao *stressor* em si, às consequências desse *stressor* na vida do indivíduo ou uma reação específica ao *stressor* (Selye, 1950). Para além das respostas fisiológicas, existem respostas psicológicas ao stresse (mudanças de comportamento, emoções negativas, sentimento de desamparo) e respostas comportamentais (alterações comportamentais ou confronto direto ao *stressor*) (Luthans, 1985).

O stresse pode assim provocar consequências nefastas à saúde física (especialmente a nível cardiovascular) e psicológica, tendo um impacto negativo no bem-estar psicológico do indivíduo (Maslach, 2005). A experiência de stresse é ainda pior quando os eventos são vistos como negativos e incontroláveis (Myers, 1998). Contudo, o stresse é importante pois desencadeia uma resposta automática essencial à sobrevivência (Frasquilho, 2005). O stresse comporta assim uma fase positiva, que instiga à ação e produtividade, bem como criatividade, chamada de eustresse (Frasquilho, 2005). Uma vez ultrapassado esse culminar de adaptação, entra-se na fase negativa, que comporta irritabilidade, pessimismo e pouca concentração,

denominada de distresse (Frasquilho, 2005). Nas profissões de saúde, o *burnout* corresponde à última fase do distresse (Frasquilho, 2005).

### 1.1.2. Mecanismos de *coping*

Os mecanismos de *coping* denominam-se como as formas, cognitivas ou comportamentais que os indivíduos possuem para lidar (reduzir, minimizar, dominar ou tolerar) as circunstâncias indutoras de stresse, internas ou externas (Lazarus & Folkman, 1984), bem como o modo de adaptação a essas circunstâncias (Pocinho & Capelo, 2009).

Pode dizer-se que são orientados para o processo, pois focam-se no que o indivíduo pensa, faz e como essas suas ações mudam a situação *stressante* na qual se encontra. São contextuais, já que dependem da avaliação que o indivíduo faz da situação e dos seus recursos para a gerir, o que depende da interação entre as variáveis da pessoa e da situação. Anteriormente a serem mobilizados em determinada situação, não se podem assumir como positivos ou negativos, uma vez que dizem respeito aos esforços do indivíduo para enfrentar a situação, independentemente de serem ou não bem-sucedidos (Folkman et al., 1986).

Os mecanismos de *coping* têm duas funções (Lazarus & Folkman, 1984): o *coping* focado nas emoções, pretendendo regulá-las e *coping* focado no problema para alterar a interação entre o indivíduo e o seu contexto, potencialmente causadora de distresse (Folkman et al., 1986).

Latack (1984, cit. por Pocinho & Capelo, 2009), identificou três categorias de *coping*. Se específico de acordo com a situação, existe o *coping* de ação focado no acontecimento que causa stresse e *coping* de reavaliação, com ênfase nas cognições face a esse acontecimento. De carácter mais geral, é possível denotar o *coping* de gestão de sintomas de stresse e estados psicofisiológicos alterados. Para Costa et al. (2008), existem estratégias de *coping* centradas no problema, *coping* confrontativo, que pretendem analisar a situação e modificar a mesma, colocando soluções em prática. Já as estratégias de *coping* centradas nas emoções são distanciamento face à situação *stressante*, podendo assim obter uma perspetiva mais positiva sobre a mesma; fuga-evitamento do problema; ajustamento das emoções ao problema em causa, ou seja, a estratégia de autocontrolo; aceitação da responsabilidade, percebendo a parte de cada um no problema e implementação de uma solução; reavaliação positiva da situação problemática em si e procura de apoio social – informativo ou social (Costa et al., 2008).

A função protetora das estratégias de *coping* denota-se através da eliminação ou modificação das condições que causam problemas, em termos do seu significado e manutenção das suas consequências (Pearlin & Schooler, 1978, cit. por Serra, 1988).

## 1.2. Stresse Ocupacional

### 1.2.1. Conceptualização teórica de stresse ocupacional

Uma vez conceptualizado o stresse, pode falar-se daquele que é considerado o stresse no trabalho ou stresse ocupacional (Preto, 2011). Pode definir-se como as consequências físicas e emocionais derivadas da nova forma de organização do mundo de trabalho (Sousa, Mendonça, Zanini, & Nazareno, 2009). O ambiente de trabalho é visto como ameaçador, o que diminui a produtividade e eficácia do trabalhador dado o desgaste que lhe provoca, impedindo a sua realização pessoal e profissional (Perkins, 1995, cit. por Sousa et al., 2009).

É mais frequentemente detetado em profissões exigentes a nível físico e psicológico e com baixo grau de autonomia (Custódio, Pereira, & Seco, 2006). O stresse ocupacional é assim um dos maiores desafios à saúde ocupacional e segurança dos profissionais na União Europeia, segundo o *European Risk Observatory Report*, divulgado pela *European Agency for Safety and Health at Work* (2009).

Estudos têm revelado que as três maiores causas para o aumento do stresse ocupacional são o aumento da pressão no trabalho, sentido de responsabilidade e relacionamentos interpessoais, sendo este último um fator específico antecedente do *burnout* (Schaufeli & Enzmann, 1998). Para além dessas, podem assumir-se como causas do aumento do stresse ocupacional a emergência de um sector de serviços na sociedade; a necessidade de rotular e estereotipar as dificuldades como que tenham uma causa do foro psicológico e a individualização, sendo que os trabalhadores têm mais sucesso devido a um maior sentido de alienação e desligamento face ao trabalho, mas também menos recursos para lidar com a frustração, o que pode conduzir a uma situação de narcisismo e conseqüente *burnout* (Schaufeli & Enzmann, 1998). Outro fator é a diminuição da autoridade profissional, bem como o denominado “mistério profissional”, ou seja, um conjunto de crenças, expectativas e opiniões relativamente aos profissionais, o que leva ao reforço de expectativas irrealistas sobre os mesmos e conseqüentemente ao possível aumento da desilusão dos trabalhadores e *burnout*. Do mistério profissional fazem parte a competência (os profissionais podem até ter as capacidades, mas não perceberem que elas fazem parte integrante de si), autonomia (liberdade de controlar as decisões que afetam o trabalho do outro), autorrealização, tutoria dos trabalhadores mais velhos aos mais novos, os destinatários do contexto profissional e a quebra do contrato profissional entre o empregador e a organização (quando esta existe), sendo que quebrar essa contingência tem como consequências negativas *turnover* (rotatividade do pessoal), diminuição da satisfação

profissional, menor compromisso organizacional e consequente *burnout* (Schaufeli & Enzmann, 1998).

É, contudo, importante distinguir stresse no trabalho ou stresse ocupacional, de *stressores* no trabalho e o conceito de tensão (*strain*). Stresse no trabalho é a resposta, individual e interna aos *stressores* no trabalho (Southerland & Cooper, 1988, cit. por O´ Driscoll, Brough, & Kallath, 2009) e ocorre quando as condições de trabalho contribuem para piores condições psicológicas e físicas do profissional (Beehr, 1995, cit. por Hart & Cooper, 2001) sendo esses *stressores* eventos, características ou situações relacionadas com o trabalho (Beehr, 1998, cit. por O´ Driscoll et al., 2009). Já a tensão no trabalho (*strain*) é a resposta fisiológica, emocional ou alterações cognitivas do trabalhador, (Frasquilho, 2005; Hurrell, Nelson, & Simmons, cit. por Hart & Cooper, 2001) às reações (ansiedade, depressão e outras doenças cardiovasculares) provocadas pela exposição prolongada ao stresse (Kristensen, 1996, cit. por O´ Driscoll et al., 2009).

Se o stresse ocupacional for crónico, pode evoluir para *burnout* (Sousa et al., 2009), tema que irá ser falado seguidamente. A evolução do conceito de stresse para o de *burnout* envolve uma mudança de perspectiva, da individual para a psicossocial (Pereira, 2002, cit. por Sousa, 2011).

### **1.3. *Burnout***

#### **1.3.1. Breve revisão histórica das definições de *burnout***

O *burnout* é um tema relativamente recente nos campos da Psiquiatria e Psicologia da Saúde. A discussão acerca deste tema enquanto um problema social emergiu nos anos 70 nos Estados Unidos da América, sendo que lhe foi sendo dada uma crescente atenção e importância a partir daí (Maslach, Leiter, & Schaufeli, 2009). Contudo, a preocupação com o trabalho e as dificuldades da interação entre o indivíduo e o trabalho que executa já eram reconhecidas, sendo que apenas lhe foi dado um nome.

Têm decorrido vários estudos acerca de como o definir, em quem o avaliar, como e com que intensidade é vivido, as suas causas e como implementar estratégias de intervenção face ao mesmo (Maslach et al., 2009)

Este termo começou a ser utilizado no campo das profissões de ajuda por Bradley (1969, cit. por Schaufeli & Enzmann, 1998), que propôs uma nova estrutura organizacional, de modo a prevenir o *burnout* em agentes de liberdade condicional. Apontava-se assim para a existência desta síndrome em profissões que lidassem diretamente com os outros, como serviços de saúde,

educação e assistência social (Maslach & Jackson, 1981), saúde mental e sistema judicial (Maslach, 1982, cit. por Maslach, 2005), ou seja, em profissões que têm como característica um maior contacto interpessoal com aqueles que beneficiam do seu trabalho (Roque & Soares, 2012). Posteriormente, a definição de *burnout* passou a ser extensiva para lá destas profissões, já que que o *burnout* pauta-se não por uma crise do profissional com as pessoas que trabalham consigo, mas uma crise face ao trabalho que executam (Maslach & Leiter, 1997).

Quanto ao processo de estudo do *burnout*, têm-se como grandes influenciadores os trabalhos de Freudenberger e Maslach, nos anos 70 (Gomes & Cruz, 2004).

Freudenberger (1974) experienciou por si o conceito que descreveu após trabalhar numa clínica psiquiátrica nova-iorquina de forma voluntária. Os voluntários dessa clínica trabalhavam com jovens dependentes de drogas e Freudenberger viu vários sofrerem uma diminuição da energia, motivação e compromisso para com o trabalho. Definiu isso como *burnout*, por ser também um termo coloquial quanto ao efeito do abuso crónico de drogas (Schaufeli & Enzmann, 1998). Para este autor, o *burnout* corresponde a uma síndrome constituída por componentes físicos (como dores de cabeça), comportamentais (utilização de drogas ilícitas), emocionais (humor depressivo), cognitivas (cinismo) e motivacionais (desmoralização) (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Já Christina Maslach (1976), uma psicóloga social, começou a utilizar o termo na Califórnia, para estudar o modo como os trabalhadores lidavam com as emoções causadas por trabalhos demasiado *stressantes*, particularmente as estratégias cognitivas de autodefesa, também descritas na literatura médica dos anos 60: Preocupação distanciada (*detached concern*) e Desumanização. Preocupação distanciada (*detached concern*) (Lief & Fox, 1963, cit. por Almeida, Orgambidez-Ramos, Monteiro, & Sousa, 2013; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001), pauta-se pelo distanciamento emocional dos médicos face aos seus pacientes, como uma proteção face ao excessivo envolvimento emocional que poderia ser prejudicial ao cuidado prestado, sendo um moderador da compaixão pelo cliente (Maslach et al., 2001). A Desumanização (Zimbardo, 1970, cit. por Almeida et al., 2013) é uma forma de proteção relativamente à sobrecarga emocional de cada paciente, devendo este ser tratado de modo impessoal e encarado como um “caso” ou “sintoma”. Através da entrevista a vários profissionais de ajuda como médicos, enfermeiros, psiquiatras e trabalhadores da área dos cuidados paliativos, Maslach chegou às dimensões de *burnout*, pois as mesmas três condições eram referidas pelas várias classes de trabalhadores: exaustão emocional, perceções e sentimentos negativos face aos seus pacientes e sensação de falta de competência profissional, como resultado da confusão emocional em que se encontram (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Assim, tanto Freudenberger como Maslach são considerados os “pais” do *burnout* enquanto conceito científico, mostrando a necessidade de delimitação do seu campo de estudo e abordagem como fenómeno psicológico nos profissionais ocupados do cuidado do outro (Almeida et al., 2013). Comparando-os, Freunderberg ocupava-se mais do estudo do *burnout* numa vertente clínica e Maslach numa abordagem de investigação social (Schaufeli & Enzmann, 1998), definindo esta última o *burnout* segundo uma perspetiva psicossocial.

O *burnout* interpõe-se como uma condição mental negativa e uma síndrome multidimensional (Schaufeli & Enzmann, 1998). Os indivíduos em *burnout* descrevem-se como “baterias sem carga” que não têm a capacidade de se recarregar novamente, ou seja, o *burnout* é um processo gradual em que as baterias se vão consumindo, sem capacidade de reposição, estando em desequilíbrio o sistema dinâmico do indivíduo (Schaufeli & Enzmann, 1998).

A definição de *burnout* mais aceite é a de Maslach e Jackson (1981), segundo uma conceptualização teórica multidimensional. Existem, no entanto, várias outras definições. As definições de Maslach e Jackson (1981), Pines e Aronson (1988) e Brill (1984) denominam-se como definições de estado, uma vez que enfatizam os sintomas nucleares do *burnout* (Schaufeli & Buunk, 1996).

A definição de Pines e Aronson (1988, cit. por Schaufeli & Enzmann, 1998) pode considerar-se mais alargada do que a de Maslach, pois incorpora sintomas físicos e é extensiva a outros campos de trabalho, para além dos serviços humanos. Descrevem o *burnout* como um estado de exaustão mental, física e emocional causada pelo envolvimento a longo-prazo em situações que implicam a utilização de muitos recursos emocionais. A exaustão física é caracterizada pela baixa energia, fadiga crónica, fraqueza e queixas físicas e psicossomáticas. Já a exaustão emocional envolve sentimentos de falta de auxílio e esperança, podendo, em casos mais extremos, conduzir ao esgotamento emocional. A exaustão mental leva ao desenvolvimento de atitudes negativas face a si, ao seu trabalho e à sua vida. Assim, o *burnout* é visível não só nos serviços de ajuda ao outro, como nos serviços ocupacionais (gestão) e fora do campo profissional, como no amor e casamento (Pines, 1986, cit. por Schaufeli & Enzmann, 1998) e ativismo político (Pines, 1994, cit. por Schaufeli & Enzmann, 1998). Nos anos 90, o conceito de *burnout* estendeu-se para além das profissões que pressupõem o cuidado do outro e educação a outras, como religiosas, militares, gestores e informáticos (Maslach et al., 2001).

Brill (1984, cit. por Schaufeli & Enzmann, 1998) mostra que o *burnout* é um estado disfuncional, relacionado com o trabalho que ocorre num indivíduo sem psicopatologia anterior. No entanto, perante a entrada em processo de *burnout*, não volta a reagir da mesma

forma a situações pessoais e profissionais, sem ajuda externa ou rearranjo das condições do meio, dada a grande severidade e intensidade dos sintomas que sente.

Para além das definições que classificam o *burnout* como um estado, outras definem-no enquanto um processo dinâmico (Schaufeli & Buunk, 1996). Exemplo de um autor desta corrente é Cherniss (1980, cit. por Schaufeli & Buunk, 1996), que refere o *burnout* como um processo, em que devido à tensão no trabalho, o indivíduo desenvolve comportamentos prejudiciais e atitudes negativas face ao trabalho que executa.

O *burnout* pode pautar-se assim por estado geral de cansaço excessivo com perda de autoestima, quebra de capacidade de trabalho, denotada pelos supervisores do trabalho, através do absentismo do trabalhador; pelos colegas, pela perda de interesse do trabalhador no trabalho que executa e pelos recetores do trabalho, já que o resultado final do trabalho tem menor qualidade (Bibeau et al., 1989, cit. por Maslach & Schaufeli, 1993).

Para alguns autores, como Hallsten (1993, cit. por Schaufeli & Buunk, 1996), o *burnout* é uma forma de depressão resultante do processo de entrar em *burnout*. Para outros, pode ser entendido como a manifestação dos sintomas de depressão no contexto de trabalho (Maslach & Leiter, 1997).

Importa igualmente ressaltar que o *burnout* pode surgir em pessoas sem psicopatologia prévia (Brill, 1984, cit. por Schaufeli & Enzmann, 1998), constituindo um fenómeno mais comum do que possa ser pensado (Gomes & Cruz, 2004). O *burnout* não é uma patologia mental de acordo com o DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais) (Nitzsche, 2015), mas segundo o CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), encontram-lo dentro das dificuldades de gestão de problemas de vida, em Z73.0 Estado de Exaustão Vital. Todavia, é cada vez mais considerado um problema de saúde pública (Bauer & Häaming, 2014, cit. por Nitzsche, 2015)

### **1.3.2. Conceptualização multidimensional de *burnout* de Maslach**

A definição mais consolidada é a de que o *burnout* é uma “síndrome de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, que ocorre em profissionais que trabalham com outras pessoas” (Maslach & Jackson, 1981, p.1; Maslach, Jackson, & Leiter, 1996, cit. por Sousa, 2011). É uma síndrome psicológica que surge devido à ação de *stressores* crónicos interpessoais derivados do trabalho (Maslach et al., 2001; Maslach, 2005), que excede as competências do indivíduo (Maslach & Schaufeli, 1993).

Esta é a definição mais utilizada dado o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) ser o melhor validado e estudado para a população (Schaufeli & Enzmann, 1998). O MBI começou a ser

construído nos anos 70 através de estudos com profissões ligadas ao cuidado do outro e de saúde (Maslach & Jackson, 1981) e foi posteriormente completado pelos mesmos autores (Maslach & Jackson, 1986, cit. por Maslach et al., 2009) para ser utilizado na área de educação. Postula uma classificação tridimensional de *burnout* (Pérez, 2010), ou seja, o *burnout* define-se por uma estrutura de três dimensões que tem sido confirmada por vários estudos (Schaufeli, Enzmann, & Girault, 1993, cit. por Schaufeli & Buunk, 1996). Pode distinguir-se o MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*), para profissionais que trabalham em profissões ligadas ao cuidado do outro e saúde, o MBI-ES (*Maslach Burnout Inventory – Education Survey*), para profissionais da área da educação e o MBI-GS (*Maslach Burnout Inventory General Survey*), para profissionais em geral (Shirom & Ezrachi, 2003).

Assim, segundo Maslach, Jackson e Leiter (1996, cit. por Mäkikangas & Kinnunen, 2016), a conceção tridimensional de *burnout* inclui a exaustão emocional, despersonalização e redução da eficácia profissional, que se opõem, respetivamente, às componentes de energia, envolvimento e eficácia (Maslach & Leiter, 1997).

Exaustão emocional representa sobretudo a componente de stresse do *burnout* (Maslach et al., 2001; Maslach, 2005; Sousa, 2011; Tamayo, 2008). Define-se como o esgotamento de recursos físicos e emocionais, perda progressiva de energia, desgaste e sentimentos de sobrecarga emocional, sendo que os trabalhadores não se sentem capacitados para executarem as tarefas. É a manifestação mais óbvia de *burnout*, uma vez que é a mais descrita, quando pedida às pessoas a descrição de *burnout* (Almeida et al., 2013). As maiores fontes de exaustão correspondem ao excesso de trabalho e conflitos pessoais no local de trabalho (Maslach, 2005). O sentimento de exaustão face ao trabalho é extensível ao contexto fora do trabalho (Almeida et al., 2013).

Despersonalização refere-se ao desenvolvimento de atitudes negativas e insensíveis relativamente às pessoas com que o profissional trabalha, também devido ao sentimento de exaustão emocional. As pessoas distanciam-se cognitivamente face a um assunto que as incomoda, o que provoca exaustão emocional. Revelam uma atitude de indiferença face a esse assunto, daí despersonalização e exaustão emocional serem conceitos relacionados (Maslach & Jackson, 1981; Maslach et al., 2001). A despersonalização é então um sentimento de inadequação pessoal e profissional (Queirós, 2005, cit. por Roque & Soares, 2012) que pode estar disfarçado pelo sentimento que lhe é oposto, a onnipotência, pois na tentativa de não querer parecer incompetente, o profissional aumenta os seus esforços, de modo a demonstrar competência e dedicação, mas isso não tem resultados. (Abreu et al., 2002; Alvarez et al., 1993; Delbrouk, 2006; Kalbers & Fogarty, 2005; Pires, Mateus, & Câmara, 2004, cit. por Roque &

Soares, 2012). A despersonalização é também uma autodefesa ao desligamento aos vários aspetos do trabalho. Os profissionais não só diminuem a capacidade de trabalho e qualidade de mesmo, como desenvolvem uma reação negativa em relação ao trabalho e pessoas que dele fazem parte, tentando fazer o mínimo e essencial (Maslach, 2005). É assim considerada a dimensão interpessoal da síndrome de *burnout* (Maslach et al., 2001; Sousa, 2011), já que reflete o distanciamento afetivo e cognitivo entre o profissional e o trabalho que este executa (Almeida et al., 2013), bem como distanciamento face às necessidades dos outros, responsabilizando-os pelo mal que está a acontecer e tratando as pessoas como objetos (Almeida et al., 2013).

Redução da eficácia ou realização pessoal diz respeito à dimensão autoavaliativa do *burnout* (Maslach et al., 2001; Sousa, 2011), ou seja, à tendência do trabalhador em avaliar-se a si próprio, ao seu posto de trabalho e ao trabalho com os outros negativamente. (Zatinge et al., 2009, cit. por Sousa, 2011). O profissional, ao não conseguir cumprir com objetivos previamente estabelecidos, passa a ter sentimentos de baixa autoestima profissional (Maslach & Jackson, 1986, cit. por Schaufeli & Enzmann, 1998), incompetência, ineficácia e pouca produtividade no trabalho (Maslach et al., 2001). Para além disso, o indivíduo sente falta de recursos para a realização do trabalho, suporte social e oportunidades de desenvolvimento da sua carreira profissional (Maslach, 2005). Esta dimensão ocorre como consequência das outras dimensões de *burnout* - da exaustão, despersonalização ou até uma combinação de ambas - dependendo da perspetiva (Byrne, 1994; Lee & Ashforth, 1996, cit. por Maslach et al., 2001), sendo que tanto a exaustão como a despersonalização provocam a diminuição da eficácia do trabalho (Maslach et al., 2001).

Assim, o *burnout* causa um processo de erosão a vários níveis (Maslach & Leiter, 1997). No envolvimento com o trabalho, este deixa de ter o significado de outrora e passa a ser uma atividade desagradável; os sentimentos de entusiasmo, dedicação e segurança são substituídos pela raiva e depressão e a pessoa vê a dificuldade como estando em si própria, quando é maioritariamente causada pelas condições do trabalho.

Denomina-se igualmente de erosão porque o *burnout* corresponde a um processo crescente do aumento da discrepância entre as necessidades da pessoa e do trabalho (Maslach & Leiter, 1997). Corresponde à fase final de um longo processo e não a algo que ocorra momentaneamente, num determinado e curto espaço de tempo (Killburg, 1986; Melo, Gomes, & Cruz, 1999; Mendonça, 1993; Paine, 1992; Patel, 2008; Rabin, Feldman, & Kaplan, 1999, cit. por Roque & Soares, 2012). Começa com a exaustão emocional, podendo conduzir à despersonalização e sentimentos de realização pessoal diminuídos (Maslach & Goldberg,

1998; Bakkr et al., 2000, cit. por Sousa, 2011) e termina com a redução da eficácia profissional (Leiter & Maslach, 1988, cit. por Mäkikangas & Kinnunen, 2016), segundo algumas perspectivas de desenvolvimento do *burnout*. Por exemplo para Golembiewski et al. (2008, cit. por Mäkikangas & Kinnunen, 2016), a exaustão emocional corresponde à fase final. Numa outra perspectiva, o *burnout* evolui da exaustão emocional para atitudes negativas face aos colegas de trabalho e posteriormente para a autoavaliação negativa de si próprio (Delbrouck, 2006; Pires, Mateus, & Câmara, 2004, cit. por Roque & Soares, 2012). Já para Leiter (s.d., cit. por Almeida et al., 2013), a diminuição da realização pessoal desenvolve-se simultaneamente com a exaustão e despersonalização, sendo estas uma consequência do excesso de trabalho e conflitos interpessoais. Contudo, as várias visões de desenvolvimento de *burnout* são relativas, pois cada indivíduo tem diferentes níveis dos vários fatores de *burnout*, o que corresponde a que cada indivíduo tenha um perfil de *burnout* individualizado. Os níveis de *burnout* no mesmo indivíduo são relativamente estáveis ao longo do tempo, embora possam variar (Mäkikangas & Kinnunen, 2016).

O desacordo face ao tema *burnout*, ocorre então não apenas na sua definição, mas igualmente no modo como deve ser avaliado e medido (Marmot & Madge, 1987, cit. por Gomes & Cruz, 2004). A utilização do MBI permite comparar os níveis de *burnout* segundo vários campos profissionais (Schaufeli & Enzmann, 1998). A altos níveis de exaustão emocional correspondem as áreas de educação, trabalho social, médicos e enfermeiros; a altos níveis de despersonalização, o trabalho social e direito e a altos níveis de redução de eficácia e realização profissional, serviço social e enfermagem (Schaufeli & Enzmann, 1998).

O *burnout* pode ser analisado numa perspectiva que dá ênfase às variáveis, em que as unidades a analisar são os sintomas de *burnout* e em que medida se relacionam uns com os outros (Kim & Ji, 2009; Worley, Vassar, Wheeler, & Barnes, 2008, cit. por Mäkikangas & Kinnunen, 2016), bem como a estabilidade dos seus níveis ao longo do tempo em toda a população ou em determinados grupos que se pretendam estudar (Schaufeli & Enzmann, 1998; Taris, Le Blanc, Schaufeli, & Schreurs, 2005, cit. por Mäkikangas & Kinnunen, 2016). Dado a exaustão emocional e a despersonalização se relacionarem e terem correlações mais elevadas entre si do que com a redução da realização profissional, são tidos como os sintomas principais de identificação do *burnout*, segundo esta abordagem (Kim & Ji, 2009; Worley et al., 2008, cit. por Mäkikangas & Kinnunen, 2016). A abordagem orientada para as variáveis mostra que o *burnout* é estável (Mäkikangas & Kinnunen, 2016).

No entanto, o *burnout*, a partir dos primeiros anos do século XXI foi estudado na vertente da pessoa (Bergman & Lundh, 2015; Bergman, Magnusson, & El-Khoury, 2003, cit. por

Mäkikangas & Kinnunen, 2016). A visão de *burnout* orientada para a pessoa foi introduzida por Block (1971, cit. por Mäkikangas & Kinnunen, 2016) e é baseada numa perspectiva holística e interacionista do desenvolvimento humano (Magnusson, 1988; Magnusson & Törestad, 1993, cit. por Mäkikangas & Kinnunen, 2016), ou seja, pretende compreender o todo do indivíduo e as relações entre as partes que constituem esse todo. Nesta perspectiva, dava-se primazia às características e diferenças intra-individuais na síndrome de *burnout* ao longo do tempo, o que permitiria identificar padrões de sintomas de *burnout* nos indivíduos e trajetórias de desenvolvimento individuais, assim como distinguir *burnout* e variáveis relacionadas com o bem-estar face ao trabalho, ao nível da pessoa (Mäkikangas & Kinnunen, 2016). Segundo a abordagem orientada para a pessoa, os três sintomas de *burnout* ocorrem na mesma pessoa num nível intra-individual (Mäkikangas & Kinnunen, 2016). Também segundo esta vertente, os tipos de *burnout* mantêm-se constantes ao longo do tempo (Mäkikangas & Kinnunen, 2016).

Ressalve-se que ambas as abordagens utilizam uma metodologia quantitativa (Mäkikangas & Kinnunen, 2016) e o indivíduo deve ser caracterizado nas três dimensões de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal), pois diferentes fatores influenciam diferentemente as várias dimensões e apenas assim se obtém uma boa descrição da vivência do indivíduo (Maslach, 2005).

### **1.3.3. Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (MBSM)**

Exemplo de outra medida para além do MBI é a Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (MBSM). Esta medida converge relativamente às outras definições de *burnout* face à baixa energia física e mental como componentes centrais do *burnout* (Shirom, 2003, cit. por Shirom, 2005), partilhando com o MBI as dimensões de exaustão emocional e física (Shirom, Melamed, Toker, Berliner, & Shapira, 2005).

A MBSM foi criada por Shirom e Melamed em 2006 e emerge de um modelo teórico subjacente (Melamed, Kushnir, & Shirom, 1992). É baseada na Teoria de Conservação de Recursos de Hobfoll (1989, 1998) (Shirom & Melamed, 2006). Esta teoria demonstra que os indivíduos têm motivação para obter, conservar e salvaguardar aquilo que pretendam, que se denominam de recursos. Estes podem de ser de natureza material, condições de vida (como estabilidade num emprego), características pessoais ou recursos energéticos (Hobfoll & Shirom, 2000). Assim, a condição de stresse advém da ameaça de perder os recursos que possui e não conseguir recuperá-los (Hobfoll & Shirom, 2000).

Segundo a concepção de *burnout* implícita na MBSM, a perda situa-se ao nível dos recursos energéticos (Shirom & Melamed, 2006). Os recursos energéticos são de carácter individual e a falta de recursos a esse nível leva à falta de recursos de outro tipo, dado todos fazerem parte de uma reserva de recursos do indivíduo e estarem inter-relacionados. Isso é demonstrado empiricamente na MBSM (Shirom, Westman, Shamai, & Carel, 1997, cit. por Shirom & Melamed, 2006) e também comprovado teoricamente (Hobfoll & Freedy, 1983, cit. por Shirom & Melamed, 2006). Assim, a perda de um tipo de recursos vai conseqüentemente desencadear a perda de outro tipo de recursos. Os recursos energéticos demonstrados pela MBSM não se sobrepõem a conceitos do MBI, como despersonalização ou conceito relacionados, como autoestima e autoeficácia (Shirom & Melamed, 2006).

Segundo estes autores, o *burnout* é derivado da diminuição de energia e estratégias de *coping* para lidar com exposição crónica ao stress ocupacional (Shirom, 1989, 2003, cit. por Shirom & Melamed, 2006) e postulam-no segundo três dimensões: Fadiga Física, Exaustão Emocional e Fadiga Cognitiva (Shirom et al., 2005). A Fadiga Física refere-se ao cansaço e conseqüente diminuição da energia física para lidar com situações relacionadas com o trabalho. A Exaustão Emocional diz respeito à diminuição da capacidade de empatia e sensibilidade na relação com os outros, devido ao cansaço emocional e diminuição de energia empreendida na relação estabelecida com colegas de trabalho e clientes. Já a Fadiga Cognitiva traduz-se no desgaste cognitivo, que influencia negativamente a capacidade de pensamento e concentração do indivíduo (Shirom et al., 2005).

A investigação empírica demonstra que tem sido estudada a relação entre as variáveis psicofisiológicas e as propriedades psicométricas do instrumento MBSM (Vicente, 2013). As suas três dimensões estão inter-relacionadas (Hobfoll & Shirom, 2000), por isso assumir a análise da MBSM como uma medida de *burnout* unidimensional, representando um resultado total de *burnout* pode ser válido, existindo a necessidade de mais estudos empíricos para comprovar a sua estrutura fatorial tripla (Vicente, 2013). Já o MBI postula uma concepção multidimensional, devido cada dimensão demonstrar diferentes causas e conseqüências (Shirom et al., 2005).

Contrariamente ao MBI, os autores da MBSM tentam ainda diferenciar a sua operacionalização de *burnout* da avaliação de stress previamente à existência de *burnout*, bem como saber as estratégias de *coping* utilizadas e as conseqüências do *burnout* para a *performance* profissional (Shirom & Melamed, 2006).

Todavia, à semelhança do MBI-*General Survey*, a MBSM pode ser aplicada a vários contextos profissionais (Vicente, 2013).

### 1.3.4. *Copenhagen Burnout Inventory (CBI)*

Exemplo de outra medida para além do MBI e MBSM é o *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), construído por Kristensen, Borritz, Villadsen e Christensen (2005), segundo um estudo projetivo realizado na área dos serviços ligados ao cuidado do outro, denominado de *Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction* (PUMA) (Silva, 2016).

Entende como fatores nucleares do *burnout*, a fadiga e exaustão (à semelhança da MBSM). Pretende saber de que modo as pessoas atribuem a fadiga e exaustão que sentem a fatores relacionados com vários domínios de vida, como a vida pessoal, trabalho ou relação com os clientes (Kristensen et al., 2005). É assim o único instrumento que permite aceder aos níveis de *burnout* nessas três áreas (Shirom, 2005), denominando-se as três dimensões do instrumento de *Burnout* Pessoal, *Burnout* relacionado com o Trabalho e *Burnout* relacionado com o Cliente (Kristensen et al., 2005).

A dimensão de *Burnout* Pessoal corresponde à fadiga física e psicológica e exaustão sentida pela pessoa e pretende comparar os níveis de *burnout* do indivíduo, independentemente da sua situação profissional. A dimensão de *Burnout* relacionada com o Trabalho pretende saber o grau de fadiga física e psicológica e exaustão relacionada com o trabalho do indivíduo, ou seja, compara a escala de *Burnout* Pessoal com a de *Burnout* relacionado com o Trabalho, de modo a saber quais são os fatores relativos e não relativos ao trabalho a que as pessoas atribuem a sua fadiga e exaustão. A dimensão de *Burnout* relacionada com o Cliente indaga acerca do grau de fadiga física e psicológica e exaustão em relação ao trabalho com os clientes, pretendendo saber de que modo as pessoas concebem que o trabalho com clientes pode induzir *burnout* (Kristensen et al., 2005). As questões relativas à dimensão *Burnout* Pessoal foram construídas a partir da *Burnout Measure*, embora as opções de respostas sejam diferentes; as questões relativas à dimensão *Burnout* relacionado com o Trabalho surgiram a partir da dimensão Exaustão Emocional do MBI e as questões referentes à dimensão *Burnout* relacionado com o Cliente foram construídas por alguns dos autores do CBI (Kristensen et al., 2005).

O CBI tenta colmatar alguns problemas metodológicos e conceptuais do MBI, uma vez que no MBI os itens são mais orientados para profissionais ligados ao cuidado do outro e o CBI pretende ser generalizado a todas as profissões; o significado dos itens do MBI varia de cultura para cultura e existem dificuldades quanto à definição e medição de *burnout* (Milfont, Denny, Ameratunga, Robinson, & Merry, 2008), sendo que a definição de *burnout* não está relacionada com a operacionalização do MBI, que o divide em três dimensões que devem ser analisadas separadamente (Schaufeli & Taris, 2005) e o mesmo não acontece no CBI. Tem uma conceção de *burnout* diferente à rotulada pelo MBI, sendo que o CBI considera a exaustão emocional

como um estado individual, a dimensão de despersonalização do MBI como uma estratégia de *coping* e a diminuição da realização pessoal deve ser vista como uma consequência da exposição ao stresse a longo prazo (Kristensen et al., 2005; Schaufeli & Taris, 2005), referindo ainda os autores do CBI que a despersonalização e diminuição da realização pessoal postuladas pelo MBI podem não pertencer à síndrome de *burnout* (Kristensen et al., 2005). Para além disso, o CBI tem como vantagem estar disponível para ser utilizado de forma livre, enquanto o MBI é comercializado (Schaufeli & Taris, 2005).

### **1.3.5. Modelos Teóricos Explicativos do processo de *burnout***

O *burnout* foi inicialmente concebido segundo as perspetivas da Psicologia Social e Psicologia Clínica. Ganha com os contributos metodológicos e teóricos da Psicologia Organizacional-Industrial que postula o *burnout* como uma forma de stresse no trabalho, ligada aos conceitos de satisfação no trabalho, compromisso organizacional e *turnover* (rotatividade de pessoal) (Maslach et al., 2001), promovendo a vertente empírica do estudo do *burnout*.

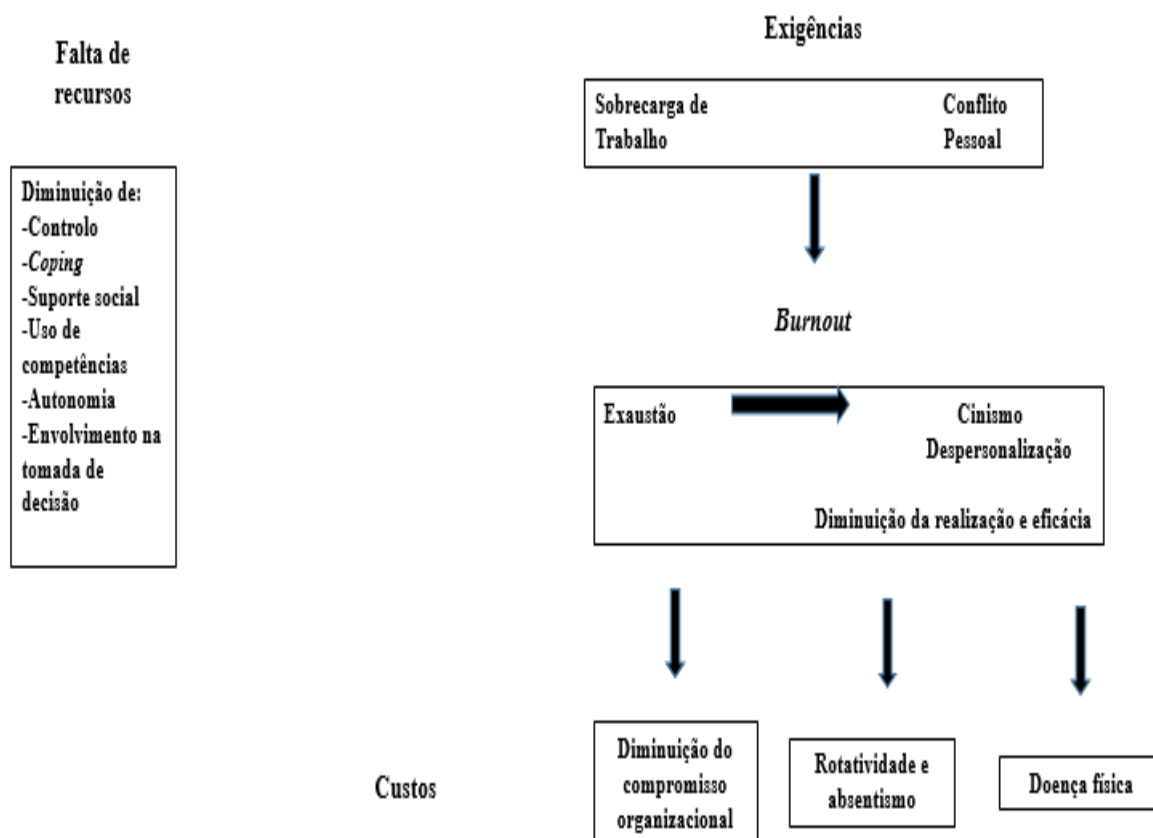
A etiologia do *burnout* é um tema que gera discussão segundo as várias teorias, dado o peso diferenciado às causas, variáveis antecedentes, consequências e fatores implicados segundo os vários modelos (Pérez, 2010). Por isso, esta síndrome pode ser explicada segundo modelos teóricos de diferentes conceções teóricas (Pereira, 2002; Pinto & Chambel, 2008, cit. por Sousa, 2011). Consoante os autores, estes dão mais peso às variáveis individuais, interpessoais ou ao papel das estruturas organizacionais (Sousa, 2011). As conceções teóricas classificam-se em clínica, psicossocial, organizacional e sócio-histórica (Carlotto, 2001; Pinto & Chambel, 2008, cit. por Sousa, 2011).

A conceção clínica é atribuída a Freudenberg, que caracteriza o *burnout* como um processo e não um estado, causado pela atividade profissional e variável segundo as características pessoais (Carlotto, 2001; Freudenberg, 1974; Pereira, 2002, cit. por Sousa, 2011). Nesta conceção, o *burnout* é visto como um conjunto de sintomas que pode conduzir o indivíduo à depressão ou mesmo suicídio (Sousa, 2011).

A conceção psicossocial é representada por Maslach e Jackson (1977), que a operacionalizaram, através do questionário MBI nas suas várias dimensões – exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal. Coloca a síndrome de *burnout* como multidimensional, pois relaciona as variáveis individuais com as variáveis psicossociais e situacionais (condições e relações no trabalho) (Sousa, 2011), colocando maior peso nestas últimas como preditoras de *burnout*.

Assim, o modelo geral explicativo da *síndrome* de *burnout* de Maslach, Jackson e Leiter (1996) (Figura 1) mostra um modelo sequencial, em que a exaustão leva à despersonalização e a redução da realização pessoal e eficácia se desenvolvem separadamente (Maslach & Goldberg, 1998). É a combinação dos diferentes fatores e os aspetos do trabalho e o seu impacto no indivíduo que vão permitir explicar as diferentes experiências de trabalho e fatores de risco de desenvolvimento de *burnout* em profissionais (Maslach, 2003, cit. por Sousa, 2011).

Este modelo coloca como antecedentes do *burnout* as exigências do trabalho, ou seja, a sobrecarga de trabalho, conflitos pessoais e a falta de recursos (controlo,  *coping*, suporte social, autonomia, competências e capacidade de tomada de decisão), o que vai acarretar consequências – diminuição do compromisso, maior absentismo e insatisfação profissional (Maslach & Goldberg, 1998).



**Figura 1:** Modelo geral explicativo da síndrome de *burnout* de Maslach, Jackson e Leiter (1996) (Maslach & Goldberg, 1998)

A conceção organizacional, designada por Cherniss (1980, cit. por Sousa, 2011), postula que a síndrome de *burnout* é derivada dos fatores de stress organizacionais, bem como das estratégias de *coping* utilizadas pelos trabalhadores (Pérez, 2010). Cherniss (1982, cit. por Pérez, 2010) mostra que o *burnout* se dá num processo de adaptação através de várias fases. Existe uma fase de stress, em que ocorre uma discrepância entre os recursos do indivíduo e as necessidades da situação; uma fase de esgotamento, como resposta emocional a essa discrepância com sintomas de ansiedade, fadiga e tensão e a fase de enfrentamento da situação, com mudança comportamental e tratamento impessoal e distante dos clientes. Seguindo a conceção organizacional, Golembiewski e os seus colaboradores Muzenrider e Carter (1988) propõem um Modelo Sequencial, em que um determinado acontecimento desencadeia outro e assim sucessivamente. Primeiramente, dada a sobrecarga de trabalho, o indivíduo sente-se stressado, perde autonomia e controlo. A sua irritabilidade aumenta, sente-se mais cansado e a sua autoimagem torna-se negativa, desenvolvendo estratégias para combater esses sentimentos que podem ser mais ou menos bem-sucedidas. Assim, para estes autores, a primeira fase é a de despersonalização, seguida de redução da realização pessoal e exaustão emocional, por último (Pérez, 2010). Já a conceção sócio-histórica fornece um papel principal aos fatores sociais (Sousa, 2011).

O desenvolvimento do *burnout* nas profissões de ajuda, segundo Edelwich e Brodsky (1980, cit. por Pérez, 2010), segue quatro fases e é denominado de Modelo Progressivo (Sousa, 2011). Primeiramente, o indivíduo sente-se entusiasmado e com bastantes expectativas face ao trabalho que executa. Se essas expectativas não forem cumpridas, o profissional sente-se estagnado (segunda fase) e posteriormente, o que constitui a terceira fase, frustrado. A última fase revela-se através da apatia, ou seja, distanciamento e evitamento relativamente à atividade profissional.

Portanto, os vários modelos pretendem demonstrar quais as respostas face ao stress laboral e modos de desenvolvimento da síndrome de *burnout*.

### **1.3.6. Causas de *burnout***

Para entender quais as causas do *burnout*, importa considerar as variáveis individuais e situacionais, ou seja, as características de personalidade do trabalhador, as atitudes relacionadas com o trabalho e as características do trabalho em si ou da organização a que o trabalhador pertence (Sabo, 2011). Dependendo da profissão e trabalho exercitado, diferentes causas podem ser interpostas (Abreu et al., 2008).

Existindo fatores de risco individuais, estudos apontam maior importância às variáveis situacionais, ou seja, determinadas visões como a de Aiken e Sloane, (1997, cit. por Andrade Hoch, Vieira, & Rodrigues, 2012) mostram que o *burnout* é mais devido às características do trabalho do que da personalidade do trabalhador. Ainda de acordo com esta perspectiva, as características do trabalho (carga de trabalho, conflitos de papéis ou pressão de tempo) correlacionam-se mais fortemente com o *burnout* do que as variáveis respeitantes à interação com clientes (problemas na interação com clientes, frequência de contacto com pessoas sistematicamente doentes, doentes terminais ou confronto com a morte) (Maslach et al., 2001).

Maslach e Leiter (1997) e Maslach (2000, cit. por Sousa, 2011) identificam como fontes de stress: a sobrecarga de trabalho segundo o binómio quantidade de trabalho – tempo para realizá-lo, existindo cada vez mais trabalho, mais complexo e que implica mais tempo de realização, podendo tornar-se moroso o processo de recuperação de energia; falta de sensação de controlo sobre o trabalho realizado e falta de autonomia, sentindo-se os profissionais responsabilizados até por atos que não cometeram e sobre os quais não têm controlo (Maslach, 2005); ausência de recompensas ou recompensas insuficientes, quer extrínsecas (monetárias, prestígio, segurança na posição), quer intrínsecas (valoração), o que diminui o envolvimento e motivação para a realização do trabalho; diminuição do compromisso entre trabalhadores, dada a insegurança do trabalho; más relações com os colegas de trabalho, com falta de suporte social e confiança e rutura do sentido de comunidade, logo maior dificuldade na resolução de conflitos (Maslach, 2005); sentimento de injustiça, pela falta de equidade e procedimentos pouco justos quanto ao local de trabalho e ao indivíduo, originando sentimentos de raiva e hostilidade e mesmo possíveis situações de violência (Maslach, 2005), bem como conflito de valores, entre indivíduo e a organização a que pertence, assim como entre os requisitos do trabalho e competências do indivíduo (Maslach & Leiter, 1997), sendo que os valores constituem os ideais e objetivos, ou seja, o elo de ligação entre o trabalhador e o seu trabalho (Maslach, 2005).

Os níveis de *burnout* são também tanto maiores, quanto maior a discrepância entre a natureza do trabalho e as características pessoais do profissional o executa (Maslach & Leiter, 1997). As necessidades do trabalho moldam a experiência do indivíduo, bem como este vai responder diferentemente ao trabalho, o que mostra que as necessidades individuais e do trabalho influenciam o trabalho como um ciclo vicioso (Maslach & Leiter, 1997).

Assim, como fatores individuais, existem traços de personalidade que demonstram a maior probabilidade de ocorrer *burnout*, como pessoas com menor autoestima, *locus* de controlo externo, menor resiliência, personalidade do tipo A (pessoas mais ambiciosas e perfeccionistas) (Maslach, 2005) e estilos de *coping* de evitamento, resolução de problemas e confrontativo

(Sabo, 2011). Segundo o Modelo dos Cinco Fatores de Personalidade, o *burnout* está ligado à dimensão do neuroticismo, que representa a ansiedade, depressão, insegurança, vulnerabilidade e por isso pessoas com maior grau de neuroticismo são mais suscetíveis a sofrer de *burnout* (Maslach, 2005). Contudo, se estes traços demonstram uma maior predisposição ao *burnout*, são necessários mais estudos para perceber se se pode considerar uma relação causal (Sabo, 2011).

Para entender o *burnout*, não se devem considerar apenas os seus instrumentos de medida, mas também as suas causas pessoais e situacionais, bem como entender o seu impacto emocional, cognitivo, físico e social (Maslach et al., 2009).

### **1.3.7. Experiência e sintomas de *burnout***

É igualmente importante descodificar os sintomas de *burnout*, sendo que nesses podem distinguir-se o domínio individual e o domínio interpessoal. Dentro desses níveis, ainda é possível diferenciar as componentes emocional, cognitiva, física, comportamental e motivacional (Schaufeli & Enzmann, 1998).

No domínio individual, os sintomas emocionais são: humor depressivo, tristeza, exaustão emocional, variações de humor, diminuição da capacidade de controlar as emoções e aumento da tensão e ansiedade; os sintomas cognitivos pautam-se por sentimentos de falta de ajuda do outro, perda de significado e esperança, receio de enlouquecer, sensação de falta de poder/impotência, sensação de falha, baixa autoestima, sentimentos de preocupação e culpa, ideação suicida, dificuldades de concentração, esquecimentos, dificuldade em completar tarefas complexas, rigidez de pensamento e dos esquemas utilizados, dificuldade na tomada de decisão e baixa tolerância à frustração. Já os sintomas físicos são dores de cabeça, náuseas, tonturas, tiques nervosos, dores musculares, problemas sexuais, perturbações do sono (insónias, pesadelos, sono excessivo), perda ou ganho súbito de peso, perda de apetite, falta de ar, aumento da tensão pré-menstrual nas mulheres, fadiga crónica, exaustão, hiperventilação, fraqueza, úlceras, perturbações gastrointestinais, doenças cardiovasculares, gripes frequentes e prolongadas, lesões devido a comportamentos auto-lesivos, aumento da pressão arterial e aumento dos níveis de colesterol. Os sintomas comportamentais são hiperatividade, impulsividade, procrastinação, dependências (caféina, álcool, tabaco e substâncias ilícitas), comportamentos de risco e aumento das atividades de lazer. Os sintomas motivacionais definem-se como perda da capacidade de idealizar, desilusão, resignação, tédio e desmoralização (Schaufeli & Enzmann, 1998).

No nível interpessoal, os sintomas emocionais são irritabilidade, sensibilidade exagerada, distanciamento, falta de empatia para com os outros e aumento dos conflitos. Os sintomas cognitivos dizem respeito a uma percepção desumana dos outros, pessimismo, falta de empatia cognitiva, considerar que tem sempre razão, suspeitar dos outros, tendência a culpar o outro ou a vitimizar-se e paranóia. Os sintomas comportamentais revelam-se através de comportamentos agressivos, conflitos maritais, interpessoais e familiares, isolamento social, desligamento/desapego face ao outro, isolamento ou excessiva ligação com os outros e tristeza. Por último, os sintomas motivacionais são falta de interesse e indiferença face aos outros, utilizar os outros para satisfazer as suas necessidades pessoais e sociais e excesso de envolvimento com os mesmos (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Existe ainda o nível organizacional, sendo que os sintomas emocionais são a falta de satisfação para com o trabalho; os sintomas cognitivos prendem-se com o desligamento face aos papéis do trabalho, sentir que não se é apreciado pelos outros e falta de confiança nos pares e gestão da empresa. Os sintomas comportamentais são a redução da eficácia profissional e produtividade, *turnover* (rotatividade do pessoal), piores condições de saúde ocupacional, absentismo, roubo, resistência à mudança, dependência dos supervisores (pedindo-lhes constantemente ajuda), desejo de não estar no local de trabalho, aumento do número de acidentes e má gestão de tempo e de tarefas. Os sintomas motivacionais relacionam-se com perda da motivação em ir para o trabalho e falta de tomada de iniciativa face ao mesmo (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Para Maslach e Schaufeli (1993, cit. por Pérez, 2010), são mais os sintomas cognitivos do que físicos e comportamentais presentes no *burnout*, sendo o *burnout* uma síndrome clínico-laboral. Para Pérez (2010), a ênfase maior é dada às consequências emocionais do *burnout*, seguidas das cognitivas, sendo os aspetos comportamentais os menos estudados.

Dado o *burnout* corresponder a um processo prolongado no tempo, o seu diagnóstico apenas pode ser realizado no final desse processo e inclui os seguintes critérios nessa fase: presença de sintomas disfóricos como exaustão emocional, fadiga e depressão; mais sintomas cognitivos e comportamentais do que físicos; os sintomas presentes serem específicos ao desempenho do trabalho; poderem ocorrer em pessoas que nunca tiveram perturbação mental e haver desenvolvimento de atitudes negativas do profissional face ao trabalho, o que leva à diminuição do rendimento e eficácia no mesmo (Maslach & Schaufeli, 1993; Melo et al., 1999).

O *burnout* diz respeito não apenas à presença de reações emocionais negativas, mas também à ausência de reações emocionais positivas (Maslach & Leiter, 1997).

### 1.3.8. *Burnout* vs. Depressão

Estudos conduzidos aquando a construção do MBI mostraram a relação entre o *burnout*, depressão e ansiedade (Maslach et al., 2001). É importante distinguir ou saber de como modo *burnout* e depressão podem relacionar-se, dado terem sintomas semelhantes e por vezes ocorrerem na mesma pessoa (Ahola & Hanaken, 2014; Bianchi, Boffy, Hingray, Truchol, & Laurent, 2013, cit. por Mäkikangas & Kinnunen, 2016). Outros estudos mostram que essa relação parece não existir (Bianchi, Schonfeld, & Laurent, 2015, cit. por Mäkikangas & Kinnunen, 2016).

Considerando o MBI, Leiter e Durup (1994, cit. por Shirom et al., 2005), consideram que a dimensão de exaustão emocional demonstra o cansaço e diminuição de energia características de estados depressivos, assim como a dimensão de despersonalização o isolamento e sensação de desamparo, também característicos das síndromes depressivas. No MBI, a dimensão de exaustão emocional está então significativamente relacionada com depressão (Maslach & Schaufeli, 1993), sendo que a correlação com as outras dimensões de *burnout* é menos forte.

Contudo, para alguns autores, o *burnout* é um fenómeno mais multidimensional (Schaufeli & Buunk, 1996), mais específico quanto ao contexto e relacionado com o trabalho, do que a depressão (Freudenberger, 1983; Warr, 1987, cit. por Maslach et al., 2001). A depressão apresenta-se como mais generalizada a outros campos de vida, sendo que indivíduos com maior predisposição à depressão, são também indivíduos com maior predisposição ao *burnout* (Maslach et al. 2001). Para outros autores, o *burnout* é uma forma de doença mental (Maslach, 2005) e não um precursor de depressão, sendo que segundo Truchot (2004, p.202, cit. por Oliveira, 2008), o *burnout* é até uma “depressão profissional”.

Concluindo, sobretudo, os vários estudos demonstram o *burnout* como um fator de risco para a saúde mental e o seu impacto negativo na vida pessoal, profissional e familiar daquele que está a passar por esse processo (Maslach, 2005).

### 1.3.9. *Burnout* vs. Envolvimento e Satisfação no Trabalho

O *burnout* é uma experiência negativa que prejudica o bem-estar, saúde e desempenho do trabalhador (Maslach et al., 2009). Assim, intervir em *burnout* pretende aliviar a experiência negativa e promover uma alternativa positiva, denominando-se essa de envolvimento no trabalho (Maslach et al., 2009).

A conceção tridimensional de *burnout* inclui a exaustão emocional, despersonalização e redução da eficácia profissional, que se opõem, respetivamente, às componentes de energia, envolvimento e eficácia, as dimensões de envolvimento no trabalho (Maslach & Leiter, 1997,

cit. por Mäkikangas & Kinnunen, 2016). O envolvimento no trabalho também pode ser caracterizado pelo vigor, dedicação e absorção e representa um estado em que o profissional se sente preenchido (Maslach et al., 2009).

Quanto maior as discrepâncias entre o trabalhador e o trabalho que este executa, maior a probabilidade de *burnout*. Quanto menor as discrepâncias, maior o envolvimento no trabalho (Maslach & Leiter, 1997, cit. por Maslach et al., 2001). Contudo, *burnout* e envolvimento no trabalho podem ocorrer simultaneamente no mesmo indivíduo (Mäkikangas & Kinnunen, 2016).

É igualmente importante perceber a relação entre o *burnout* e outras variáveis relacionadas com o bem-estar no trabalho, tal como a satisfação no trabalho. Segundo o MBI, a satisfação face ao trabalho está negativamente correlacionada com a exaustão emocional e despersonalização e apenas ligeiramente correlacionada com a realização pessoal (Maslach & Schaufeli, 1993), podendo a realização pessoal e a satisfação, ainda segundo estes autores, constituir um fator único. Por um lado, postula-se que a insatisfação face ao trabalho é causada pelo *burnout*, enquanto noutra perspetiva, esta é um resultado emocional da experiência de *burnout*. Ainda de acordo com outra visão, tanto o *burnout* como a insatisfação relativamente ao trabalho podem ser consequência de uma terceira variável, como condições de trabalho desagradáveis (Maslach & Schaufeli, 1993).

### **1.3.10. *Burnout* em Psicólogos Clínicos**

Ainda que o *burnout* seja uma síndrome extensiva a todos os géneros e classes, é importante considerar a profissão em causa, dado as características do trabalho serem fundamentais quanto ao mal-estar físico e psíquico sentido pelo profissional (Yaegashi, 2008; Yaegashi, Benevides-Pereira, & Alves, 2009; Canova & Porto, 2010, cit. por Yaegashi, Benevides-Pereira, & Alves, 2011).

O *burnout* é particularmente proeminente em profissões que envolvam prestar cuidados a outro, sendo considerado um problema de saúde ocupacional nessas profissões (Marôco, Marôco, Leite, Bastos, Vazão, & Campos, 2016), como é o caso de um psicólogo. Aliás, o *burnout* em psicoterapeutas é um fenómeno muito reconhecido (D'Souza, Egan, & Rees, 2011). Contudo, o estudo dos agentes *stressores* é mais evidente nessa classe, o que pode abranger não só psicólogos, mas também psiquiatras (Deutsch, 1985; Farber, 1983; Farber & Heifetz, 1981; Sampson, 1990; Varma, 1997, cit. por Roque & Soares, 2012). Importa por isso perceber quais os fatores específicos de *burnout* em psicólogos. No entanto, existe um reduzido número de estudos acerca dessa temática (Gomes & Cruz, 2004).

O estabelecimento de uma aliança terapêutica implica uma relação entre um psicólogo e aquele que é o seu cliente ou paciente. Ou seja, implica a interação entre as características de duas pessoas, mais diferentes ou mais semelhantes entre si. Dada a estreita ligação entre um psicólogo clínico e o seu paciente e a repercussão dos problemas do paciente na vida pessoal do psicólogo, existe risco psicossocial de *burnout* nesta profissão (Viveros & Herrera, 2009). Assim, a relação terapêutica e a prática de terapia constituem fatores únicos de stresse e *burnout* a considerar no caso dos psicólogos clínicos (Emery, Wade, & McLean, 2009).

Nesta linha de pensamento, deve considerar-se o grau de relação estabelecida entre o cuidador e o paciente, dada a exaustão emocional que pode envolver e essa ser a base do *burnout* (Sabo, 2011). Para além disso, a relação terapêutica tem como vínculo principal as dificuldades relatadas pelo paciente, a nível psicológico, social e/ou físico, podendo por isso ser envolta em sentimentos de raiva, desespero, medo ou embaraço (Maslach & Jackson, 1981). Assim, trabalhar continuamente com pessoas nestas circunstâncias, leva a um stresse crónico com envolvimento emocional, o que aumenta o risco de *burnout* (Maslach & Jackson, 1981), sendo que o tempo e frequência da interação com certos clientes é um dos fatores com uma correlação mais forte com a síndrome de *burnout* (Pereira, 2002; Zapf, Seifert, Schmutte, & Mertini, 2008, cit. por Sousa, 2011).

Lidar com o outro pode ainda implicar que o psicólogo coloque as necessidades do outro primeiro do que as suas (Maslach, 2005). Todavia é igualmente importante perceber as crenças individuais do psicólogo face à terapia, ou seja, acerca do facto de sentir que tem de dar sempre o seu máximo face aos seus clientes; a rigidez, inflexibilidade e ceticismo na aplicação de determinados modelos teóricos e de intervenção e ao processo terapêutico; demonstrar baixa tolerância à ambiguidade e o controlo emocional, nomeadamente face às emoções do seu cliente (Deutsch, 1984; Forney, Wallace-Schutzman, & Wigers, 1982; Hellman, Morrison, & Abramowitz, 1987; Rodolfa et al., 1988, cit. por Emery et al., 2009).

Os psicólogos têm ainda de lidar simultaneamente com os seus problemas e necessidades que podem ser semelhantes ou não aos daqueles que precisam do seu apoio. Se os problemas entre psicólogo e paciente forem semelhantes, a interação ainda é mais dificultada, especialmente se o psicólogo não tiver passado ele próprio por um processo psicoterapêutico (Benevides-Pereira, Porto-Martins, & Machado, 2010). Para além disso, estes profissionais podem ter processos terapêuticos longos com clientes com as mais variadas dificuldades emocionais, sentindo-se responsáveis por eles (Maslach et al., 2001). Assim, manter a relação terapêutica pode ser complicado e o processo de atenção dado ao paciente é extensivo (podendo o envolvimento ser excessivo) e não recíproco (Faber, 1995; Raber et al., 1999; Abreu, Stoll,

Ramos, Baumgardt, & Kristensen, 2002, cit. por Sanzovo & Coelho, 2007), com expectativas elevadas por parte do terapeuta e possível falta de gratificação pelo paciente, o que conduz ao esgotamento emocional do terapeuta. Ou seja, os psicólogos ajudam os seus pacientes e uma vez terminado o processo terapêutico, estes pacientes são substituídos por outros, sem que os psicólogos tenham total oportunidade de ver os resultados da sua ação. Estas profissões lidam então frequentemente com as emoções negativas e *feedback* negativo do seu trabalho, sendo que reforçar positivamente os resultados do trabalho não faz parte da estrutura da profissão (Maslach, 2005). Os psicólogos esperam grandes mudanças face às condições dos seus pacientes crónicos, por exemplo, e isso nem sempre se verifica. Devem por isso encarar-se como profissionais da prevenção e não da solução (Moore & Cooper, 1996, cit. por Abreu et al., 2002), embora os pacientes idealizem o terapeuta como um exemplo e uma solução a seguir (Benevides-Pereira et al., 2010).

Para além destas razões destaca-se alguma incapacidade do psicólogo para estabelecer limites entre a sua vida pessoal e profissional, assim como a resistência de alguns pacientes à intervenção, faltarem às consultas marcadas, fazerem por ter tempo extra em sessão para além do programado, serem invasivos da vida pessoal do terapeuta ou confundirem o seu trabalho com o de outro profissional (Sanzovo & Coelho, 2007).

A predisposição do psicólogo ao *burnout* pode ainda ser aumentada pelas problemáticas com as quais lida (Emery et al., 2009), sendo que geralmente, quanto maior a gravidade do problema do cliente, maior a probabilidade de o profissional que com ele lida ter níveis de *burnout* moderados a elevados (Maslach et al., 2001). Por exemplo, considerando o MBI, os psicólogos clínicos que trabalham com pessoas com tendências suicidas têm níveis mais elevados de exaustão emocional e despersonalização, comparativamente à média de um grupo constituído por psicólogos, psicoterapeutas, equipa hospitalar na área da saúde mental e psiquiatras (Ackerley, Burnell, Holder, & Kurder, 1988, cit. por Emery et al., 2009). Estão também em maior risco psicólogos que lidam com pacientes com síndrome depressiva (Farber & Heifetz, 1982; Forney, Schutman, & Wiggers, 1982, cit. por Benevides-Pereira, Moreno-Jiménez, Hernandez, & Gutiérrez, 2002), bem como aqueles que lidam com vícios, como álcool e drogas (Thorentson et al., 1983; Forney et al., 1982; Wallace, 1985, cit. por Benevides-Pereira et al., 2002), dependência face ao jogo e comportamentos auto-lesivos (Delbrouck, 2006, cit. por Roque & Soares, 2012), abusos sexuais (Sanzovo & Coelho, 2007) ou ainda pacientes que morreram no decorrer do processo terapêutico (Covolán, 1996, cit. por Sanzovo & Coelho, 2007). Os psicólogos podem ainda passar a ter uma visão desumanizada e insensível face aos clientes (Ryan, 1971, cit. por Maslach & Jackson, 1981), ou seja, pode existir conflito

entre o psicólogo e aquele que é o seu objeto de trabalho, seja uma escola, uma pessoa ou uma empresa, causando-lhe dilemas pessoais com os quais nem sempre sabe lidar (Benevides-Pereira et al., 2002).

Outra razão para o *burnout* em psicólogos é a de que houve um aumento do trabalho nestas profissões, cujas funções e responsabilidades eram anteriormente incumbidas às famílias dos pacientes. Ou seja, o psicólogo atende muitos clientes, sem fazer intervalo entre cada consulta, bem como todas as burocracias inerentes: resumo e registo de consultas (Benevides-Pereira et al., 2010). O trabalho de um psicólogo está ainda associado a várias limitações técnicas (falta de materiais e a instituição a que pertence não ter recursos para os comprar, ou ausência de um espaço adequado para consultas), financeiras (remuneração insuficiente) (Araujo, 2008) e políticas, burocráticas e sociais (Almeida et al., 2013). Os psicólogos referem ainda várias vezes a sobrecarga de trabalho (Burke & Greenglass, 2001, cit. por Sousa, 2011), sendo que ao aumentar a quantidade de trabalho, pode diminuir a produtividade e qualidade do mesmo (Araujo, 2008).

Para além disso, o processo de formação de um psicólogo consiste em vários anos de aprendizagens teóricas que podem não possibilitar a reflexão de qual o seu papel e acerca das questões que o curso e a sua experiência profissional com clientes provocam na sua vida (Killburg, 1986, cit. por Roque & Soares, 2012). Esta é assim uma profissão complexa, com várias técnicas, teorias e metodologias que obriga a que o psicólogo necessite de estar constantemente atualizado, o que por si pode acarretar um sentimento de insegurança (Sampson, 1990; Cushway, 1992, cit. por Roque & Soares, 2012).

Não é pelo estudo intensivo, prolongado por vários anos acerca da compreensão da mente e comportamento humanos, que os psicólogos não são sujeitos a *burnout*, negando ou não reconhecendo muitas das vezes as suas dificuldades. São assim “os seus piores inimigos” (Killburg, 1986, cit. por Roque & Soares, 2012). Não é o seu maior conhecimento de técnicas de intervenção terapêutica que lhes permite perceber como gerir os seus dilemas, necessitando por vezes de uma ajuda extra (Killburg, 1986, cit. por Roque & Soares, 2012). Referem ainda como fatores causadores de *burnout* a falta de suporte organizacional percebido, poucas oportunidades de formação (Almeida, 2011), a necessidade de supervisão clínica, orientação do seu trabalho e acompanhamento terapêutico, face ao sentimento de impotência que envolve muitos dos casos que atendem (Almeida, 2011; Araujo, 2008), para impedir tomadas de decisão que possam implicar consequências nefastas à vida do seu paciente (da qual se sentem responsáveis) e à sua própria carreira (Almeida, 2011).

Outros fatores referenciados são a falta de experiência profissional, geralmente associada a trabalhadores mais jovens (especialmente entre 30-40 anos), que apresentam maiores níveis de *burnout*, sendo os trabalhadores mais velhos mais resilientes (Maslach, 2005); a pouca experiência de vida; a necessidade de amadurecimento das características pessoais; o desconhecimento da própria síndrome de *burnout* e serem indivíduos perfeccionistas, uma vez que estes são mais afetados negativamente por *stressores* e por isso têm níveis mais elevados de ansiedade e mais baixos de bem-estar (D'Souza et al., 2011). Já profissionais mais realistas face às suas capacidades, competências, preferências (Cherniss, 1995, cit. por Emery et al., 2009) e limitações apresentam melhor capacidade de adaptação.

Assim, as causas de *burnout* em psicólogos clínicos podem tanto ser do foro pessoal, como organizacional (Araujo, 2008).

### **1.3.11. Estratégias de *coping* em Psicólogos Clínicos**

Pessoas em *burnout* apresentam estilos de *coping* mais passivos e defensivos, que se revelam menos eficazes do que estilos de *coping* proactivos (Maslach, 2005). Assim, não são apenas as situações que o indivíduo passa no seu contexto de trabalho, mas o modo como com elas lida, ou seja, as estratégias de *coping* que utiliza que permitem explicar o *burnout* (Sousa et al., 2009).

Exemplo de algumas das estratégias de *coping* utilizadas pelos psicólogos clínicos passam por gostar da sua profissão, ter um alto nível de tolerância face ao atendimento clínico, concentrar-se apenas na sessão durante o atendimento, saber gerir o tempo em sessão, adequar o espaço físico da consulta e estabelecer contratos claros acerca do funcionamento da terapia. Revelou-se igualmente importante encaminhar os casos para colegas ou desmarcar sessões quando não se sentir apto para dar consultas, fazer supervisão de casos quando necessário e obter opiniões de colegas acerca dos seus casos. Revela-se também essencial os psicólogos saberem diminuir as suas horas de trabalho e desligarem-se face ao mesmo, por exemplo, não atendendo o telefone a partir de determinados horários e tendo tempo para descansar, refletir e realizar outras atividades (Sanzovo & Coelho, 2007).

O suporte social e a autoeficácia demonstram igualmente ser estratégias de *coping* positivas, porque a sensação de suporte social, de comprometimento com a organização e de esta se importar com o bem-estar do psicólogo, contribui para a sensação de autoeficácia (Sousa et al., 2009) e atua como um fator moderador face à síndrome de *burnout*. Existe assim uma melhor relação entre colaboradores e de troca de informações úteis ao trabalho, reduzindo as dúvidas em situações de incerteza (Andrade et al., 2012). Este suporte social pode expressar-se

fundamentalmente de dois modos: instrumental ou operacional, fornecendo meios técnicos para auxiliar o indivíduo e a realização do seu trabalho, ou emocional ou de estima, sabendo comunicar, dar atenção e estabelecer atitudes empáticas (Seidel & Tróccoli, 2006, Andrade et al., 2012).

#### **1.4. Relação entre Stresse, Stresse Ocupacional e *Burnout***

Os conceitos de stresse, stresse ocupacional e *burnout* são muitas vezes estabelecidos como o mesmo, mas é essencial diferenciá-los para melhor compreendê-los, bem como as suas inter-relações.

##### **1.4.1. Relação entre stresse e *burnout***

O stresse, tal como definido por Selye (1950), é temporário. Após o esgotamento, físico e emocional, dos recursos para lidar com o stresse, o corpo humano não reconstrói diretamente essa capacidade e pode entrar em processo de *burnout*, segundo Selye e o seu Síndrome Geral de Adaptação (1950) (Newstrom, 2008).

O stresse é um processo psicológico com efeitos positivos e negativos, enquanto o *burnout* apenas tem efeitos negativos para o sujeito e o que o envolve (Maslach, 2003; Martínez, 2010, cit. por Barona, Del Amo, Ortiz, & Rico, 2014; Pérez, 2010). O stresse pode experienciar-se em todos os momentos e situações de vida, enquanto o *burnout* é exclusivo do âmbito profissional (Martínez, 2010, cit. por Barona et al., 2014; Pérez, 2010). Assim, no stresse há o desenvolvimento de reações agudas em resposta a acontecimentos críticos específicos e o *burnout* é o resultado de *stressores* ocupacionais que se perpetuam no tempo (Maslach, 2005).

O stresse corresponde a um processo de adaptação a uma situação acompanhado de sintomas físicos e mentais, enquanto o *burnout* é considerado o estágio final de problemas nesse processo de adaptação (Brill, 1984, cit. por Schaufeli & Buunk, 1996). Assim, o stresse pode determinar a ocorrência de *burnout*, uma vez que o *burnout* é um processo e não um evento, mas não têm de ser fenómenos coincidentes. O *burnout* pode derivar do stresse para o qual não parecem existir estratégias de resolução, ou seja, o stresse que não é moderado nem mediado (Farber, 1983, cit. por Roazzi, Carvalho, & Guimarães, 2000).

O *burnout* acontece sobretudo em profissões ligadas à assistência ao outro, logo o foco é dado à relação entre quem presta o serviço e quem o recebe. Por essa razão, concebe-se que o *burnout* seja estudado mais do que uma reação individual ao stresse, nas interações que o indivíduo empreende no local de trabalho, ou seja, num contexto interpessoal (Maslach, 2005). O *burnout* é tido como um tipo específico de stresse no trabalho, crónico, multifacetado, mais

predisposto a ocorrer em indivíduos altamente motivados para o trabalho e com expectativas elevadas (Schaufeli & Buunk, 1996). No *burnout*, o indivíduo desenvolve atitudes e comportamentos negativos face aos seus clientes e o mesmo não acontece no stresse no trabalho (Maslach, 1993, cit. por Schaufeli & Buunk, 1996).

Assim, o stresse é causado pelo demasiado envolvimento face ao trabalho, enquanto o *burnout* se caracteriza pelo desligamento; no stresse, as emoções relativamente a algo são demonstradas, enquanto as de *burnout* são escondidas; o stresse denota-se na perda de energia e o *burnout* na perda da motivação e esperança em atingir objetivos as consequências do stresse são mais concentradas a nível físico, podendo conduzir a perturbações de ansiedade e mesmo à morte e as do *burnout* a nível social (Maslach, 2005) e a nível psicológico, podendo levar à depressão (Croucher, s.d.).

#### **1.4.2. Relação entre stresse ocupacional e *burnout***

Requerem-se mais estudos acerca das diferenças entre *burnout* e stresse ocupacional, que são frequentemente considerados como o mesmo, mas são fenómenos distintos (Abreu et al. 2002).

Segundo alguns autores, o *burnout* é um prolongamento do stresse ocupacional, pela sua longa duração, caracterizado pelo esgotamento dos recursos para lidar com a situação (Maslach & Schaufeli, 1993, cit. por Gomes & Cruz, 2004) ou uma resposta ao stresse ocupacional crónico, ou seja, vivenciado ao longo do tempo (Abreu et al., 2002). Já para Burke (1987, cit. por Pérez, 2010), o *burnout* constitui um processo de adaptação ao stresse laboral ou ocupacional. Segundo Cherniss (1980, cit. por Roazzi et al., 2000), *burnout* e stresse ocupacional partilham as dimensões exaustão emocional e diminuição da realização pessoal, mas no *burnout* está presente a dimensão despersonalização.

Para León e Iguti (1999, cit. por Abreu et al., 2002), o *burnout* corresponde a uma perturbação mental extrema, derivada do stresse ocupacional.

### **1.5. Fadiga por Compaixão**

#### **1.5.1. Conceptualização teórica**

O termo fadiga por compaixão surgiu com os estudos de Joinson (1992, cit. por Cruz, 2014; Solomon, 2014) com enfermeiras que ao assistirem ao grande sofrimento dos seus pacientes, demonstravam depressão, apatia, raiva e menor capacidade de trabalho. Este termo também é utilizado por Figley, que seguiu a linha de pensamento de Joinson, através dos resultados

obtidos por este último (Solomon, 2014). Para definir fadiga por compaixão também podem ser utilizados os termos *stresse traumático secundário* (usado por Figley e Stamm) e *traumatização vicariante* (usado por Pearlman) (Stamm, 2010). Para Baird e Kracen (2006), a *traumatização vicariante* corresponde à perturbação das necessidades psicológicas dos terapeutas nas áreas de segurança, confiança, intimidade, estima e controlo, o que diminui a eficácia e motivação para cuidar do outro.

Os vários termos referidos descrevem os efeitos negativos da vida profissional, mas os estudos realizados não mostraram diferenças consistentes entre os construtos. O conceito utilizado depende então do autor considerado (Stamm, 2010).

Assim, para Figley (1995), a fadiga por compaixão apresenta-se como os “custos de cuidar” do outro, surgindo em profissionais de ajuda na área da saúde mental que lidam com os problemas ou dificuldades dos outros (Figley, 1995, p.1) e que possuem capacidade empática face à exposição repetida ao sofrimento dos pacientes e da sua família (Huggard & Huggard, 2008). Figley (1993, cit. por Figley, 1995, p.7) define então a fadiga por compaixão ou o *stresse traumático secundário* como “os comportamentos e emoções que uma pessoa desenvolve como resposta a um evento traumatizante que alguém significativo passou ou o *stresse* derivado de tentar ajudar ou ajudar alguém que está em sofrimento ou passou por um trauma”.

Não é possível rever o conceito de fadiga por compaixão sem entender os conceitos de compaixão e empatia. A compaixão é um ingrediente básico da relação terapêutica estabelecida entre um terapeuta e o seu paciente, na arte de cuidar do outro (Solomon, 2014). A relação com o outro, segundo Rogers e a sua Teoria Centrada no Cliente (1961), revela como condições necessárias à psicoterapia, para além de um terapeuta disponível e um cliente com algum problema ou dificuldade, a congruência entre o terapeuta e o cliente, na expressão e validação de sentimentos; a consideração positiva incondicional do cliente, tentando o terapeuta ser positivo e recetivo face ao processo pelo qual o cliente está a passar e a compreensão empática do que o paciente transmite.

Ter compaixão implica ter capacidade de empatia. A empatia é um construto da psicologia com componentes cognitivos, emocionais e comportamentais (Davis, 1980; Falcone, 1998, 1999; Koller, Camino, & Ribeiro, 2001, cit. por Falcone et al., 2008). Há a tomada de consciência do outro, dos seus estados emocionais e a inferência dos seus pensamentos e sentimentos, sem os experimentar por si (Falcone et al., 2008). O terapeuta mostra ao paciente que o compreende, resguardando, contudo, a sua identidade, ou seja, sendo empático face aos problemas do outro e não simpático (Braga, 2013). A empatia é essencial e facilitadora da relação terapêutica (Braga, 2013).

A fadiga por compaixão pode então surgir em profissões ligadas ao cuidado do sofrimento do outro, como médicos, enfermeiros, psicólogos ou assistentes sociais (Lago & Codo, 2013), sendo considerada a principal ameaça à saúde mental dos profissionais de saúde (Abendroth, 2005; Collis & Long, 2003; Huggard, 2003, cit. por Lago & Codo, 2013). A história contada pelo paciente pode desencadear no terapeuta reações emocionais e psicológicas que afetam a sua vida profissional e até pessoal (Ainsworth & Sgorbini, 2010, cit. por Solomon, 2014). Sendo a compaixão a dor ao observar o sofrimento do outro e o desejo de aliviar, um profissional que esteja a passar pelo processo de fadiga por compaixão, sente-se temporariamente pouco habilitado para o fazer, dado se sentir exausto ou ter contactado excessivamente com os problemas ou dificuldades dos seus pacientes (Solomon, 2014). Assim, o profissional de ajuda torna-se menos empático, menos capaz de ouvir o outro relativamente aos seus problemas ou de fornecer estratégias de autorregulação aos seus pacientes, passíveis de alterar os seus comportamentos e emoções (Boscarino, 1997; Francis, 1997; Thoits, 1986, cit. por Adams, Figley, & Boscarino, 2007).

Para Stamm (2010), a fadiga por compaixão é ainda um dos aspetos da qualidade de vida profissional. A qualidade de vida profissional define-se como a qualidade da relação estabelecida entre o profissional de ajuda e quem este auxilia. Os seus aspetos positivos, ou seja, os benefícios em ajudar o outro, denominam-se de satisfação por compaixão e os aspetos negativos de fadiga por compaixão (Stamm, 2010). Para Stamm (2010), a fadiga por compaixão pode ainda subdividir-se em *burnout* e stresse traumático secundário. Esta conceção é a base do desenvolvimento da Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL) (Stamm, 2010).

O *burnout* corresponde à exaustão emocional por lidar secundariamente com os problemas e dificuldades do outro (Figley & Stamm, 1996, cit. por Lago & Codo, 2013) e aos sentimentos de desespero devido ao excesso de trabalho e falta de apoio por parte da organização a que o profissional pertence (Stamm, 2010). O stresse traumático secundário é uma consequência de se expor secundariamente aos problemas/dificuldades e sofrimento das pessoas a que se ajuda (Figley & Stamm, 1996, cit. por Lago & Codo, 2013), podendo o profissional desenvolver sinais e sintomas semelhantes aos do seu cliente (Figley, 1995, cit. por Carvalho, 2011).

A satisfação por compaixão opõe-se à fadiga por compaixão. É a satisfação que advém de ajudar o outro e se sentir bem-sucedido no seu trabalho, bem como sentir que tem apoio dos seus colegas de trabalho (Stamm, 2002, cit. por Conrad & Kellar-Guenther, 2006) e é capaz de fazer a diferença e fornecer esperança aos pacientes que ajuda (Stamm, 2010). A satisfação por compaixão ameniza os efeitos de *burnout* e fadiga por compaixão, sendo que os profissionais

podem estar em processo de fadiga por compaixão e ainda assim sentirem os benefícios do seu trabalho (Stamm, 2002, cit. por Conrad & Kellar-Guenther, 2006).

Pode dizer-se então que existe qualidade de vida profissional quando há equilíbrio entre os aspetos positivos e negativos do trabalho (Stamm, 2010).

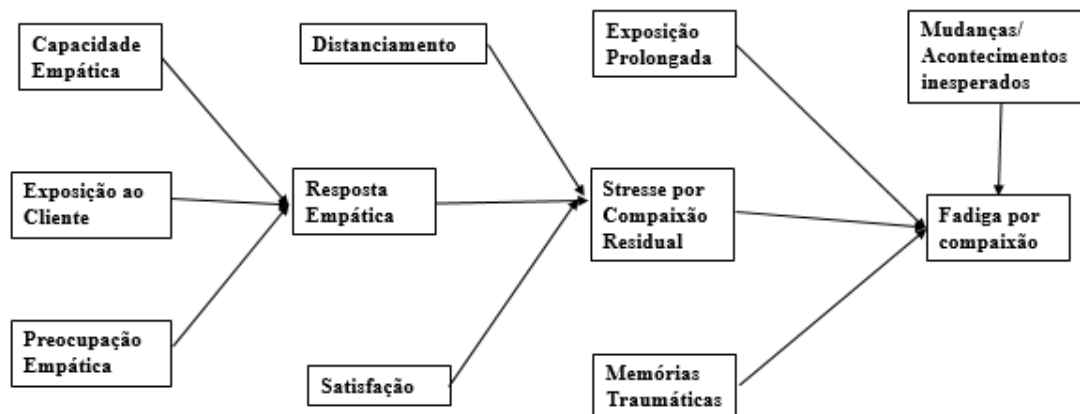
### **1.5.2. Causas e o Modelo etiológico de Fadiga por Compaixão**

Profissionais com maior capacidade de empatia são mais vulneráveis a sofrer de fadiga por compaixão. Ao saberem colocar-se no lugar do outro, são melhores a formularem o problema, bem como a propor uma intervenção. Envolvem-se mais com os problemas do paciente e são mais passíveis de sofrer, secundariamente, com os problemas e dificuldades da pessoa que acompanham (Figley, 1995). Assim, a capacidade de empatia é uma causa da fadiga por compaixão (Portnoy, 2011), tal como a compaixão (Figley, 2002). Existem três formas de empatia segundo Davis (1983, cit. por Boiças, 2015): empatia cognitiva (saber colocar-se no lugar do outro), empatia emocional (preocupação empática em demonstrar compaixão pelos outros) e mal-estar pessoal (face ao sofrimento do outro).

Para além disso, na relação entre terapeutas e clientes, pode ocorrer o processo de contratransferência ou de contágio emocional, que também pode conduzir à fadiga por compaixão (Sabin-Farrel & Turpin, 2003, cit. por Adams et al., 2007). Contratransferência define-se como a reação emocional que um paciente causa no terapeuta (Figley, 2002), devido a identificar-se demasiadamente com a história do paciente ou por se sentir uma pessoa mais completa por lidar com o mesmo (Corey, 1991, cit. por Figley, 2002). Já o contágio emocional corresponde a uma tendência automática de se assemelhar emocionalmente ao outro, através da mimetização da sua postura, expressões e movimentos (Hatfield, Cacioppo, & Rapson, 1993). É então importante distinguir empatia de contágio emocional. Na empatia há a tomada de consciência do outro, enquanto no contágio emocional apenas ocorre os indivíduos viverem uma emoção semelhante (Nilson, 2003, cit. por Gouveia, Guerra, Santos, Rivera, & Singelis, 2007).

Outros possíveis fatores de risco para desenvolver fadiga por compaixão são traços de personalidade como a conscienciosidade, a capacidade de estar lá para o outro (Boiças, 2015) e o perfeccionismo (Keidel, 2002; Leon et al., 2008, cit. por Yu, Jiang, & Shen, 2016). Para além destes, destacam-se ainda a falta de suporte social sentida pelo profissional, e *stressores* organizacionais (Abendroth & Flannery, 2006; Figley, 2002, cit. por Cruz, 2014).

Figley (1995, 1997, cit. por Figley, 2002) desenvolveu um modelo com onze variáveis (Figura 2) que podem ser entendidas como as causas da fadiga por compaixão. Tenta explicar o processo de fadiga por compaixão, bem como preveni-lo e reduzi-lo.



**Figura 2:** Modelo de Stresse e Fadiga por Compaixão (Figley, 1995, 1997, cit. por Figley, 2002)

A Capacidade Empática do psicoterapeuta prende-se com ser responsivo e atento ao sofrimento do seu paciente, saber ouvi-lo e comunicar com ele sensivelmente. A empatia é assim um ingrediente essencial para desenvolver a relação com o cliente, mas também um elemento de vulnerabilidade ao stresse e fadiga por compaixão (Figley, 2002). A esta junta-se a Preocupação Empática, em que o terapeuta treina as suas competências para desempenhar da melhor forma o seu trabalho e tem motivação para ajudar o outro (Figley, 2002). Com a Exposição ao Cliente, Figley (2002) pretende demonstrar os custos de cuidar do outro e lidar com a sua dor, que pode levar o terapeuta a abandonar a sua profissão. As três variáveis referidas conduzem à Resposta Empática, ou seja, à tentativa de o terapeuta reduzir o sofrimento do seu cliente através da compreensão empática, validando e experienciando em si sentimentos, pensamentos e comportamentos do seu paciente, para facilitar a construção da aliança terapêutica (Figley, 2002).

O Distanciamento mostra o esforço consciente e racional do psicoterapeuta se afastar dos problemas do seu paciente, para diminuir ou prevenir a fadiga por compaixão, algo importante como uma medida de autocuidado do terapeuta, sendo a Satisfação no seu trabalho uma medida protetora (Figley, 2002). O Stresse por Compaixão corresponde à energia derivada da resposta empática na tentativa de aliviar o sofrimento do paciente, que pode contribuir como um dos fatores para a fadiga por compaixão, tendo assim um impacto negativo na qualidade de vida e sistema imunológico do terapeuta.

Os três outros fatores que prevêm a fadiga por compaixão são: a Exposição Prolongada ao sofrimento do paciente, sentindo-se o terapeuta responsável pelos seus pacientes; as Memórias Traumáticas que advêm de o terapeuta vivenciar, através dos problemas dos seus clientes, histórias semelhantes às da sua história de vida, o que desencadeia reações emocionais ligadas à ansiedade e depressão, por exemplo; e as Mudanças/Acontecimentos de Vida Inesperados, como doenças, mortes ou mudanças de rotinas e estilos de vida, que podem ter um nível de stress tolerável, sendo que a sua gravidade como causa da fadiga por compaixão só aumenta perante a combinação de outros fatores (Figley, 2002).

Posteriormente, Figley (2014) propôs um novo modelo que integra outras variáveis (Figura 3).



**Figura 3:** Modelo de Fadiga por Compaixão e Resiliência (Figley, 2014).

É um modelo que pretende estimar o grau de risco de desenvolvimento de fadiga por compaixão em profissionais que cuidam do sofrimento do outro e entender de que modo as suas experiências pessoais e de trabalho afetam a sua eficácia profissional (Figley, 2014).

Fundamentalmente, em relação ao modelo anterior, Figley (2014) acrescenta três variáveis: Autorregulação, Satisfação por Compaixão e Apoio e Novas Fontes de Stresse. A Autorregulação corresponde à gestão eficaz que o profissional faz das suas fontes de stress, minimizando o seu impacto (Figley, 2014). A Satisfação por Compaixão e Apoio mostra a satisfação do profissional em conseguir ajudar o seu cliente no processo de lidar com o sofrimento e sentir-se apoiado pelos seus colegas (Figley, 2014). As Novas Fontes de Stresse

podem ser pessoais ou profissionais, de carácter crónico ou repentino e implicam a adaptação emocional do trabalhador (Figley, 2014).

A Fadiga por Compaixão e Resiliência demonstra a capacidade de recuperação do profissional face às dificuldades que lhe causam stresse e resulta do Stresse por Compaixão, Exposição Prolongada aos Clientes, Memórias Traumáticas e, em caso de se justificar, das Novas Fontes de Stresse (Figley, 2014).

Este modelo pretende auxiliar os profissionais a lidar com o sofrimento daqueles que ajudam, diminuindo-o através de programas que permitam aumentar a capacidade de resiliência, autorregulação, satisfação por compaixão e gestão das fontes de stresse, minorando assim a fadiga por compaixão (Figley, 2014).

### **1.5.3. Sintomas de Fadiga por Compaixão**

Um profissional a passar pelo processo de fadiga por compaixão, para além de ter sintomas de *burnout*, pode sentir perda de esperança e significado e sintomas da Perturbação de Stresse Pós-Traumático, como ansiedade, dificuldades de concentração, irritabilidade, insónias e pensamentos intrusivos sobre a experiência problemática dos seus pacientes (Portnoy, 2011). A nível cognitivo, os sintomas são apatia, rigidez de pensamento, dificuldades de concentração, desorientação e pensamentos de preocupação acerca do problema do paciente; a nível emocional, há uma sensação de incapacidade de ajudar o outro, ansiedade, sentimento de culpa, raiva, medo, tristeza, depressão, pesadelos semelhantes ao do problema do seu paciente e o reviver de experiências problemáticas. Já a nível comportamental, denota-se a irritabilidade, desmotivação para realizar tarefas, insónias, mudanças de apetite, hipervigilância ao meio ou a si próprio e isolamento. A nível espiritual, pessoas em fadiga por compaixão têm tendência a questionar o sentido de vida e princípios religiosos, sentindo-se desesperançados, sem fé e céticos. Por último, a nível somático, dá-se um aumento da sudação, da frequência cardíaca, dificuldades de respiração, dores, tonturas, debilitação do sistema imunitário e dificuldades em adormecer ou mesmo manter-se acordado (Portnoy, 2011).

As consequências a longo prazo da fadiga por compaixão passam pela ativação de situações problemáticas que os profissionais tenham passado, redução da capacidade de empatia, diminuição do sentimento de segurança pessoal, envolvimento excessivo em atividades distrativas/de lazer e comportamentos de dependência (abusos alimentares, drogas ou álcool) (Portnoy, 2011).

#### **1.5.4. Instrumentos de medição de Fadiga por Compaixão**

Embora o conceito de Fadiga por Compaixão seja recente, têm surgido alguns instrumentos para o mensurar.

O primeiro foi o de Figley (1995, cit. por Lago & Codo, 2013), *Compassion Fatigue Self Test*, que tinha duas dimensões (fadiga por compaixão e *burnout*), num total de 40 questões. Posteriormente, Figley e Stamm (1996, cit. por Lago & Codo, 2013), construíram a *Compassion Satisfaction and Fatigue Test*, que inclui para além das dimensões do instrumento anterior, a satisfação por compaixão, mediadora da fadiga por compaixão. Este instrumento possui mais itens (66 itens). Também Gentry, Baronowski e Dunning (2002, cit. por Lago & Codo, 2013), formularam a *Compassion Fatigue Scale*, que difere das anteriores no modo de cotação da escala.

A versão mais recente é a *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL) (Escala de Qualidade de Vida Profissional em Português), desenvolvida por Stamm (2005, cit. por Lago & Codo, 2013) a partir da *Compassion Satisfaction and Fatigue Test*, mas colmatando algumas das suas dificuldades. Tem menos itens (30), mantém a mesma estrutura (as dimensões stresse traumático secundário, *burnout* e satisfação por compaixão) e possui melhores qualidades psicométricas.

Importa referir que o ProQOL não tem um carácter diagnóstico, até porque a fadiga por compaixão não consta do CID-10 ou DSM-V, tendo por isso objetivos de pesquisa (Barbosa, Souza, & Moreira, 2014) e de sinalização de profissionais em risco.

#### **1.6. Relação entre *Burnout* e Fadiga por Compaixão**

A fadiga por compaixão tem em si conceitos semelhantes aos de *burnout*, sendo até o *burnout* uma dimensão da fadiga por compaixão, segundo Stamm (2010). Para Lago e Codo (2013), fadiga por compaixão e o *burnout* representam o mesmo conceito, denominado de forma diferente.

Contudo, outros autores estabelecem diferenças entre estas síndromes relativas ao tipo de trabalho. A fadiga por compaixão é mais específica daqueles que trabalham com o outro em sofrimento, ou seja, profissionais ligados à ajuda do outro (Solomon, 2014), dada a maior relação de proximidade mantida (Solomon, 2014). A fadiga por compaixão é até mencionada como a “forma de *burnout* dos cuidadores” (Figley, 2002, cit. por Solomon, 2014), sendo predominante nas profissões de saúde (Cruz, 2014). Já o *burnout*, embora possa surgir em

várias classes de profissionais de saúde (Solomon, 2014), é um fenómeno comum a outras profissões (Cruz, 2014).

*Burnout* e fadiga por compaixão podem ter sintomas semelhantes, como desespero, solidão, ansiedade e depressão (Conrad & Kellar-Guenther, 2006) e tanto um como outro podem ser caracterizados pela exaustão emocional em lidar com pessoas que passam ou passaram por problemas (Figley, 1995; Figley, 2002, 2002, cit. por Adams et al., 2007). Contrariamente ao *burnout*, pessoas em fadiga por compaixão podem apresentar medo e tristeza, sem estarem ligados a uma causa real ou fator específico (Pearlman & Saakvitne, 1995, cit. por Conrad & Kellar-Guenther, 2006). Para além disso, na fadiga por compaixão, há um sentimento de desamparo, confusão e isolamento dos cuidadores (Figley, 1995).

O *burnout* é um processo que vai ocorrendo ao longo do tempo, enquanto a fadiga por compaixão ocorre súbita e inesperadamente, pois os sintomas aparecem rapidamente e sem causa específica (Conrad & Kellar-Guenther, 2006). Por outro lado, a recuperação face aos sintomas é mais fácil na fadiga por compaixão (Figley, 1995).

Existem poucos estudos acerca da prevalência de *burnout* e fadiga por compaixão em psicólogos clínicos portugueses. Por essa razão, este estudo pretende avaliar e caracterizar os níveis de *burnout* e fadiga por compaixão nessa população, de acordo com um conjunto de variáveis sociodemográficas e socioprofissionais.

Para isso, vai utilizar dois instrumentos para medir os níveis de *burnout*: Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (MBSM) e o *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI). As dimensões do MBSM mostram sobretudo os sintomas de *burnout* a nível físico, cognitivo e emocional, enquanto o CBI pretende averiguar as causas desses sintomas de acordo com várias áreas de vida do indivíduo: pessoal, relacionada com o trabalho e relacionada com os clientes.

Estes instrumentos podem, por isso, ser medidas complementares. Para além disso, considerando uma visão multidimensional de *burnout*, é importante a utilização de mais do que uma medida para medir os níveis de *burnout*, senão as diferenças entre grupos poderão não ser bem extraídas e/ou visíveis (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Neste estudo, será ainda usado um instrumento para medir os níveis de fadiga por compaixão, a Escala de Qualidade de Vida Profissional 5 (ProQOL5).

## 2. METODOLOGIA

O presente capítulo divide-se por cinco secções. Pretende apresentar os objetivos e questões de investigação na primeira parte. Na segunda, dá-se a caracterização da amostra de psicólogos clínicos portugueses utilizada neste estudo. Na terceira secção, descrevem-se os instrumentos aplicados aos participantes. Já as quarta e quinta secções demonstram, respetivamente, os procedimentos de recolha de dados e procedimentos estatísticos utilizados.

### 2.1. Tipo de Investigação

Esta é uma investigação de carácter exploratório, dado o estudo dos níveis de *burnout* e fadiga por compaixão ainda não ter sido aprofundado em Portugal, na população de psicólogos clínicos portugueses, particularmente com os instrumentos utilizados no presente estudo. A metodologia utilizada é de natureza quantitativa.

### 2.2. Objetivos gerais e Questões de Investigação

De forma geral, a presente investigação tem como objetivo avaliar as qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados; caracterizar os níveis de *burnout* e fadiga por compaixão numa amostra de psicólogos clínicos portugueses, segundo um conjunto de variáveis sociodemográficas e variáveis relacionados com o trabalho do psicólogo clínico, como o local em que trabalham e/ou trabalharam, a população-alvo que atendem e/ou atenderam, as problemáticas com que trabalham e/ou trabalharam, o número de horas de trabalho semanal e a situação profissional atual. Pretende igualmente relacionar de que modo a necessidade de supervisão de casos clínicos e necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico podem relacionar-se com a prevalência de *burnout* e fadiga por compaixão na amostra considerada.

**Objetivo 1: Analisar a estrutura fatorial e consistência interna dos instrumentos utilizados no presente estudo.**

**Objetivo 2: Avaliar os níveis de *burnout* numa amostra de psicólogos clínicos portugueses.**

**Questão de investigação 2.1:** Como se caracterizam os níveis de *burnout* numa amostra de psicólogos clínicos portugueses, segundo o instrumento Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (MBSM)?

**Questão de investigação 2.2:** Como se caracterizam os níveis de *burnout* numa amostra de psicólogos clínicos portugueses, segundo o instrumento *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI)?

**Objetivo 3:** Avaliar os níveis de fadiga por compaixão numa amostra de psicólogos clínicos portugueses.

**Questão de investigação 3.1:** Como se caracterizam os níveis de fadiga por compaixão numa amostra de psicólogos clínicos portugueses, segundo o instrumento Escala de Qualidade de Vida Profissional 5 (ProQOL5)?

**Objetivo 4:** Avaliar os preditores de *burnout* numa amostra de psicólogos clínicos portugueses, segundo as várias dimensões do instrumento *Medida de Burnout de Shirom-Melamed* (MBSM) (Fadiga Física, Fadiga Cognitiva e Exaustão Emocional).

**Questão de investigação 4.1:** De que modo os níveis de *burnout* avaliados pela MBSM variam segundo variáveis sociodemográficas como a) idade, b) género, c) estado civil e d) habilitações académicas?

**Questão de investigação 4.2:** De que modo os níveis de *burnout* avaliados pela MBSM variam segundo a(s) população(ões)-alvo atendida(s) pelo psicólogo clínico?

**Questão de investigação 4.3:** De que modo os níveis de *burnout* avaliados pela MBSM variam segundo variáveis relacionadas com o contexto de trabalho do psicólogo clínico, como a) local(ais) de trabalho em que trabalha e/ou trabalhou; b) horas de trabalho semanal; c) situação profissional atual; d) supervisão dos seus casos clínicos e e) necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico?

**Questão de investigação 4.4:** De que modo os níveis de *burnout* avaliados pela MBSM variam segundo a(s) problemática(s) com que o psicólogo clínico trabalha e/ou trabalhou?

**Objetivo 5: Avaliar os preditores de *burnout* numa amostra de psicólogos clínicos portugueses, segundo as várias dimensões do instrumento *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (*Burnout* Pessoal, *Burnout* relacionado com o Trabalho e *Burnout* relacionado com o Cliente).**

**Questão de investigação 5.1:** De que modo os níveis de *burnout* avaliados pelo CBI variam segundo variáveis sociodemográficas como a) idade, b) género, c) estado civil e d) habilitações académicas?

**Questão de investigação 5.2:** De que modo os níveis de *burnout* avaliados pelo CBI variam segundo a(s) população(ões)-alvo atendida(s) pelo psicólogo clínico?

**Questão de investigação 5.3:** De que modo os níveis de *burnout* avaliados pelo CBI variam segundo variáveis relacionadas com o contexto de trabalho do psicólogo clínico, como a) local(ais) de trabalho em que trabalha e/ou trabalhou; b) horas de trabalho semanal; c) situação profissional atual; d) supervisão dos seus casos clínicos e e) necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico?

**Questão de investigação 5.4:** De que modo os níveis de *burnout* variam segundo a(s) problemática(s) com que o psicólogo clínico trabalha e/ou trabalhou?

**Objetivo 6: Avaliar os preditores de fadiga por compaixão numa amostra de psicólogos clínicos portugueses, segundo as várias dimensões do instrumento Escala de Qualidade de Vida Profissional 5 (ProQOL5) (Satisfação por Compaixão, *Burnout* e Stresse Traumático Secundário).**

**Questão de investigação 6.1:** De que modo os níveis de fadiga por compaixão avaliados pelo ProQOL5 variam segundo variáveis sociodemográficas como a) idade, b) género, c) estado civil e d) habilitações académicas?

**Questão de investigação 6.2:** De que modo os níveis de fadiga por compaixão avaliados pelo ProQOL5 variam segundo a(s) população(ões)-alvo atendida(s) pelo psicólogo clínico?

**Questão de investigação 6.3:** De que modo os níveis de fadiga por compaixão avaliados pelo ProQOL5 variam segundo variáveis relacionadas com o contexto de trabalho do psicólogo clínico, como a) local(ais) de trabalho em que trabalha e/ou trabalhou; b) horas

de trabalho semanal; c) situação profissional atual; d) supervisão dos seus casos clínicos e e) necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico?

**Questão de investigação 6.4:** De que modo os níveis de fadiga por compaixão avaliados pelo ProQOL5 variam segundo a(s) problemáticas com que o psicólogo clínico trabalha e/ou trabalhou?

**Objetivo 7: Compreender de que forma os conceitos medidos pelos instrumentos, *burnout* e fadiga por compaixão, podem estar relacionados.**

**Questão de investigação 7.1:** Será que existe alguma relação entre os instrumentos que medem o *burnout*, Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (MBSM) e *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI)?

**Questão de investigação 7.2:** Será que existe alguma relação entre o instrumento de medição de *burnout* Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (MBSM) e o instrumento de medição de fadiga por compaixão Escala de Qualidade de Vida Profissional 5 (ProQOL5)?

**Questão de investigação 7.3:** Será que existe alguma relação entre o instrumento de medição de *burnout* *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) e o instrumento de medição de fadiga por compaixão Escala de Qualidade de Vida Profissional 5 (ProQOL5)?

### **2.3. Caracterização da Amostra**

A população definida para este estudo foi a de psicólogos clínicos portugueses que já possuam experiência profissional. A amostra é por isso de conveniência e foi recolhida em formato *online* através da plataforma de questionários *Qualtrics* da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, entre Fevereiro e Junho de 2016.

A amostra é constituída por 153 sujeitos, sendo que 142 pertencem ao género feminino (92.8%) e 11 ao género masculino (7.2 %). A maioria dos participantes pertence ao escalão etário 31-35 anos (n=40, 26.1%) e são casados (n=59, 38.6%). Quanto à situação profissional, a maioria são trabalhadores a tempo inteiro (n=108, 70.6%), com um horário de trabalho semanal de 35 a 40 horas (n=84, 55.1%), com menos de 5 anos de experiência profissional (n=60, 39.5%) e com habilitações literárias ao nível do Mestrado (n=84, 54.9%).

Alguns profissionais trabalham com várias populações-alvo, em vários contextos de trabalho e com mais do que uma problemática. Quanto às populações-alvo, a maioria trabalha com adultos (n=123, 80.4%). No que se refere ao contexto de trabalho (atual e passado), a maioria, 81 psicólogos, trabalham e/ou trabalharam em Prática Privada (52.9%). Relativamente às problemáticas com que trabalham e/ou trabalharam, a maioria dos psicólogos clínicos lida com Perturbações de Ansiedade (n=124, 81.0%) (Tabela 1).

**Tabela 1.**

*Caracterização sociodemográfica da amostra (n = 153)*

	N	%
<b>Género</b>		
Feminino	142	92.8
Masculino	11	7.2
<b>Idade</b>		
20-25	14	9.2
26-30	37	24.2
31-35	40	26.1
36-40	28	18.3
41-45	14	9.2
> 45	18	11.8
<b>Estado civil</b>		
Casado	59	38.6
Solteiro	47	30.7
União de Facto	32	20.9
Divorciado	15	9.8
<b>Habilitações literárias</b>		
Licenciatura Pré-Bolonha	62	40.5
Mestrado	84	54.9
Doutoramento	7	4.6
<b>Anos de experiência</b>		
Até 5	60	39.5
6 -10	37	24.3
11 -15	30	19.7
> 15	25	16.4
<b>Situação profissional</b>		
Trabalhador(a) a tempo inteiro	108	70.6
Trabalhador(a) a tempo parcial	36	23.5

Desempregado(a)	7	4.6
Reformado(a)	2	1.3
<b>Horas de trabalho semanal</b>		
< 35h	49	32.3
35 – 40h	84	55.1
> 40h	50	12.6
<b>População-alvo</b>		
Crianças	93	60.8
Adolescentes	96	62.7
Adultos	123	80.4
Idosos	51	33.3
<b>Contexto de trabalho</b>		
Prática privada	81	52.9
Hospitais, Clínicas e Centros de Saúde	70	45.8
Prisões e Centros de Reeducação	9	5.9
Empresas	13	8.5
Escolas e Faculdades	42	27.5
Docência e Investigação	19	12.4
IPSS e Outras Instituições	67	43.8
Juntas de Freguesia e Câmaras Municipais	16	10.5
Outros	12	7.8
<b>Problemáticas de trabalho</b>		
Perturbações de Humor	110	71.9
Perturbações de Ansiedade	124	81.0
Perturbações Disruptivas do Comportamento e Défice de Atenção	78	51.0
Consumo de Substâncias	40	26.1
Problemas Relacionais	118	77.1
Perturbações de Personalidade	86	56.2
Dificuldades de Aprendizagem	70	45.8
Outros	33	21.6

Na amostra considerada, a maioria (n=89) dos psicólogos clínicos portugueses afirmam ter supervisão dos seus casos clínicos (58.2%) (Tabela 2).

**Tabela 2.***Supervisão de casos clínicos*

	N	%
Sim	89	58.2
Não	64	41.8
Total	153	100.0

105 psicólogos clínicos (68.6%) de entre os 153 que a amostra contempla, dizem já ter sentido necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico durante o seu percurso profissional (Tabela 3).

**Tabela 3.***Acompanhamento terapêutico*

	N	%
Sim	105	68.6
Não	48	31.4
Total	153	100.0

Relativamente à questão de se os níveis de stresse profissional dos psicólogos clínicos afetam a sua eficácia profissional, a maioria (n=86) responde que isso acontece às vezes (56.2%) (Tabela 4).

**Tabela 4.***Influência do stresse profissional na eficácia profissional*

	N	%
Nunca/quase nunca	10	6.5
Raramente	36	23.5
Às vezes	86	56.2
Frequentemente	19	12.4
Sempre	2	1.3
Total	153	100.0

## 2.4. Instrumentos de recolha de dados

### 2.4.1. Questionário Sociodemográfico

Inicialmente, foi proposto um questionário voluntário, anónimo e confidencial para conhecer as características sociodemográficas da amostra em estudo, que serão também variáveis a analisar.

Para isso, eram questionados os seguintes dados aos participantes: idade; género; estado civil; habilitações académicas (nível mais alto completado); anos de experiência profissional; população(ões)-alvo (crianças, adolescentes, adultos, idosos) com que trabalha e/ou trabalhou; contexto(s) de trabalho atual e passado (Prática privada; Hospitais, Clínicas e Centros de Saúde; Prisões e Centros de Reeducação; Empresas; Escolas e Faculdades; Docência e Investigação; IPSS e Outras Instituições; Juntas de Freguesia e Câmaras Municipais e Outros); situação profissional atual (trabalhador(a) a tempo inteiro, trabalhador(a) a tempo parcial, desempregado(a), reformado(a)); problemáticas com que trabalha e/ou trabalhou (Perturbações de: Humor, Ansiedade, Disruptivas do Comportamento e Défice de Atenção, Personalidade; Consumo de Substâncias; Problemas Relacionais; Dificuldades de Aprendizagem e Outros); número de horas de trabalho semanal; necessidade de supervisão dos casos clínicos; necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico e influência do stresse profissional na eficácia profissional.

### 2.4.2. Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (MBSM)

A Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed foi desenvolvida através dos trabalhos de Armon, Shirom e Melamed (2012) e de Shirom e Melamed (2006) e traduzida e adaptada para a população portuguesa por Gomes (2012) e Baganha (2012).

Para os autores originais, o *burnout* caracteriza-se como um estado afetivo definido pela fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional. Assim, este instrumento pretende avaliar os níveis de *burnout* nas três dimensões mencionadas: Fadiga Física (sentimentos de cansaço físico relativamente ao trabalho que se demonstram por uma diminuição da energia física,  $\alpha=0.94$ ), Fadiga Cognitiva (sentimentos de desgaste cognitivo relativamente ao trabalho que se revelam por uma redução da capacidade de pensamento e de concentração,  $\alpha=0.97$ ) e Exaustão Emocional (sentimentos de cansaço emocional no relacionamento com os outros – como clientes ou colegas de trabalho – que demonstram através da diminuição da sensibilidade e cordialidade às necessidades das outras pessoas,  $\alpha=0.86$ ).

O instrumento é constituído por 14 itens, correspondendo à subescala Fadiga Física os itens 1,2,3,4,5 e 6; à subescala Fadiga Cognitiva pertencem os itens 7, 8, 9, 10 e 11 e à subescala Exaustão Emocional os itens 12, 13 e 14.

Os itens são respondidos numa escala tipo *Likert* de 7 pontos (1=*Nunca*; 7=*Sempre*). A pontuação total é dada pela soma dos itens de cada subescala, dividindo esse total pelo número de itens que compõe cada subescala.

Valores mais elevados correspondem níveis maiores de Fadiga Física, Fadiga Cognitiva e Exaustão Emocional e por sua vez elevados níveis de *burnout* estão por isso associados a resultados elevados nessas três dimensões. Este instrumento permite igualmente avaliar o esgotamento dos recursos energéticos do indivíduo em vários domínios e por isso pode calcular-se um resultado total derivado da soma total dos valores obtidos nas três subescalas, posteriormente dividido por três ( $\alpha$  total=0.95).

Este instrumento não tem carácter diagnóstico, uma vez que não existem valores normativos. Contudo, valores iguais ou superiores a cinco na escala tipo *Likert* são meramente indicativos de sintomas de *burnout*, segundo os autores originais.

#### **2.4.3. *Copenhagen Burnout Inventory (CBI)***

O CBI foi elaborado pelo Instituto Nacional de Saúde Ocupacional de Copenhaga, sendo a primeira edição de 2004 (Kristensen et al., 2005) e traduzido e validado para a população portuguesa por Fonte (2011).

Este é um questionário que pretende avaliar os níveis de *burnout* em três escalas: *Burnout* Pessoal (avalia o grau de exaustão física, psicológica e exaustão experienciada pela pessoa, podendo ser aplicado a todos os trabalhadores. Diz respeito então aos sintomas gerais de exaustão física e mental, que podem nem sempre estar ligados à vivência de uma determinada situação profissional); *Burnout* relacionado com o Trabalho (avalia o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão percebida pela pessoa relativamente ao trabalho que executa. Pode ser aplicado a todos os trabalhadores) e *Burnout* relacionado com o Cliente (avalia o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão percebida pela pessoa face ao seu trabalho com clientes, sendo dirigida a trabalhadores de serviços ligados ao relacionamento com pessoas, como enfermeiros e professores).

A dimensão de *Burnout* Pessoal é constituída por seis questões, cujas respostas, ou seja, a frequência com que cada sentimento ocorre, é avaliada numa escala com cinco opções que

varia entre 0 – *Nunca/quase nunca* e 100 – *Sempre*. O valor de consistência interna segundo o Alfa de Cronbach para a tradução e validação da escala é de 0,845 (Fonte, 2011).

A dimensão de *Burnout* relacionado com o Trabalho é constituída por sete questões, cujas respostas, a frequência com que cada sentimento ocorre, é avaliada numa escala com cinco opções, que varia entre 0 – *Muito Pouco* e 100 – *Muito*, nas primeiras três questões. Nas últimas quatro questões, a frequência com que cada sentimento ocorre é avaliada numa escala também com cinco opções, que varia entre 0 – *Nunca/quase nunca* e 100 – *Sempre*, sendo a cotação do último item invertida: 0 – *Sempre* e 100 – *Nunca/Quase Nunca*. O valor da consistência interna para a tradução e validação da escala é de 0,866 (Fonte, 2011).

A dimensão de *Burnout* relacionado com o Cliente é constituída por seis questões, cujas respostas, ou seja, a frequência com que cada sentimento ocorre, é avaliada numa escala com cinco opções, que varia entre 0 – *Muito Pouco* e 100 – *Muito*, nas primeiras quatro questões. Nas últimas duas questões, a frequência com que cada sentimento ocorre é avaliada numa escala também com cinco opções, que varia entre 0 – *Nunca/quase nunca* e 100 – *Sempre*. O valor da consistência interna para a tradução e validação da escala é de 0,843 (Fonte, 2011).

Aquando a aplicação do instrumento, questões relativas a várias dimensões podem ser misturadas para não criar tendências de resposta. Ressalve-se que a pontuação total de cada escala corresponde à média das respostas dos itens correspondentes a cada escala. Se forem respondidas menos de três questões em cada escala, o questionário é considerado como não tendo sido respondido.

Para interpretação dos resultados, valores iguais ou superiores a cinquenta pontos permitem classificar um nível elevado de *burnout*.

#### **2.4.4. Professional Quality of Life 5 ou Escala de Qualidade de Vida Profissional 5 (ProQOL5)**

Este instrumento foi desenvolvido por Stamm (2009), através dos seus trabalhos e dos de Figley (1995) e os resultados originais encontram-se no manual do ProQOL (Stamm, 2010). Foi traduzido e adaptado por Carvalho e Sá (2011) para a população portuguesa, encontrando-se os resultados na dissertação de mestrado de Carvalho (2011). Em Portugal, designa-se por Escala de Qualidade de Vida Profissional 5 e também pela sigla ProQOL5.

Pretende avaliar a fadiga por compaixão através de trinta itens, divididos por três subescalas, com o propósito de avaliar três dimensões: Satisfação por Compaixão (SC), *Burnout* (BO) e Stresse Traumático Secundário (STS). Enquanto para Figley (1995), fadiga por compaixão e

stresse traumático secundário são conceitos que podem ser utilizados como sinónimos, para Stamm (2010), a fadiga por compaixão surge da exposição excessiva ao stresse traumático secundário e este é uma das dimensões de fadiga por compaixão.

A Satisfação por Compaixão define-se como o sentimento de prazer que o profissional tem por se sentir realizado relativamente às condições de trabalho e relações com os colegas ( $\alpha=0.86$ ). Os itens que avaliam esta dimensão são 3,6,12,16,18,20,22,24,27 e 30. Valores mais elevados nesta escala indicam uma maior satisfação na profissão de cuidador.

*Burnout* refere-se aos sentimentos de desespero e dificuldade do profissional em lidar com os problemas no trabalho ou com o excesso de trabalho ( $\alpha=0.71$ ). Os itens que avaliam esta dimensão são 1,4,8,10,15,17,19,21,26 e 29. Valores mais elevados nesta escala indicam um maior risco de desenvolver *burnout*.

Stresse Traumático Secundário é causado pela exposição secundária a situações problemáticas relacionadas com o ambiente de trabalho, como por exemplo prestar apoio emocional a pessoas com problemas físicos ou emocionais ( $\alpha=0.83$ ). Os itens que avaliam esta dimensão são 2,5,7,9,11,13,14,23,25 e 28. Valores mais elevados nesta escala não indicam a existência de um problema, mas sim a reflexão do profissional acerca do seu trabalho e do modo como se sente face ao mesmo.

Os itens são respondidos numa escala ordinal com cinco opções, sendo que 1=*Nunca* e 5=*Muito Frequentemente*. Cada subescala contém 10 itens, sendo o resultado de cada subescala dado pelo somatório das pontuações dos 10 itens que a compõem.

## **2.5. Procedimentos de recolha de dados**

Inicialmente, foi pedida autorização (ver anexos C e E) para a utilização dos instrumentos MBSM (ver anexo D) e CBI (ver anexo F) aos autores das traduções e adaptação/validação portuguesa. O instrumento ProQOL5 (ver anexo G) é disponibilizado publicamente no site <http://www.proqol.org/>.

Este estudo decorreu em formato *online*, tendo como plataforma dos questionários, a Plataforma *Qualtrics* e *site* hospedeiro o da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Visava como participantes psicólogos clínicos portugueses que já possuíssem experiência profissional. O preenchimento dos três instrumentos era precedido de um termo de consentimento informado (ver anexo A) e de um questionário sociodemográfico (ver anexo B). Neste consentimento, era dada informação relativamente ao estudo, bem como assegurada a

confidencialidade, anonimato e possibilidade de desistência do estudo, dado o seu carácter voluntário.

O questionário foi disponibilizado, em formato, online, à APTCC – Associação Portuguesa de Terapias Cognitivas-Comportamentais (ver anexo H) e pela rede social da investigadora, bem como em páginas de divulgação de estudos de dissertação de Mestrado.

## **2.6. Procedimentos estatísticos**

A análise estatística foi efetuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 22.0 para *Windows*.

De modo a saber as características sociodemográficas da amostra e valores das variáveis em estudo, utilizaram-se medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão), bem como estatística inferencial para conhecer as relações entre variáveis.

Como a amostra tem dimensão superior a 30 aceitou-se, de acordo com o Teorema do Limite Central, a normalidade de distribuição dos valores das variáveis (Ferreira, 2005; Laureano, 2011).

Utilizou-se o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach e os coeficientes de correlação momento-produto de *Pearson* para analisar as correlações entre variáveis de tipo quantitativo (Pallant, 2005).

Para saber mais acerca das objetivos e questões de investigação, utilizou-se o modelo de regressão linear múltipla, útil para perceber a relação entre uma variável dependente e um conjunto de variáveis independentes ou preditoras dessas variável dependente (Pallant, 2005). Segundo o modelo teórico subjacente e as variáveis que pretende investigar, o investigador pode escolher e construir o modelo que melhor se ajusta a compreender a relação, magnitude e efeito das variáveis a testar (Field, 2009). Neste caso particular, utilizou-se o modelo de regressão linear hierárquica (método “enter”), pois as variáveis independentes foram inseridas em blocos (como variáveis pessoais – idade, género, estado civil, habilitações académicas; variáveis de trabalho – número de horas de trabalho semanal, local de trabalho, situação profissional; população atendida pelo psicólogo clínico e problemáticas de trabalho; supervisão de casos clínicos; recorrência a acompanhamento terapêutico), para compreender melhor o modo como todo o modelo permite explicar a variável dependente, assim como a variância explicada de cada bloco (Pallant, 2005).

Os pressupostos deste modelo, designadamente, a linearidade da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente (análise gráfica), independência de resíduos (teste de *Durbin-Watson*), para detetar a presença de autocorrelações entre esses resíduos (diferenças entre valor obtido e valor esperado para a variável dependente segundo o modelo de regressão linear) (Pallant, 2005); normalidade dos resíduos (teste de *Kolmogorov-Smirnov*), multicolinearidade (VIF – *Variance Inflation Factor* e *Tolerance*) e homogeneidade de variâncias (análise gráfica), foram analisados e encontravam-se genericamente satisfeitos.

As variáveis qualitativas foram transformadas em variáveis *Dummy*, codificadas dicotomicamente na regressão linear múltipla para indicar a presença ou ausência de determinada característica (Missio & Jacobi, 2007).

As variáveis idade foram reconfiguradas em escalões etários (20-25 anos; 26-30 anos; 31-35 anos; 36-40 anos; >45 anos). Para além destas também foram reconfiguradas as variáveis anos de experiência (até 5 anos; 6-10 anos; 11-15 anos; >15 anos) e horas de trabalho semanal (<35h; 35-40h; >40h), de modo a facilitar a análise das mesmas e a sua comparação com outras variáveis.

Saliente-se que o nível de significância para aceitar ou rejeitar a hipótese nula foi fixado em  $(\alpha) \leq 0,05$ .

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Análise da estrutura fatorial e consistência interna dos instrumentos utilizados

Quanto à análise da estrutura fatorial dos instrumentos, optou-se pela realização de uma análise fatorial exploratória para ver a estrutura relacional dos itens sob a matriz de correlações. O método de extração de fatores utilizado foi por componentes principais. Na rotação dos fatores, o método ortogonal *Varimax* foi o escolhido.

Quanto à análise da consistência interna dos instrumentos, saliente-se que os valores de Alfa de Cronbach foram analisados segundo Pestana e Gageiro (2008).

##### 3.1.1. MBSM

A análise fatorial exploratória das dimensões da MBSM convergiu para 3 componentes principais (Tabela 5).

Para testar a qualidade da análise fatorial exploratória, utilizaram-se os valores do teste de *Kaiser-Mayer-Olkin* (KMO), cujo resultado foi de 0.919, o que sugere que a análise fatorial é excelente (Friel, 2009, cit. por Filho & Júnior, 2010b). O teste de *Bartlett* foi significativo ( $p = .001$ ).

As três dimensões explicavam 81.2% da variância total, sendo que a distribuição dos itens segue a configuração original dos autores, quer originais, quer da tradução e adaptação para a população portuguesa. A primeira dimensão (Fadiga Física) explica 59.0% da variância, a segunda (Fadiga Cognitiva) explica 11.8% e a terceira (Exaustão Emocional) explica 9.8% da variância total.

**Tabela 5.**

*Análise fatorial: MBSM*

	Componentes		
	1	2	3
1. Sinto-me cansado(a).	.823		
5. Sinto-me como se estivesse sem "bateria".	.808	.413	
3. Sinto-me fisicamente esgotado(a).	.807	.338	
4. Sinto-me fatigado(a) de trabalhar.	.796	.349	
2. Ao acordar, sinto-me sem energia para ir trabalhar.	.745		
6. Sinto-me sem forças.	.743	.465	
10. Sinto que não consigo concentrar-me no que penso.		.894	
9. Sinto que não consigo pensar com clareza.		.870	
8. Tenho dificuldades em concentrar-me.	.379	.836	
11. Tenho dificuldades em pensar sobre coisas complexas/difíceis.		.805	.324
7. Sinto lentidão na minha capacidade de pensar.	.448	.742	
14. Sinto-me incapaz de ser simpático(a) com os outros.			.914
13. Sinto-me incapaz de ter uma boa relação com os outros.			.896
12. Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros.			.781
<b>Variância explicada</b>	<b>59.0%</b>	<b>11.8%</b>	<b>9.8%</b>

Os valores de consistência interna do instrumento MBSM (Tabela 6), avaliada com o coeficiente Alfa de Cronbach, variaram entre 0.89 na dimensão Exaustão Emocional (consistência boa), 0.93 na dimensão Fadiga Física (consistência muito boa) e 0.95 na dimensão Fadiga Cognitiva (consistência muito boa). O Alfa total do instrumento é de 0.95 (consistência muito boa).

**Tabela 6.***Consistência interna: MBSM*

	Alfa de Cronbach	Nº de itens
Fadiga Física	.93	6
Fadiga Cognitiva	.95	5
Exaustão Emocional	.89	3
Total	.95	14

**3.1.2. CBI**

A análise fatorial exploratória das dimensões do CBI convergiu para 3 componentes principais (Tabela 7).

Para testar a qualidade da análise fatorial exploratória, utilizaram-se os valores do teste de KMO, cujo resultado foi de 0.919, o que sugere que a análise fatorial é excelente (Friel, 2009, cit. por Filho & Júnior, 2010b). O teste de *Bartlett* foi significativo ( $p = .001$ ).

As três dimensões explicavam 62.3% da variância total. Contudo, a distribuição dos itens não segue a configuração sugerida pelos autores originais da escala. A primeira componente que explica 46.9% da variância, contém os itens relacionados com a dimensão *Burnout* Pessoal (2,4,10,7,11,9) e alguns da dimensão *Burnout* relacionado com o Trabalho (3,5,8,17). A segunda componente explica 9.9% da variância e refere-se a itens da dimensão *Burnout* relacionado com o Cliente (15, 16, 18, 19). Já a terceira componente explica 5.8% da variância e contém itens da dimensão *Burnout* relacionado com o Cliente (1, 6) e *Burnout* Pessoal (9). Ou seja, o item 9 pertence a duas das componentes consideradas.

Como esta configuração é dificilmente explicada do ponto de vista teórico, optou-se por não utilizar esta análise fatorial e definir as variáveis de acordo com a solução dos autores originais da escala (Kristensen et al., 2005).

**Tabela 7.***Análise fatorial: CBI*

	Componentes		
	1	2	3
3. Sente-se esgotado(a) no final de um dia de trabalho?	.838		
4. Com que frequência se sente fisicamente exausto(a)?	.826		
10. Com que frequência se sente fatigado(a)?	.823		
2. Com que frequência se sente cansado(a)?	.799		
17. Sente-se esgotado(a) por causa do seu trabalho?	.777	.346	
7. Com que frequência se sente emocionalmente exausto(a)?	.726		

5. Sente-se exausto(a) de manhã ao pensar ...	.724		.352
11. Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	.690		
8. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	.643		.451
13. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	.475	.457	
12. Tem energia suficiente para a família e os amigos ...	.437		
15. Acha difícil trabalhar com utentes?		.763	
16. Acha frustrante trabalhar com utentes?		.756	.313
18. Trabalhar com clientes deixa-o(a) sem energia?	.401	.688	
19. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?		.624	
14. O seu trabalho deixa-o(a) frustrado(a)?	.427	.494	
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá ...			.831
1. Está cansado de trabalhar com utentes?		.324	.739
9. Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	.560		.617
<b>Variância explicada</b>	46.9%	9.9%	5.8%

Os valores de consistência interna do instrumento CBI (Tabela 8), avaliada com o coeficiente Alfa de Cronbach, variaram entre 0.81 na dimensão de *Burnout* relacionado com o Cliente (consistência boa), 0.85 na dimensão *Burnout* relacionado com o Trabalho (consistência boa) e 0.89 na dimensão *Burnout* Pessoal (consistência boa).

### **Tabela 8.**

#### *Consistência interna: CBI*

	Alfa de Cronbach	Nº de itens
<i>Burnout</i> Pessoal	.89	6
<i>Burnout</i> Trabalho	.85	7
<i>Burnout</i> Cliente	.81	6

### **3.1.3. ProQOL5**

A análise fatorial exploratória das dimensões do ProQOL5 convergiu para oito componentes principais, pelo que se forçou uma solução a três componentes principais, segundo as três dimensões propostas pela autora original do instrumento e utilizadas também na tradução e adaptação portuguesa do instrumento (Tabela 9).

Para testar a qualidade da análise fatorial exploratória, utilizaram-se os valores do teste de KMO, cujo resultado foi de 0.819, o que sugere que a análise fatorial é boa (Friel, 2009, cit. por Filho & Júnior, 2010b). O teste de *Bartlett* foi significativo ( $p = .001$ ).

As três dimensões explicavam 43.9% da variância total. A primeira componente explica 24.8% da variância e contém os itens relacionados com a escala de Satisfação por Compaixão (SC) (itens 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, e 30). Já nas restantes duas dimensões aparecem misturados itens referentes a *Burnout* (BO) e Stresse Traumático Secundário (STS). Assim, preferiu-se abandonar a presente análise fatorial e definir as variáveis de acordo com as três dimensões propostas pela autora original (SC, BO e STS).

### Tabela 9.

#### Análise Fatorial: ProQOL5

	Componentes		
	1	2	3
18. O meu trabalho faz-me sentir satisfeito(a).	.740		-.357
30. Eu sinto-me feliz por ter escolhido este trabalho.	.737		
24. Eu sinto-me orgulhoso(a) daquilo que posso fazer para ajudar.	.708		
17. Eu sou a pessoa que sempre quis ser.	-.703		.308
12. Eu gosto do meu trabalho como psicólogo(a).	.680		
22. Eu acredito que posso marcar a diferença através do meu trabalho.	.677		
3. Eu fico satisfeito(a) ao poder ajudar os outros.	.669	-.375	
1. Eu sou feliz.	-.642		
4. Eu sinto-me ligado(a) aos outros.	-.619	.350	
16. Eu estou satisfeito (a) pelo modo como consigo manter-me ...	.611		-.314
27. Eu penso que sou um "sucesso" como psicólogo(a).	.558	.346	
20. Eu tenho bons pensamentos e sentimentos acerca daqueles que eu ...	.553		
6. Eu sinto-me revigorado(a) depois de trabalhar com aqueles que ajudo.	.481		
29. Eu sou uma pessoa muito carinhosa.	-.465		
14. Eu sinto-me forte ao partilhar o trauma de alguém que ajudei.	.446		
15. Eu tenho crenças que me sustentam.	-.414		
9. Eu penso que posso ter sido afetado(a) pelo stress traumático ...		.781	
8. Eu não sou tão produtivo(a) no meu trabalho porque não consigo dormir ...		.760	

23. Eu evito certas atividades ou situações porque me recordam....	.651		
13. Eu sinto-me deprimido(a) devido às experiências traumáticas...	.645		
25. Como resultado da minha ajuda, tenho pensamentos..	.586		
7. Sinto dificuldade ao separar a minha vida pessoal da minha ...	.493	.368	
28. Eu não me recordo de partes importantes do meu trabalho....			
26. Eu sinto-me encurralado(a) pelo sistema.		.624	
10. Eu sinto-me encurralado no meu trabalho como psicólogo(a).	.327	.606	
21. Sinto-me sufocado(a) pela quantidade de trabalho que faço ...		.587	
19. Eu sinto-me exausto(a) devido ao meu trabalho como psicólogo(a).		.565	
11. Devido ao meu trabalho de ajuda, tenho-me sentido "nervoso..."	.507	.556	
2. Eu estou preocupado(a) com mais do que uma pessoa que eu ajudo.		.322	
5. Eu salto ou assusto-me com sons inesperados.		.307	
<b>Variância explicada</b>	24.8%	12.8%	5.9%

Os valores da consistência interna do ProQOL5 (Tabela 10), avaliada com o coeficiente Alfa de Cronbach, variaram entre 0.71 na dimensão STS (consistência razoável), 0.73 na dimensão BO (consistência razoável) e 0.87 na dimensão SC (consistência boa).

**Tabela 10.**

*Consistência interna: ProQOL5*

	Alfa de Cronbach	Nº de itens
SC	.87	10
BO	.73	10
STS	.71	10

### 3.2. Níveis de *burnout* e níveis de fadiga por compaixão numa amostra de psicólogos clínicos portugueses

A Tabela 11 permite encontrar as estatísticas descritivas dos valores obtidos pelos sujeitos quanto a *burnout* (segundo os instrumentos MBSM e CBI) e fadiga por compaixão (segundo o instrumento ProQOL5). Nela indicam-se os valores mínimos e máximos, médias e respetivos

desvios-padrão, obtidos pelos sujeitos em cada uma das dimensões dos instrumentos considerados.

A média de valores mais elevados de *burnout*, segundo o instrumento MBSM, são encontrados na dimensão Fadiga Física (2.96). Este instrumento também permite calcular um valor total e a sua média é de 3.00.

A média de valores mais elevados de *burnout*, segundo o instrumento CBI, são encontrados na dimensão *Burnout* relacionado com o Trabalho (42.74).

Para a fadiga por compaixão, segundo o instrumento ProQOL5, os valores médios mais elevados são encontrados na dimensão Satisfação por Compaixão (39.45).

**Tabela 11.**

*Estatísticas descritivas*

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
<b>MBSM</b>					
Fadiga Física	153	1.00	7.00	3.59	1.38
Fadiga Cognitiva	153	1.00	7.00	2.96	1.34
Exaustão Emocional	153	1.00	7.00	1.89	1.08
MBSM total	153	1.00	7.00	3.00	1.13
<b>CBI</b>					
<i>Burnout</i> Pessoal	153	.00	87.50	40.27	17.81
<i>Burnout</i> Trabalho	153	7.14	85.71	42.74	17.24
<i>Burnout</i> Cliente	153	.00	79.17	32.10	16.91
<b>ProQOL5</b>					
SC	153	23.00	50.00	39.45	5.17
BO	153	12.00	35.00	22.15	5.04
STS	153	12.00	41.00	21.75	4.55

### 3.2.1. Níveis de *burnout*, segundo o instrumento MBSM, numa amostra de psicólogos clínicos portugueses

De acordo com o ponto de corte deste instrumento, valores superiores ou iguais a cinco da escala de tipo *Likert* (5=*Algumas vezes*) (Gomes, 2012), tem-se que (Tabela 12):

- 32 psicólogos, numa amostra de 153 psicólogos clínicos portugueses, apresentam elevados níveis de Fadiga Física (17%). Resultados mais elevados de Fadiga Física estão associados a níveis mais elevados de *burnout*.

- 13 psicólogos, numa amostra de 153 psicólogos clínicos portugueses, indicam elevados níveis de Fadiga Cognitiva (7.2%). Resultados mais elevados de Fadiga Cognitiva estão associados a níveis mais elevados de *burnout*.

- 3 psicólogos, numa amostra de 153 psicólogos clínicos portugueses, indicam elevados níveis de Exaustão Emocional (1.3%). Resultados mais elevados de Fadiga Cognitiva estão associados a níveis mais elevados de *burnout*.

#### Tabela 12.

Níveis de *burnout*: MBSM

	Fadiga Física		Fadiga Cognitiva		Exaustão Emocional	
	N	%	N	%	N	%
Níveis baixos	121	83	140	92.8	150	98.7
Níveis elevados	32	17	13	7.2	3	1.3

### 3.2.2. Níveis de *burnout*, segundo o instrumento CBI, numa amostra de psicólogos clínicos portugueses

De acordo com o ponto de corte deste instrumento, valores superiores ou iguais a cinquenta (50) pontos (Fonte, 2011), tem-se que (Tabela 13):

- A maioria dos psicólogos possui níveis baixos de *burnout*, em todas as dimensões do CBI.

- 52 psicólogos, numa amostra de 153 psicólogos clínicos portugueses, apresentam elevados níveis de *burnout* na dimensão *Burnout* Pessoal (23.5%).

- 56 psicólogos, numa amostra de 153 psicólogos clínicos portugueses, apresentam elevados níveis de *burnout* na dimensão *Burnout* relacionado com o Trabalho (27.5%).

- 27 psicólogos, numa amostra de 153 psicólogos clínicos portugueses, apresentam elevados níveis de *burnout* na dimensão *Burnout* relacionado com o Cliente (12.4%).

**Tabela 13.***Níveis de burnout: CBI*

	<i>Burnout Pessoal</i>		<i>Burnout Trabalho</i>		<i>Burnout Cliente</i>	
	N	%	N	%	N	%
Níveis baixos	101	76.5	97	72.5	126	87.6
Níveis elevados	52	23.5	56	27.5	27	12.4

### 3.2.3. Níveis de fadiga por compaixão segundo o instrumento ProQOL5, numa amostra de psicólogos clínicos portugueses

Os pontos de corte deste instrumento são dados pelos valores que representam os percentis 25, 50 e 75 (Stamm, 2010), que permitem respetivamente, identificar níveis baixos, médios e elevados de cada uma das dimensões (SC, BO e STS) do instrumento ProQOL5 (Tabela 14). Segundo a autora original (Stamm, 2010), os resultados brutos nas várias dimensões do ProQOL5 devem ser convertidos para t-scores.

**Tabela 14.***Pontos de corte: ProQOL5*

	tscoreSC	tscoreBO	tscoreSTS
Pontos de corte			
Percentil 25	43	42	44
Percentil 50	49	50	48
Percentil 75	57	57	57

Segundo esses pontos de corte (Tabela 15):

- 42 psicólogos, numa amostra de 153 psicólogos clínicos portugueses, apresentam níveis baixos de Satisfação por Compaixão (27.5%); 63 psicólogos indicam níveis médios de SC (49%) e 48 indicam níveis elevados de SC (23.5%). Ou seja, a maioria dos psicólogos possui níveis médios de SC.

- 40 psicólogos, numa amostra de 153 psicólogos clínicos portugueses, indicam níveis baixos na dimensão *Burnout* (26.1%); 69 psicólogos indicam níveis médios de BO (49.1%) e 44 indicam níveis elevados de BO (24.8%). Ou seja, a maioria dos psicólogos possui níveis médios de BO.

- 47 psicólogos, numa amostra de 153 psicólogos clínicos portugueses, indicam baixos níveis de Stresse Traumático Secundário (30.7%); 67 psicólogos apresentam níveis médios de

STS (49.7%) e 39 apresentam níveis elevados de STS (19.6%). Ou seja, a maioria dos psicólogos possui níveis médios de STS.

**Tabela 15.**

*Níveis de fadiga por compaixão: ProQOL5*

	SC		BO		STS	
	N	%	N	%	N	%
Níveis baixos	42	27.5	40	26.1	47	30.7
Níveis médios	63	49	69	49.1	67	49.7
Níveis elevados	48	23.5	44	24.8	39	19.6

### 3.3. Avaliação dos preditores de *burnout* e fadiga por compaixão

#### 3.3.1. Avaliação dos preditores de *burnout* segundo o instrumento MBSM, numa amostra de psicólogos clínicos portugueses

A dimensão de *burnout* avaliada pelo instrumento MBSM com maior variância explicada pelo modelo de regressão linear múltipla é a Fadiga Física (30%), sendo o modelo estatisticamente significativo,  $F(29, 119) = 1.73, p \leq .05$ . O bloco que explica maior variância da Fadiga Física é o bloco das variáveis relacionadas com o contexto de trabalho (14%) (Tabela 16).

O coeficiente de regressão das variáveis *género feminino* ( $\beta = 1.38, p \leq .01$ ), *necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico* ( $\beta = 0.78, p \leq .01$ ) e *Problemáticas com que trabalha e/ou trabalhou – Perturbações de Ansiedade* ( $\beta = - 0.77, p \leq .05$ ) revelaram-se estimadores significativos da Fadiga Física. Interpretando esses resultados, as psicólogas, quando comparadas com os psicólogos, apresentam níveis mais elevados de Fadiga Física. Os psicólogos com níveis significativamente mais elevados de Fadiga Física sentiram maior necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico. Os psicólogos que trabalham ou trabalharam com Perturbações de Ansiedade, quando comparados com os que não trabalharam, apresentam níveis significativamente mais baixos de Fadiga Física.

No total, o modelo de regressão linear com a variável Fadiga Cognitiva como variável dependente, explica 26% da variância total desta variável e não é estatisticamente significativo,

$F(29, 119) = 1.40, p = .11$ . O bloco que explica maior variância da Fadiga Cognitiva é o bloco das variáveis relacionadas com o contexto de trabalho (12%).

O coeficiente de regressão da variável *Contexto de trabalho (atual e passado) - Hospitais, Clínicas e Centros de Saúde* ( $\beta = -0,60, p \leq 0,05$ ) e *necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico* ( $\beta = 0,59, p \leq .05$ ) revelaram-se estimadores significativos de Fadiga Cognitiva. Interpretando esses resultados, os psicólogos que trabalham ou trabalharam em Hospitais, Clínicas e Centros de Saúde, quando comparados com os que não trabalharam nesses locais, apresentam níveis significativamente mais baixos de Fadiga Cognitiva. Os psicólogos com níveis mais elevados de Fadiga Cognitiva sentiram maior necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico.

No total, o modelo de regressão linear com a variável Exaustão Emocional como variável dependente, explica 18% da variância total desta variável e não é estatisticamente significativo,  $F(29, 119) = 0,93, p = 0,58$ . O bloco que explica maior variância da Exaustão Emocional é o bloco das variáveis relacionadas com o contexto de trabalho (11%).

O coeficiente de regressão da variável *necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico* ( $\beta = 0,42, p \leq .05$ ) revelou-se um estimador significativo de Exaustão Emocional. Interpretando estes resultados, os psicólogos com níveis mais elevados de Exaustão Emocional sentiram maior necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico.

### Tabela 16.

*Regressão linear hierárquica: Burnout (MBSM)*

	Fadiga Física		Fadiga Cognitiva		Exaustão Emocional	
	$\Delta R^2$	B	$\Delta R^2$	B	$\Delta R^2$	B
Modelo 1 (V. Sociodemográficas)	.10		.05		.03	
Idade		.08		.02		.04
Feminino		1.38**		.75		.08
Solteiro		-.01		.40		.62
Casado		.19		.48		.36
União de fato		.20		.30		.30
Habilitações acadêmicas		-.10		-.20		.04
Modelo 2 (População com que trabalha)	.02		.04		.02	
Crianças		.34		.41		.12
Adolescentes		-.33		-.50		-.23
Adultos		.26		.31		.04
Idosos		-.16		-.39		-.26
Modelo 3 (Contexto Trabalho)	.14		.12		.11	
Prática privada		-.27		-.60*		-.24

Hospitais, Clínicas, Centros Saúde	-.04	-.21	.14
Prisões e Centros de Reeducação	.42	-.51	.18
Empresas	.16	-.11	.24
Escolas e Faculdades	-.29	.02	-.24
Docência e Investigação	-.32	.42	-.38
IPSS e Outras Instituições	-.45	-.19	-.11
Juntas Freguesia e Câmaras Municipais	-.55	-.16	.22
Horas de trabalho	.01	.01	.02
Supervisão	.02	-.36	-.43
Acompanhamento	.78**	.59*	.42*
Tempo inteiro	.48	.32	.04
Modelo 4 (Problemáticas)	.04	.05	.03
Perturbações de Humor	-.05	-.42	.08
Perturbações de Ansiedade	-.77*	-.08	-.42
Perturbações Disruptivas			
Comportamento e DA	-.18	-.61	-.38
Consumo de Substâncias	.00	-.16	.01
Problemas Relacionais	.43	-.01	.12
Perturbações de Personalidade	.02	-.02	-.04
Dificuldades de aprendizagem			
Total R <sup>2</sup>	.30	.26	.18
F(29, 119)	1.73*	1.40	0.93

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

### 3.3.2. Avaliação dos preditores de *burnout*, segundo o instrumento CBI, numa amostra de psicólogos clínicos portugueses

A dimensão de *burnout* do instrumento CBI com maior variância explicada pelo modelo de regressão linear múltipla é a dimensão de *Burnout* Pessoal (33.4%), sendo o modelo estatisticamente significativo,  $F(29, 119) = 2.06, p \leq 0.01$ . O bloco que explica maior variância do *Burnout* Pessoal é o bloco das variáveis relacionadas com o contexto de trabalho (22%) (Tabela 17).

O coeficiente de regressão das variáveis *género feminino* ( $\beta = 13.42, p \leq .05$ ), *População-alvo com que trabalha e/ou trabalhou: Crianças* ( $\beta = 7.75, p \leq .05$ ), *Contexto de trabalho (atual e passado): Escolas e Faculdades* ( $\beta = - 9.13, p \leq .01$ ), *Contexto de trabalho (atual e passado): IPSS e Outras Instituições* ( $\beta = - 7.00, p \leq .01$ ) e *necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico* ( $\beta = 10.25, p \leq .001$ ) revelaram-se estimadores significativos de *Burnout* Pessoal. Interpretando estes resultados, as psicólogas, quando comparadas com os psicólogos, e os psicólogos que já trabalharam ou trabalham com crianças apresentam níveis mais elevados de *Burnout* Pessoal. Os psicólogos com níveis mais elevados de *Burnout* Pessoal

sentiram ainda maior necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico. Os psicólogos que trabalharam em Escolas e Faculdades e os que trabalharam em IPSS e Outras Instituições, quando comparados com os que não trabalham nesses locais, apresentam níveis de *Burnout* Pessoal significativamente mais baixos.

No total, o modelo de regressão linear com a variável *Burnout* relacionado com o Trabalho como variável dependente, explica 32.5% da variância total desta variável e é estatisticamente significativo,  $F(29, 119) = 1.98, p \leq .01$ . O bloco que explica maior variância do *Burnout* relacionado com o Trabalho é o bloco das variáveis relacionadas com o contexto de trabalho (23%).

O coeficiente de regressão das variáveis *Horas de trabalho semanal* ( $\beta = 0.32, p \leq .01$ ), e *necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico* ( $\beta = 8.66, p \leq .01$ ) revelaram-se estimadores significativos do *Burnout* relacionado com o Trabalho. Interpretando estes resultados, os psicólogos com mais horas de trabalho semanal, quando comparados com os psicólogos com menos horas, têm níveis mais elevados de *Burnout* relacionado com o Trabalho. Os psicólogos com níveis mais elevados de *Burnout* relacionado com o Trabalho sentiram maior necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico.

No total, o modelo de regressão linear com a variável *Burnout* relacionado com o Cliente como variável dependente, explica 25% da variância total desta variável e não é estatisticamente significativo,  $F(29, 119) = 1.34, p = .14$ . O bloco que explica maior variância do *Burnout* Relacionado com o Cliente é o bloco das variáveis relacionadas com o contexto de trabalho (16%).

O coeficiente de regressão das variáveis *Contexto de trabalho (atual e passado): IPSS e Outras Instituições* ( $\beta = - 7.28, p \leq .05$ ) e *necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico* ( $\beta = 7.23, p \leq .05$ ) revelaram-se estimadores significativos do *Burnout* relacionado com o Cliente.

Interpretando estes resultados, os psicólogos com níveis mais elevados de *Burnout* relacionado com o Cliente sentiram maior necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico. Os psicólogos que trabalham e/ou trabalharam em IPSS e Outras Instituições, quando comparados com os que não trabalham ou trabalharam nesses locais, apresentam níveis de *Burnout* relacionado com o Cliente significativamente mais baixos.

**Tabela 17.***Regressão linear hierárquica: Burnout (CBI)*

	Pessoal		Trabalho		Cliente	
	$\Delta R^2$	B	$\Delta R^2$	B	$\Delta R^2$	B
Modelo 1 (v. Sociodemográficas)	.06		.05		.04	
Idade		.86		.52		.31
Feminino		13.42*		9.24		3.50
Solteiro		-.85		4.90		5.15
Casado		.84		4.84		5.30
União de fato		.63		7.70		7.41
Habilitações académicas		-.73		-2.34		-4.06
Modelo 2 (População com que trabalha)	.04		.03		.01	
Crianças		7.75*		7.37		.67
Adolescentes		-5.77		-4.06		.55
Adultos		3.55		1.85		-2.24
Idosos		-2.73		-2.13		-1.97
Modelo 3 (Contexto Trabalho)	.22		.23		.16	
Prática privada		-5.59		-3.84		-1.29
Hospitais, Clínicas, Centros Saúde		3.32		2.25		-1.25
Prisões e Centros de Reeducação		7.62		9.99		10.80
Empresas		6.26		8.58		9.96
Escolas e Faculdades		-9.13**		-6.34		-3.09
Docência e Investigação		-3.65		-5.26		-.67
IPSS e Outras Instituições		-7.00*		-3.48		-7.28*
Juntas Freguesia e Câmaras Municipais		.58		.57		3.63
Horas de trabalho		.16		.32**		.17
Supervisão		-5.52		-3.94		-3.77
Acompanhamento		10.25***		8.66**		7.23*
Tempo inteiro		6.58		5.32		-3.13
Modelo 4 (Problemáticas)	.02		.02		.04	
Perturbações de Humor		-.74		-1.73		4.89
Perturbações de Ansiedade		-3.15		-1.45		-7.30
Perturbações Disruptivas						
Comportamento e DA		-.45		1.93		4.91
Consumo de Substâncias		2.41		3.11		-.78
Problemas Relacionais		3.09		1.77		1.32
Perturbações de Personalidade		2.66		4.00		4.29
Dificuldades de aprendizagem		-4.48		-4.26		-5.14
Total R <sup>2</sup>	.334		.325		.25	
F(29, 119)	2.06**		1.98**		1.34	

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

### 3.3.3. Avaliação dos preditores dos níveis Fadiga por Compaixão, segundo o instrumento ProQOL5, numa amostra de psicólogos clínicos portugueses

A dimensão de fadiga por compaixão avaliada pelo instrumento ProQOL5 com maior variância explicada pelo modelo de regressão linear múltipla é a SC (25%), sendo que o modelo não é estatisticamente significativo,  $F(29, 119) = 1.36$ ,  $p = 0.13$ . O bloco que explica maior variância da SC é o bloco das variáveis relacionadas com o contexto de trabalho (12%) (Tabela 18).

O coeficiente de regressão das variáveis *População-alvo com que trabalha e/ou trabalhou – Adolescentes* ( $\beta = 2.46$ ,  $p \leq .05$ ), *ter supervisão dos casos clínicos* ( $\beta = 3.06$ ,  $p \leq .01$ ) e *necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico* ( $\beta = - 2.51$ ,  $p \leq .05$ ) revelaram-se estimadores significativos da SC. Interpretando, os psicólogos que trabalham e/ou trabalharam com adolescentes, quando comparados com os que não trabalharam com adolescentes, e os que têm supervisão dos seus casos clínicos apresentam níveis mais elevados de SC. Os psicólogos que já sentiram necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico são os que apresentam níveis significativamente mais baixos de SC.

No total, o modelo de regressão linear com a variável BO como variável dependente explica 23% da variância total desta variável e não é estatisticamente significativo,  $F(29, 119) = 1.20$ ,  $p = 0.24$ . O bloco que explica maior variância do BO é o bloco das variáveis relacionadas com o contexto do trabalho (12%).

O coeficiente de regressão das variáveis *necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico* ( $\beta = 3.04$ ,  $p \leq .05$ ) e *Problemáticas com que trabalha e/ou trabalhou: Problemas Relacionais* ( $\beta = 2.56$ ,  $p \leq .05$ ) revelaram-se estimadores significativos de BO. Os psicólogos que trabalham e/ou trabalharam com problemas relacionais apresentam níveis significativamente mais elevados de BO. Os psicólogos com níveis significativamente mais elevados de BO sentiram maior necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico.

No total, o modelo de regressão linear com a variável STS como variável dependente explica 23% da variância total desta variável e não é estatisticamente significativo,  $F(29, 119) = 1.25$ ,  $p = .20$ . O bloco que explica maior variância da STS é o bloco das variáveis relacionadas com o contexto de trabalho (14%).

O coeficiente de regressão da variável *necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico* ( $\beta = 1.87$ ,  $p \leq .05$ ) revelou-se um estimador significativo de STS. Interpretando estes resultados, os psicólogos com níveis significativamente mais elevados de STS sentiram maior necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico.

**Tabela 18.***Regressão linear hierárquica (ProQOL5)*

	CS		BO		STS	
	$\Delta R^2$	B	$\Delta R^2$	B	$\Delta R^2$	B
Modelo 1 (v. Sociodemográficas)	.02		.03		.034	
Idade		.34		.00		-.23
Feminino		1.17		1.90		1.66
Solteiro		.21		1.40		.65
Casado		.34		.52		.45
União de fato		1.05		1.24		1.16
Habilitações académicas		.92		-1.03		-.90
Modelo 2 (população com que trabalha)	.05		.01		.01	
Crianças		-.33		.93		.27
Adolescentes		2.46*		-1.05		.09
Adultos		.17		.15		.45
Idosos		.42		-.73		-.81
Modelo 3 (contexto trabalho)	.12		.12		.14	
Prática privada		-.81		-1.04		-1.55
Hospitais, Clínicas, Centros Saúde		-.69		.53		.64
Prisões e Centros de Reeducação		1.08		.56		.79
Empresas		.56		1.42		1.15
Escolas e Faculdades		-.95		.06		-.84
Docência e Investigação		.64		-1.01		.37
IPSS e Outras Instituições		-.00		-.84		.38
Juntas Freguesia e Câmaras Municipais		-.77		.24		2.55
Horas de trabalho		-.04		.05		.03
Supervisão		3.06**		-1.37		.86
Acompanhamento		-2.51*		3.04*		1.87*
Tempo inteiro		-.75		.50		-.84
Modelo 4 (problemáticas)	.06		.07		.05	
Perturbações de Humor		-.40		-.92		-2.00
Perturbações de Ansiedade		2.75		-2.81		-1.54
Perturbações Disruptivas						
Comportamento e DA		.35		1.01		.98
Consumo de Substâncias		1.12		-.63		.30
Problemas Relacionais		-1.88		2.56*		.87
Perturbações de Personalidade		.87		-.19		1.33
Dificuldades de aprendizagem		1.48		-1.71		-.09
Total R <sup>2</sup>	.25		.23		.23	
F(29, 119)	1.36		1.20		1.25	

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

### 3.4. Compreender as correlações entre as dimensões medidas pelos instrumentos

Os valores das correlações entre MBSM, CBI e ProQOL5 encontram-se na Tabela 19. A análise desses valores segue o proposto por Dancey e Reidy (2006, cit. por Filho & Júnior, 2009a).

**Tabela 19.**

*Tabela de correlações: MBSM, CBI e ProQOL5*

	MBSM			CBI			ProQOL5			
	FF	FC	EE	MBSM total	Pessoal	Trabalho	Cliente	SC	BO	STS
MBSM										
Fadiga Física (FF)					.83***	.80***	.53***	-.45***	.70***	.27***
Fadiga Cognitiva (FC)					.64***	.61***	.40***	-.37***	.58***	.32***
Exaustão Emocional (EE)					.47***	.49***	.44***	-.45***	.60***	.39***
MBSM total					.81***	.78***	.54***	-.49***	.73***	.36***
CBI										
Pessoal	---	---	---	---				-.41***	.66***	.30***
Trabalho	---	---	---	---				-.41***	.67***	.28***
Cliente	---	---	---	---				-.42***	.55***	.28***
ProQOL5										
SC	---	---	---	---	---	---	---			
BO	---	---	---	---	---	---	---			
STS	---	---	---	---	---	---	---			

\*\*\* A correlação é significativa ao nível .001 (2 extremidades)

#### 3.4.1. Correlações entre MBSM e CBI

O coeficiente de correlação mais elevado entre as dimensões do MBSM e CBI ocorre entre a Fadiga Física (dimensão da MBSM) e *Burnout* Pessoal (dimensão do CBI) ( $r = .83$ ), positivo, forte e significativo.

Também correlações positivas, fortes e significativas podem ser encontradas entre o valor total da MBSM e *Burnout* Pessoal (CBI) ( $r = .81$ ), Fadiga Física (MBSM) e *Burnout* relacionado com o Trabalho (CBI) ( $r = .80$ ) e entre o MBSM total e *Burnout* relacionado com o Trabalho (CBI) ( $r = .78$ ).

Os restantes coeficientes de correlação entre as duas medidas assumem valores entre ( $r=.40$ ) e ( $r=.64$ ) e são positivos, moderados e significativos.

### 3.4.2. Correlações entre MBSM e ProQOL5

O coeficiente de correlação mais elevado entre o MBSM e ProQOL5 ocorre entre o MBSM total e a dimensão BO do ProQOL5 ( $r=.73$ ), positivo, forte e significativo. Também positivo, forte e significativo é o coeficiente de correlação entre Fadiga Física (MBSM) e a dimensão BO do ProQOL5 ( $r=.70$ ).

O coeficiente de correlação entre Exaustão Emocional (MBSM) e a dimensão BO do ProQOL5 ( $r=.60$ ) e o coeficiente de correlação e Fadiga Cognitiva (MBSM) e a dimensão BO do ProQOL5 ( $r=.58$ ) são positivos, moderados e significativos.

Todas as dimensões da MBSM se correlacionam de forma positiva, fraca e significativa com a dimensão STS do ProQOL5 ( $r$  varia entre  $.27$  e  $.39$ ).

Todas as dimensões da MBSM se correlacionam de forma negativa, fraca/moderada e significativa com a dimensão SC do ProQOL5 ( $r$  varia entre  $-.37$  e  $-.49$ ).

### 3.4.3. Correlações entre CBI e ProQOL5

O coeficiente de correlação mais elevado entre o CBI e o ProQOL5 ocorre entre a dimensão *Burnout* relacionado com o Trabalho do CBI e BO (ProQOL5) ( $r=.67$ ), positivo, moderado e significativo. Também positivo, moderado e significativo é o coeficiente de correlação entre a dimensão BO (ProQOL5) e a dimensão *Burnout* Pessoal CBI ( $r=.66$ ).

A dimensão STS do ProQOL5 correlaciona-se de forma positiva, fraca e significativa com todas as dimensões de *burnout* do CBI ( $r$  varia entre  $.28$  e  $.30$ ).

A dimensão SC do ProQOL5 correlaciona-se de forma negativa, moderada e significativa com todas dimensões de *burnout* do CBI ( $r$  varia entre  $-.41$  e  $-.42$ ).

## 4. DISCUSSÃO

Nesta investigação, foram utilizados dois instrumentos para medir os valores de *burnout*: MBSM e CBI e um instrumento para medir os valores de fadiga por compaixão, ProQOL5. Saliente-se que a amostra contava com 153 psicólogos clínicos portugueses.

De modo a compreender melhor os resultados obtidos, esta discussão será apresentada segundo os objetivos e questões de investigação propostos anteriormente.

#### **4.1. Objetivo 1: Análise da estrutura fatorial e consistência interna dos instrumentos utilizados**

##### **4.1.1. Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (MBSM)**

Segundo a análise fatorial exploratória, a distribuição dos itens segue a configuração original dos autores, quer originais (Armon, Shirom, & Melamed, 2012; Shirom & Melamed, 2006), quer da tradução e adaptação para a população portuguesa (Gomes, 2012). Ou seja, os primeiros 6 itens correspondem à dimensão Fadiga Física, os itens 7 a 11 à dimensão Fadiga Cognitiva e os últimos três itens à dimensão Exaustão Emocional.

No presente estudo, o valor das consistências internas para as dimensões Fadiga Física e Fadiga Cognitiva foram, respetivamente, .93 e .95. Estes valores revelaram uma consistência interna muito boa, à semelhança do estudo de tradução e adaptação, cujos valores foram respetivamente, .94 e .97. Este estudo na dimensão de Exaustão Emocional, obteve uma consistência interna boa ( $\alpha = .89$ ), tal como o estudo de tradução e adaptação ( $\alpha = .87$ ).

Em termos de um resultado total segundo a MBSM, a consistência interna deste estudo revelou-se muito boa ( $\alpha = 0.95$ ), igual à do estudo de tradução e adaptação ( $\alpha = .95$ ).

##### **4.1.2. *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI)**

Segundo a análise fatorial exploratória, a distribuição dos itens não segue a configuração sugerida pelos autores originais da escala (Kristensen et al., 2005). Por essa razão, foram adotadas as dimensões originais propostas pelos autores de um ponto de vista teórico (*Burnout* Pessoal, *Burnout* relacionado com o Trabalho e *Burnout* relacionado com o Cliente) e os seus itens correspondentes.

Na primeira componente surgem itens referentes ao *Burnout* Pessoal e ao *Burnout* relacionado com o Trabalho. Talvez isso possa explicar-se pelas próprias definições das dimensões. A dimensão *Burnout* relacionado com o Trabalho mede o mesmo que a dimensão *Burnout* Pessoal, ou seja, o grau de fadiga física e psicológica e exaustão, com a especificidade de encontrar como fatores causais dessa fadiga e exaustão, fatores relativos ao trabalho do indivíduo. A segunda componente refere-se a itens da dimensão *Burnout* relacionado com o Cliente e surge então como uma componente isolada, medindo os fatores específicos de fadiga física e psicológica e exaustão relativos ao trabalho do indivíduo com clientes. A terceira componente contém itens da dimensão *Burnout* relacionado com o Cliente e *Burnout* Pessoal, o que pode explicar-se possivelmente por ambas as definições medirem sensivelmente o mesmo, com a particularidade de a dimensão *Burnout* relacionado com o Cliente atribuir como

fatores específicos da fadiga e exaustão sentida pelo profissional os relativos à relação estabelecida com o cliente.

No presente estudo, o valor das consistências internas para as dimensões *Burnout* Pessoal, *Burnout* relacionado com o Trabalho e *Burnout* relacionado com o Cliente foram, respetivamente, .89, .85 e .81. Estes valores revelaram uma consistência interna boa, à semelhança do estudo de tradução e validação, cujos valores foram respetivamente, .845, .829 e .843.

#### **4.1.3. Escala de Qualidade de Vida Profissional 5 (ProQOL5)**

Segundo a análise fatorial exploratória, a distribuição dos itens não segue a configuração sugerida pela autora original da escala (Stamm, 2009). Ou seja, surgem oito componentes principais, à semelhança da análise fatorial exploratória do estudo de tradução e adaptação para a população portuguesa deste instrumento (Carvalho, 2011), sendo que itens referentes a várias dimensões surgem misturados. Por essa razão, foram adotadas as três dimensões originais (SC, BO e STS), decisão também esta tomada no estudo de tradução e adaptação do ProQOL5.

A primeira componente contém os itens relacionados com a escala de SC. Já nas restantes duas dimensões (forçada uma análise a três componentes principais) aparecem misturados itens referentes a BO e STS. Isso pode ser explicado devido a BO e STS, embora refletindo construtos diferentes, partilharem características comuns quanto aos efeitos negativos do stress vivenciado pelo profissional de ajuda, daí os itens de BO e STS, segundo Stamm (2010), partilharem 34 % da variância.

Quanto à consistência interna, o presente estudo, obteve na dimensão SC ( $\alpha = .87$ ), uma consistência interna boa, tal como o estudo de tradução e adaptação ( $\alpha = .86$ ). Na dimensão BO ( $\alpha = .73$ ), este estudo teve uma consistência interna razoável, tal como no estudo de tradução e adaptação ( $\alpha = .71$ ). Este estudo, na dimensão STS ( $\alpha = .71$ ), teve uma consistência interna razoável, contrariamente ao estudo de tradução e adaptação, que teve uma consistência interna boa ( $\alpha = .83$ ).

## **4.2. Objetivo 2: Avaliar os níveis de *burnout* numa amostra de psicólogos clínicos portugueses.**

### **4.2.1. Questão de investigação 2.1: Como se caracterizam os níveis de *burnout* numa amostra de psicólogos clínicos portugueses, segundo o instrumento MBSM?**

Resultados mais elevados em cada uma das dimensões indicam maiores níveis de Fadiga Física, Fadiga Cognitiva e Exaustão Emocional (Gomes, 2012). A maioria dos psicólogos possui baixos níveis de quaisquer uma das dimensões consideradas. Ainda assim, em 153 psicólogos clínicos portugueses, 32 psicólogos (17%) apresentam elevados níveis de Fadiga Física; 13 psicólogos (7.2%) indicam elevados níveis de Fadiga Cognitiva e 3 psicólogos (1.3%) têm elevados níveis de Exaustão Emocional.

Dado o *burnout* segundo a perspetiva de Shirom e Melamed (2006) corresponder ao esgotamento progressivo dos recursos energéticos do indivíduo e ser baseado na Teoria de Conservação de Recursos (Hobfoll, 1989, 1998, cit. por Shirom & Melamed, 2012), em que os recursos pessoais estão relacionados entre si (a falta de um pode levar à falta de outro) (Shirom, 2009, cit. por Santos et al., 2012), elevados níveis de Fadiga Física, isto é a diminuição de energia física, pode desencadear também a redução da energia cognitiva e emocional, ou se todas as condições estiverem contempladas, *burnout* (Santos et al., 2012).

Ainda que o presente estudo tenha como amostra psicólogos clínicos portugueses, um estudo realizado com psicólogos de educação especial, com o mesmo instrumento, na Região Autónoma da Madeira (Santos et al., 2012) chegou a conclusões semelhantes: os psicólogos de educação especial apresentavam níveis mais elevados de Fadiga Física e níveis mais baixos de Exaustão Emocional. Segundo o estudo destes autores, a dimensão que mais se afastava dos valores elevados de *burnout* era a Exaustão Emocional, o que se verifica também neste estudo.

### **4.2.2. Questão de investigação 2.2.: Como se caracterizam os níveis de *burnout* numa amostra de psicólogos clínicos portugueses, segundo o instrumento CBI?**

A maioria dos psicólogos clínicos portugueses possui baixos níveis de *burnout* nas três dimensões do instrumento CBI (*Burnout* Pessoal, *Burnout* relacionado com Trabalho e *Burnout* relacionado com o Cliente). Os mesmos resultados são encontrados num estudo com este instrumento numa amostra de cuidadores formais de um lar de idosos e de um hospital, na unidade de Cuidados Continuados, do qual constava só um psicólogo (Silva, 2016).

Apesar desses valores, da amostra de 153 psicólogos considerada, 52 psicólogos têm elevados níveis de *burnout* na dimensão *Burnout* Pessoal (23.5%), 56 apresentam elevados níveis de *burnout* na dimensão *Burnout* relacionado com o Trabalho (27.5%) e 27 têm elevados níveis de *burnout* na dimensão *Burnout* relacionado com o Cliente (12.4%).

Geralmente, no caso de cuidadores, dos quais os psicólogos também podem fazer parte, o *Burnout* relacionado com o Trabalho apresenta valores mais elevados (embora a diferença para o *Burnout* Pessoal não seja muito significativa) e o *Burnout* relacionado com o Cliente apresenta os valores mais baixos (Silva, 2016), o que também se verifica neste estudo. Talvez isso possa explicar-se por os profissionais justificarem mais como causas de *burnout* as relacionadas com fatores organizacionais e de trabalho.

### **4.3. Objetivo 3: Avaliar os níveis de fadiga por compaixão, numa amostra de psicólogos clínicos portugueses, segundo o instrumento ProQOL5.**

**4.3.1. Questão de investigação 3.1.:** Como se caracterizam os níveis de fadiga por compaixão numa amostra de psicólogos clínicos portugueses, segundo o instrumento ProQOL5?

Os pontos de corte para este instrumento representam os percentis 25, 50 e 75.

Os valores para cada um dos percentis na dimensão SC são respetivamente 43, 49 e 57. Estes valores diferem ligeiramente dos valores de ponto de corte da tradução e adaptação portuguesa por Carvalho (2011), que são, para cada um dos percentis 25, 50 e 75, os valores de 44, 50 e 59, respetivamente.

Os valores para cada um dos percentis na dimensão BO são respetivamente 42, 50 e 57. Estes valores igualam os valores dos percentis 25 e 50 na tradução e adaptação portuguesa por Carvalho (2011), e diferem ligeiramente no percentil 75, cujo valor é 58.

Na dimensão STS, os percentis 25, 50 e 75 correspondem, respetivamente, aos valores 44, 48 e 57. Estes valores igualam o valor do percentil 75 na tradução e adaptação portuguesa por Carvalho (2011) e diferem ligeiramente no percentil 25 (cujo valor é 41) e no percentil 50 (cujo valor é 49).

O valor dos resultados é forçado a ser calculado segundo uma distribuição t, de média 50 e desvio-padrão 10 (Carvalho, 2011; Stamm, 2010). Assim, os resultados mostraram que a maioria dos psicólogos tem níveis médios nas dimensões SC, BO e STS, sendo que 63 têm níveis elevados de SC (23.5%), 44 níveis elevados de BO (24.8%) e 39 níveis elevados de STS (19.6%).

A maioria dos níveis ser médio nas dimensões de SC e BO vem corroborar os resultados de estudos com o mesmo instrumento, embora com populações de profissionais de cuidados paliativos (na qual estavam incluídos só sete psicólogos), de Carvalho (2011). Contudo, nesse estudo de Carvalho (2011), dos apenas sete psicólogos considerados, 5 tinham níveis baixos de STS, 2 níveis médios e nenhum tinha níveis elevados (Carvalho, 2011). No presente estudo, a maioria dos psicólogos clínicos possui níveis de STS médios e existem mais psicólogos com níveis baixos de STS do que com níveis elevados. Ressalve-se que valores mais elevados de STS não indicam propriamente a existência de um problema, mas sim a reflexão que o profissional faz do seu trabalho e como se sente face ao mesmo (Stamm, 2010).

Possuir altos níveis de SC é positivo, uma vez que constitui uma medida protetora face ao *burnout* e fadiga por compaixão, amenizando e diminuindo os seus efeitos negativos (Stamm, 2002, cit. por Conrad & Kellar-Guenther, 2006). Geralmente, altos níveis de STS podem estar associados a baixos níveis de SC, mas também a altos níveis de SC. Ou seja, apesar de os profissionais se sentirem realizados com o seu trabalho e com a ajuda que prestam aos outros, são igualmente afetados pelo reviver das experiências negativas contadas pelos seus pacientes, bem como os sentimentos, pensamentos e medos associados (Carvalho, 2011).

Assim, os resultados tidos como mais positivos são os que combinam níveis elevados de SC, com níveis baixos ou médios de BO e STS, pois são profissionais que apoiam e são apoiados pelos seus colegas, resilientes, empreendedores e com quem os seus pacientes constroem uma boa relação terapêutica (Stamm, 2010).

Os casos de maior risco são aqueles que combinam altos níveis de BO e STS, especialmente se associados a baixos níveis de SC, pois há um sentimento de esgotamento face ao trabalho, inutilidade e receios associados (Carvalho, 2011; Stamm, 2010). Contudo, os profissionais podem estar em processo de fadiga por compaixão e ainda assim sentirem os benefícios do seu trabalho (Stamm, 2002, cit. por Conrad & Kellar-Guenther, 2006).

**4.4. Objetivo 4: Avaliar os preditores de *burnout* numa amostra de psicólogos clínicos portugueses, segundo as várias dimensões do instrumento MBSM (Fadiga Física, Fadiga Cognitiva e Exaustão Emocional).**

**4.4.1. Questão de investigação 4.1:** De que modo os níveis de *burnout* avaliados pela MBSM variam segundo variáveis sociodemográficas como a) idade, b) género, c) estado civil e d) habilitações académicas?

No presente estudo, a variável a) idade não se revelou um preditor significativo de valores mais elevados em qualquer uma das dimensões de *burnout* segundo a MBSM: Fadiga Física, Fadiga Cognitiva e Exaustão Emocional. Um estudo realizado com o mesmo instrumento em psicólogos de educação especial da Madeira (Santos et al., 2012) revelou a mesma tendência, assim como um estudo com psicólogos que trabalham em hospitais e centros de saúde na região da Madeira, com o instrumento MBI (Roque & Soares, 2012). Contudo, os vários estudos realizados acerca da influência da variável idade têm demonstrado que os níveis de *burnout* são superiores em pessoas mais jovens (30-40 anos), dado estas estarem mais provavelmente a iniciar a sua carreira profissional e por isso serem mais inexperientes (Maslach et al., 2001). Se os níveis de *burnout* são mais elevados nesta idade, maior a probabilidade de estes trabalhadores desistirem da profissão. Assim, os trabalhadores mais velhos apresentam níveis mais baixos de *burnout*, dado serem mais resilientes e terem aprendido a gerir melhor os seus recursos perante situações potencialmente causadoras de stresse (Ackerley et al., 1998; Deutsch, 1984; Hoeskma, Guy, Brown, & Brady, 1992, cit. por Emery et al., 2009).

Face à variável b) género, a presente investigação demonstrou que pertencer ao género feminino é um preditor significativo da dimensão Fadiga Física, ou seja, as psicólogas quando comparadas com psicólogos, apresentam níveis mais elevados de Fadiga Física. O mesmo não se verificou nas dimensões de Fadiga Cognitiva e Exaustão Emocional e num estudo com psicólogos que trabalham em hospitais e centros de saúde na Madeira, através do instrumento MBI, que não encontrou diferenças significativas entre géneros (Roque & Soares, 2012). O resultado obtido no presente estudo talvez possa explicar-se devido à grande quantidade de papéis que uma mulher representa na sociedade – o de mãe, esposa e profissional (Gomes & Cruz, 2004). Realiza várias tarefas simultaneamente e comparando com os homens, é exposta a mais *stressores* (como discriminação na profissão ou dificuldades na progressão de carreira) e com mais intensidade (sente mais o conflito entre trabalho e família), o que pode resultar em menores níveis de saúde física e mental (Waldron & Jacobs, 1989, cit. por Gomes & Cruz,

2004), sendo que, segundo Ortiz e Ortega (2009, cit. por Otero, Grajeda, Canto, Venegas, & Luque, 2013), existe maior predominância de *burnout* no género feminino. Contudo, para Maslach (2005), a variável género não é um forte preditor de *burnout*, pois as diferenças entre géneros podem ser pouco consistentes.

A variável c) estado civil não se revelou um preditor significativo de valores mais elevados em qualquer uma das dimensões de *burnout* segundo a MBSM, assim como no estudo referido com psicólogos clínicos na Madeira, de Roque e Soares (2012), com o instrumento MBI. Contudo, um estudo com psicólogos de educação especial na Madeira (Santos et al., 2012) com o instrumento MBSM, mostrou que os psicólogos solteiros ou divorciados tinham níveis de exaustão emocional mais elevados do que aqueles que têm uma relação estável, pois estes últimos sentem que têm um suporte social perante a necessidade de gestão de situações consideradas *stressantes* (Maslach et al., 2001).

Quanto à variável habilitações académicas, esta não se revelou um preditor significativo de valores mais elevados em qualquer uma das dimensões de *burnout* segundo a MBSM. Contudo, um estudo com psicólogos de educação especial da Madeira (Santos et. al, 2012), com o mesmo instrumento, mostrou que os psicólogos com habilitações académicas ao nível da licenciatura (comparando com psicólogos com mestrado e doutoramento) têm níveis mais elevados de Fadiga Cognitiva e *burnout*. Já para Maslach (2001), mais habilitações académicas estão associadas a níveis mais elevados de *burnout*.

**4.4.2. Questão de investigação 4.2:** De que modo os níveis de *burnout* avaliados pela MBSM variam segundo a(s) população(ões)-alvo atendida(s) pelo psicólogo clínico?

No presente estudo, a variável população-alvo atendida (Crianças, Adolescentes, Adultos ou Idosos) não se revelou um preditor significativo de valores mais elevados em qualquer uma das dimensões da MBSM. Também o estudo de Roque e Soares (2012), com o instrumento MBI, numa amostra de psicólogos em hospitais e centros de saúde da Região Autónoma da Madeira, mostrou não existirem diferenças significativas quanto à variável considerada.

**4.4.3. Questão de investigação 4.3:** De que modo os níveis de *burnout* avaliados pela MBSM variam segundo variáveis relacionadas com o contexto de trabalho do psicólogo clínico, como a) local (ais) de trabalho em que trabalha e/ou trabalhou; b) horas de trabalho semanal; c) situação profissional atual; d) supervisão dos seus casos clínicos e e) necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico?

No presente estudo, quanto aos a) local(ais) em que o psicólogo clínico trabalha e/ou trabalhou - Hospitais, Clínicas e Centros de Saúde, revelou-se um estimador significativo da dimensão Fadiga Cognitiva. Ou seja, os psicólogos clínicos que trabalham e/ou trabalharam em Hospitais, Clínicas e Centros de Saúde apresentam níveis significativamente mais baixos de Fadiga Cognitiva. De acordo com a literatura, isso não seria esperado, uma vez que os hospitais são locais de exercício à profissão complexos, devido à estrutura organizacional e burocrática que acarretam. Para além disso fatores que poderiam contribuir para uma maior incidência de fatores de *burnout* nos psicólogos que exercem nesses locais, seriam a possibilidade de rotatividade de turnos e baixos salários (Rios, 2008, cit. por Dias, Queirós, & Carlotto, 2010), ter de desempenhar múltiplos papéis, lidar com a hierarquia e normas estabelecidas e realizar o seu trabalho em conjunto com equipas multidisciplinares constituídas por profissionais de várias áreas (Fascina et al., 2009, cit. por Andrade et al., 2012), sendo que atenderiam uma grande multiplicidade de casos e problemáticas.

No presente estudo, a variável b) horas de trabalho semanal não se revelou um preditor significativo de valores mais elevados em qualquer uma das dimensões de *burnout* segundo a MBSM. Contudo, um estudo com o mesmo instrumento realizado em prestadores de cuidados de saúde em lares de terceira idade, revelou que o horário de trabalho semanal pode relacionar-se com a dimensão Exaustão Emocional, tendo os prestadores de cuidados com horário fixo menores níveis de exaustão emocional (Vaz, 2013). Relembre-se que a sobrecarga de trabalho é um dos fatores de *burnout* em psicólogos (Araujo, 2008), uma vez que isso diminui os limites entre a vida profissional e pessoal do psicólogo (Ilies et al., 2007, cit. por Almeida, 2011).

Neste estudo, a variável c) situação profissional atual não se revelou um preditor significativo de valores mais elevados em qualquer uma das dimensões de *burnout*, segundo a MBSM. Contudo, um estudo com o mesmo instrumento realizado em prestadores de cuidados de saúde em lares de terceira idade, revelou que trabalhadores efetivos têm menor níveis de exaustão emocional do que trabalhadores com contrato a termo (Vaz, 2013), dado, possivelmente, o menor grau de insegurança dessas condições de trabalho.

Quanto à variável d) supervisão dos casos clínicos, esta não se revelou um preditor significativo de qualquer uma das dimensões de *burnout* segundo o instrumento MBSM, no

presente estudo. Todavia, de acordo com a literatura, a sensação de falta de supervisão, orientação e acompanhamento dos casos clínicos é uma das causas apontadas como fator facilitador de *burnout* em psicólogos clínicos (Araujo, 2008).

No presente estudo, a variável e) necessidade recorrer a acompanhamento terapêutico pelo próprio psicólogo revelou-se um preditor significativo de valores mais elevados em todas dimensões de *burnout* segundo a MBSM. Ou seja, os psicólogos com níveis mais elevados de Fadiga Física, Fadiga Cognitiva e Exaustão Emocional são os que sentem maior necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico. O facto de os psicólogos terem de lidar simultaneamente com os seus problemas e necessidades que podem ser semelhantes ou não às daqueles que requerem o seu apoio, aumenta a predisposição desta profissão ao *burnout* (Araujo, 2008), quer a nível físico, cognitivo e emocional. O risco também é aumentado de acordo com as problemáticas que mais atendam (Emery et al., 2009).

#### **4.4.4. Questão de investigação 4.4:** De que modo os níveis de burnout avaliados pela MBSM

variam segundo a(s) problemática(s) com que o psicólogo clínico trabalha e/ou trabalhou?

No presente estudo, a variável Probleáticas com que trabalha e/ou trabalhou – Perturbações de Ansiedade revelou-se um estimador significativo de Fadiga Física. Isto é, psicólogos que trabalham e/ou trabalharam com Perturbações de Ansiedade, quando comparados com os que não trabalharam com essa problemática, revelam níveis significativamente mais baixos de Fadiga Física. Contudo, este resultado não seria esperado pois baixos níveis de Fadiga Física mostram que o psicólogo não revela tanto cansaço físico e diminuição de energia física no seu trabalho e a intervenção em Perturbação de Ansiedade, segundo o modelo Cognitivo-Comportamental, requer muitas das vezes o ensino de competências de relaxamento (Lima & Oliveira, s.d.), que podem implicar para além da capacidade empática e esforço cognitivo do terapeuta, também esforço físico. Tentando equivaler a dimensão Exaustão Emocional do MBSM com a dimensão Exaustão Emocional do MBI, um estudo com psicólogos de hospitais e centros de saúde na Madeira, com o instrumento MBI, realizado por Roque e Soares (2012), mostra que existe uma associação positiva entre exaustão emocional e problemas relacionais (ou seja, a psicólogos que trabalham com problemas relacionais estão associados níveis mais elevados de exaustão emocional).

**4.5. Objetivo 5: Avaliar os preditores de *burnout* numa amostra de psicólogos clínicos portugueses, segundo as várias dimensões do instrumento CBI (*Burnout* Pessoal, *Burnout* relacionado com o Trabalho e *Burnout* relacionado com o Cliente).**

**4.5.1. Questão de investigação 5.1:** De que modo os níveis de *burnout* avaliados pelo CBI variam segundo variáveis sociodemográficas como a) idade, b) género, c) estado civil e d) habilitações académicas?

No presente estudo, a variável idade a) não se revelou um preditor significativo de valores mais elevados em qualquer uma das dimensões de *burnout* segundo o CBI: *Burnout* Pessoal, *Burnout* relacionado com o Trabalho e *Burnout* relacionado com o Cliente. Os mesmos resultados são encontrados num estudo com este instrumento numa amostra de cuidadores formais de um lar de idosos e de um hospital, na unidade de Cuidados Continuados, do qual constava só um psicólogo (Silva, 2016) e num estudo com psicólogos da Madeira que trabalham em hospitais e centros de saúde, realizado com o instrumento MBI (Roque & Soares, 2012). Contudo, os vários estudos realizados acerca da influência da variável idade têm demonstrado que os níveis de *burnout* são superiores em pessoas mais jovens (Maslach et al., 2001) e menores em trabalhadores mais velhos, dado terem aprendido a gerir e mobilizar melhor os seus recursos face a situações *stressantes* (Ackerley et al., 1998; Deutsch, 1984; Hoeskma, Guy, Brown, & Brady, 1992, cit. por Emery et al., 2009).

Quanto à variável b) género, o presente estudo com o instrumento CBI demonstrou que pertencer ao género feminino é um preditor significativo da dimensão *Burnout* Pessoal, ou seja, as psicólogas quando comparadas com psicólogos, apresentam níveis mais elevados de *Burnout* Pessoal. O mesmo não se verificou nas restantes dimensões de *burnout* do CBI. Contudo, a dimensão de *Burnout* Pessoal refere-se aos sintomas de exaustão física e psicológica e a sentida pela pessoa em si (Fonte, 2011). Assim, e ainda que o stresse seja um conceito diferente de *burnout* (mas que pode desencadear a sua ocorrência) (Brill, 1984, cit. por Schaufeli & Buunk, 1996), um estudo de Gomes e Cruz (2004) demonstrou que as mulheres têm maiores indicadores de problemas de saúde física e experienciam e descrevem mais dificuldades relativas a cansaço, perturbação do sono, compulsões, problemas sexuais e enxaquecas, o que corrobora os resultados obtidos. Todavia, o estudo de Roque e Soares (2012) com psicólogos em hospitais e centros de saúde na Madeira, realizado com o instrumento MBI, mostrou não existirem diferenças significativas quanto à variável género.

A variável c) estado civil não se revelou um preditor significativo de valores mais elevados em qualquer uma das dimensões de *burnout* segundo o CBI, tal como num estudo com este

instrumento numa amostra de cuidadores formais de um lar de idosos e de um hospital, na unidade de Cuidados Continuados, do qual constava só um psicólogo (Silva, 2016). Os mesmos resultados são ainda obtidos por Roque e Soares (2012), no seu estudo com psicólogos clínicos da Madeira, com o instrumento MBI. Contudo, ser casado costuma ser considerado um fator protetor face ao *burnout*, dado conferir um sentimento de suporte social (Maslach et al., 2001).

Também a variável d) habilitações académicas não se revelou um preditor significativo de valores mais elevados em qualquer uma das dimensões de *burnout* segundo o CBI, no presente estudo, assim como num estudo com este instrumento numa amostra de cuidadores formais de um lar de idosos e de um hospital, na unidade de Cuidados Continuados, do qual constava só um psicólogo (Silva, 2016). Para alguns autores (Maslach et al., 2001), mais habilitações literárias estão associadas a níveis mais elevados de *burnout*.

**4.5.2. Questão de investigação 5.2:** De que modo os níveis de *burnout* avaliados pelo CBI variam segundo a(s) população(ões)-alvo atendida(s) pelo psicólogo clínico?

O presente estudo com o instrumento CBI demonstrou que a População-Alvo atendida – Crianças é um estimador significativo da dimensão de *Burnout* Pessoal. Ou seja, os psicólogos que já trabalharam e/ou trabalham com crianças, apresentam níveis mais elevados de *Burnout* Pessoal. Trabalhar com crianças é um processo moroso uma vez que coloca vários desafios (Ipinza, 2010) que podem aumentar a exaustão física e psicológica sentida pelo psicólogo. A terapia com crianças implica ter de lidar com famílias disfuncionais que podem ser a fonte dos problemas da criança e ser um meio de ligação entre a criança e a escola. A escola pode ser também um fator de risco e por vezes não compreende ou implementa as sugestões dadas pelo psicólogo (Ipinza, 2010). Para além disso, trabalhar com crianças representa uma responsabilidade acrescida, o que pode desencadear conflitos ao próprio terapeuta, sendo que este tem de saber gerir algumas dificuldades da sua infância ao abordar a história de uma criança, tentando ser empático com ela (Ipinza, 2010) e não simpático. As crianças são ainda clientes involuntários, o que pode colocar o trabalho com esta população-alvo como extenuante, apenas mediada pela motivação e resultados benéficos verificados na criança (Ipinza, 2010). Um estudo de Roque e Soares (2012), com o instrumento MBI, numa amostra de psicólogos em hospitais e centros de saúde da região autónoma da Madeira, mostrou não existirem diferenças significativas quanto à variável população(ões)-alvo atendida(s) pelo psicólogo.

**4.5.3. Questão de investigação 5.3:** De que modo os níveis de *burnout* avaliados pelo CBI variam segundo variáveis relacionadas com o contexto de trabalho do psicólogo clínico, como a) local (ais) de trabalho em que trabalha e/ou trabalhou; b) horas de trabalho semanal; c) situação profissional atual; d) supervisão dos seus casos clínicos e e) necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico?

No presente estudo, a variável a) local de trabalho (atual e/ou passado) – IPSS e Outras Instituições revelou-se um estimador significativo da dimensão *Burnout* Pessoal e *Burnout* relacionado com o Cliente. Ou seja, os psicólogos clínicos que trabalharam e/ou trabalham em IPSS e Outras Instituições, quando comparados com os que não trabalham, têm níveis significativamente mais baixos de *Burnout* Pessoal e *Burnout* relacionado com o Cliente. Também referente ao local de trabalho (atual e/ou passado) – Escolas e Faculdades revelou-se um estimador significativo da dimensão *Burnout* Pessoal. Ou seja, os psicólogos clínicos que trabalharam e/ou trabalham em Escolas e Faculdades, quando comparados com os que não trabalham, têm níveis significativamente mais elevados de *Burnout* Pessoal. Estes dados vêm corroborar o que é descrito na literatura, sendo que Viveros & Herrera (2009) encontraram que são os psicólogos que trabalham na área da educação aqueles em que é mais prevalente e existe maior risco de *burnout*, segundo o Inventário de *Burnout* de Psicólogos.

A variável b) horas de trabalho semanal revelou-se um estimador significativo da dimensão *Burnout* relacionado com o Trabalho, no presente estudo. Ou seja, os psicólogos clínicos que trabalham mais horas, se comparados com os que trabalham menos horas, têm níveis significativamente mais altos de *Burnout* relacionado com o Trabalho. Os mesmos resultados são encontrados num estudo com este instrumento numa amostra de cuidadores formais de um lar de idosos e de um hospital, na unidade de Cuidados Continuados, do qual só fazia parte um psicólogo (Silva, 2016). Este estudo obteve como resultado que maior carga horária está associada a não só maiores níveis de *Burnout* relacionado com o Trabalho, como a níveis mais elevados de *Burnout* Pessoal. Ressalve-se que o excesso de horas de trabalho e a sobrecarga de trabalho é um dos fatores de *burnout* em psicólogos (Araujo, 2008), o que explica o resultado alcançado.

No presente estudo, a variável c) situação profissional atual não se revelou um preditor significativo de valores mais elevados em qualquer uma das dimensões de *burnout* segundo o CBI. Os mesmos resultados são encontrados num estudo com este instrumento numa amostra de cuidadores formais de um lar de idosos e de um hospital, na unidade de Cuidados Continuados, do qual constava só um psicólogo (Silva, 2016), considerando como variáveis horário a tempo inteiro e horário por turnos. O horário de trabalho, relacionado igualmente com

a situação profissional atual, é um importante fator causador de *burnout*, uma vez que a literatura mostra que mudanças de horário e horários por turnos contribuem mais para o *burnout* (Patrick & Levery, 2007, cit. por Silva, 2016).

A variável d) supervisão dos casos clínicos não se revelou um preditor significativo de qualquer uma das dimensões de *burnout* segundo o instrumento CBI. Já a variável e) necessidade recorrer a acompanhamento terapêutico pelo próprio psicólogo revelou-se um preditor significativo de valores mais elevados em todas dimensões de *burnout* segundo o CBI. Ou seja, são os psicólogos com níveis mais elevados de *Burnout* Pessoal, *Burnout* relacionado com o Trabalho e *Burnout* relacionado com o Cliente os que sentem maior necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico. De acordo, com a literatura, a sensação de falta de supervisão e acompanhamento dos casos clínicos é uma das causas apontadas como fator facilitador de *burnout* em psicólogos clínicos (Araujo, 2008), podendo a supervisão clínica dos psicólogos ser entendida como uma estratégia de *coping* (Sanzovo & Coelho, 2007).

**4.5.4. Questão de investigação 5.4:** De que modo os níveis de *burnout* avaliados pelo CBI variam segundo a(s) problemática(s) com que o psicólogo clínico trabalha e/ou trabalhou?

No presente estudo, a variável Problemáticas com que trabalha e/ou trabalhou não se revelou um estimador significativo de qualquer uma das dimensões de *burnout* do CBI, contrariamente ao que acontece no estudo de Roque e Soares (2012), com psicólogos clínicos da Madeira e o instrumento MBI, em que psicólogos que lidavam mais com problemas relacionais, tinham níveis mais elevados de exaustão emocional. Saliente-se que as problemáticas mais associadas ao *burnout* são as tendências suicidas, síndrome depressiva (Farber & Heifetz, 1982; Forney, Wallace-Schutman, & Wiggers, 1982, cit. por Benevides-Pereira et al., 2002), comportamentos de dependência face ao jogo, vícios como a droga ou comportamentos auto-lesivos (Delbrouck, 2006, cit. por Roque & Soares, 2012), entre outras.

Relativamente às dimensões de *burnout* medidas pela MBSM e pelo CBI, as variáveis mais explicativas dos níveis de *burnout* obtidos pelos psicólogos clínicos considerados nesta amostra são as relacionadas com o contexto de trabalho. Isso corrobora a literatura existente sobre o tema. Segundo Maslach et al. (2001) e Queirós (1998, cit. por Roque e Soares, 2012), embora as características individuais como género, idade e estado civil ou mesmo a personalidade do trabalhador (Aiken & Sloane, 1997, cit. por Andrade et al., 2012) possam

contribuir de algum modo para a predisposição e desenvolvimento da síndrome de *burnout*, as características organizacionais e variáveis socioprofissionais detêm um maior peso enquanto causas do *burnout*. Talvez por isso, no presente estudo, tal como em anteriores, não se considerem diferenças significativas quanto a algumas questões que envolvem variáveis individuais e o mesmo não aconteça quanto às que envolvem variáveis socioprofissionais.

**4.6. Objetivo 6: Avaliar os preditores de fadiga por compaixão numa amostra de psicólogos clínicos portugueses, segundo as várias dimensões do instrumento ProQOL5 (Satisfação por Compaixão (SC), *Burnout* (BO) e *Stresse Traumático Secundário* (STS)).**

**4.6.1. Questão de investigação 6.1:** De que modo os níveis de fadiga por compaixão avaliados pelo ProQOL5 variam segundo variáveis sociodemográficas como a) idade, b) género, c) estado civil e d) habilitações académicas?

No presente estudo, a variável a) idade não se revelou como um preditor significativo de fadiga por compaixão. Os mesmos resultados são encontrados por Carvalho (2011), no estudo de tradução e adaptação para a população portuguesa do ProQOL5, com uma amostra de profissionais da área dos cuidados paliativos que inclui só sete psicólogos. Também não são encontradas diferenças significativas face à idade pela autora da escala original (Stamm, 2010). Todavia, Manuelito (2016), concluiu, num estudo com profissionais de cuidados pré-hospitalares e de emergência, que indivíduos com idades entre os 44 e 62 anos têm níveis mais elevados de SC, uma das dimensões de fadiga por compaixão. Isso pode ser explicado por indivíduos mais velhos terem maior capacidade de resiliência e de mobilização de estratégias de *coping* face à situação (Carvalho, 2011). Já a dimensão BO de fadiga por compaixão demonstrou níveis mais elevados em profissionais entre os 30 e 43 anos (Manuelito, 2016).

Também a variável b) género não se revela como um preditor significativo de qualquer uma das dimensões de fadiga por compaixão, resultados igualmente encontrados por Carvalho (2011), num estudo com o mesmo instrumento, contando com apenas sete psicólogos e pela autora da escala original (Stamm, 2010). Carvalho (2011) encontra, no entanto, que o género masculino apresenta níveis médios mais elevados de SC, níveis médios mais altos de BO e níveis semelhantes de STS, relativamente ao género feminino.

Relativamente à variável c) estado civil, esta não se revelou como um preditor significativo de qualquer uma das dimensões de fadiga por compaixão. Contudo, profissionais solteiros aparentam ter níveis médios mais altos de BO e STS e profissionais em união de facto têm o

nível médio mais baixo de SC (Carvalho, 2011). Esta mesma variável também demonstrou ter uma baixa correlação com a fadiga por compaixão num estudo realizado com enfermeiras de uma unidade de saúde mental (Abendroth & Flannery, 2006). No presente estudo, as d) habilitações académicas não se revelaram como um preditor significativo de qualquer uma das dimensões de fadiga por compaixão.

**4.6.2. Questão de investigação 6.2:** De que modo os níveis de fadiga por compaixão avaliados pelo ProQOL5 variam segundo a(s) população(ões)-alvo atendida(s) pelo psicólogo clínico?

No presente estudo, a População-Alvo atendida - Adolescentes revelou-se um estimador significativo da dimensão SC. Ou seja, os psicólogos clínicos que trabalham e/ou trabalharam com Adolescentes apresentam níveis significativamente mais elevados de Satisfação por Compaixão. A Satisfação por Compaixão deriva do prazer em trabalhar e sentir-se bem com o trabalho que realiza, ou seja, o profissional ser bem-sucedido e sentir-se habilitado a fazer a diferença quantos às dificuldades daqueles que auxilia (Stamm, 2010). Assim, embora a terapia com adolescentes possa ser um processo moroso, dado serem clientes involuntários, em constante processo de desenvolvimento, com mudanças a cursos e ritmos diferentes (Santacana, 1993), o que poderia revelar-se extenuante para o terapeuta, parece que o processo de adesão dos adolescentes à terapia e ver que dela conseguem tirar resultados, fornece um sentimento de realização pessoal e profissional ao psicólogo (Ipinza, 2010). Contudo, pode ainda referir-se que há maior predisposição à fadiga por compaixão em profissionais que lidam com problemas relacionados com crianças (Figley, 1995).

**4.6.3. Questão de investigação 6.3:** De que modo os níveis de fadiga por compaixão avaliados pelo ProQOL5 variam segundo variáveis relacionadas com o contexto de trabalho do psicólogo clínico, como a) local (ais) de trabalho em que trabalha e/ou trabalhou; b) horas de trabalho semanal; c) situação profissional atual; d) supervisão dos seus casos clínicos e e) necessidade de reconhecer a acompanhamento terapêutico?

No presente estudo, a variável a) local(ais) de trabalho não se revelou um preditor significativo de fadiga por compaixão. A fadiga por compaixão deriva da exposição secundária a um problema ou dificuldade, seja ele contado ou vivido por outra pessoa (Stamm, 2010), logo o trabalho na área de cuidados paliativos (Carvalho, 2011), em cuidados de emergência (Manuelito, 2016) ou lidar com mortes traumáticas de pacientes, como acontece num estudo

com enfermeiras de uma unidade de saúde mental (Abendroth & Flannery, 2006), sem oferecer o suporte social necessário, pode ser difícil para o profissional.

No presente estudo, a variável b) horário de trabalho semanal de trabalho não se revelou como um preditor significativo de fadiga por compaixão. Os mesmos resultados são encontrados por Carvalho (2011), num estudo que envolvia apenas sete psicólogos a trabalhar na área dos cuidados paliativos. Obteve como resultados que os níveis médios de SC, BO e STS eram idênticos em profissionais que trabalhavam mais de 40 horas e menos do que 40 horas semanais. Esse estudo conclui ainda que quanto maior o tempo de exposição semanal a uma situação problemática, níveis de BO e STS médios mais elevados e níveis de SC mais baixos (Carvalho, 2011). Estes resultados podem explicar-se por um horário de trabalho semanal mais sobrecarregado poder significar uma maior exposição a uma situação problemática e por isso níveis mais elevados de fadiga por compaixão, dado esta surgir da exposição secundária prolongada no tempo a um determinado problema ou dificuldade (Figley, 1995).

A variável c) situação profissional atual também não se revelou como um preditor significativo de fadiga por compaixão. Contudo, sendo o *burnout* também uma dimensão do conceito de fadiga por compaixão (Stamm, 2010), tem-se que o horário de trabalho, relacionado igualmente com a situação profissional atual, é um importante fator causador de *burnout* (Patrick & Levery, 2007, cit. por Silva, 2016). Assim, essas variáveis poderão igualmente influenciar os níveis de fadiga por compaixão.

O presente estudo demonstrou que d) ter supervisão dos casos clínicos se revelou um preditor significativo da dimensão SC. Ou seja, os psicólogos que têm supervisão clínica têm níveis mais elevados de SC. Isso pode ser corroborado pela literatura, uma vez que o facto de os psicólogos terem supervisão facilita algumas tomadas de decisão no processo terapêutico e é igualmente uma oportunidade de aprendizagem, o que não se verifica em quem não tem (Almeida, 2011). Assim, os profissionais que dela beneficiam sentem-se mais eficazes, com mais vontade de aumentar a sua formação e maior motivação em ajudar o outro, ou seja, têm níveis mais elevados de SC (Stamm, 2010), sendo a SC uma variável protetora do psicólogo face aos efeitos negativos da vida profissional (Stamm, 2002, cit. por Conrad & Kellar-Guenther, 2006).

Neste estudo, a variável e) necessidade recorrer a acompanhamento terapêutico pelo próprio psicólogo revelou-se um preditor significativo em todas as dimensões de fadiga por compaixão. Psicólogos que sentiram necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico têm níveis mais elevados de BO e STS e níveis mais baixos de SC. Psicólogos que lidam frequentemente

com processos traumáticos e/ou problemas/dificuldades dos seus clientes, sem o suporte social suficiente, podem ter níveis de BO e STS mais elevados e níveis de SC mais baixos, devido à exaustão emocional e consequências dessa para o profissional (Stamm, 2010). Por sua vez, aqueles que recorrem ao acompanhamento terapêutico sentem-se mais capacitados e bem-resolvidos, com maior capacidade de resiliência e logo maior SC (Stamm, 2010).

**4.6.4. Questão de investigação 6.4:** De que modo os níveis de fadiga por compaixão variam segundo as problemáticas com que o psicólogo clínico trabalha e/ou trabalhou?

No presente estudo, a variável Problemáticas com que trabalha e/ou trabalhou – Problemas Relacionais revelou-se um estimador significativo da dimensão BO da Fadiga por Compaixão.

Este resultado vem de encontro a um estudo de *burnout* com psicólogos clínicos de Roque e Soares (2012), que mostra níveis de *burnout* mais elevados em quem lida com esse tipo de dificuldades. Lidar com problemas relacionais pode sujeitar o psicólogo a reviver problemas e dificuldades experienciados por si próprio na sua história de vida, enquanto tenta auxiliar o outro, dado o alto envolvimento emocional do terapeuta no problema do paciente (Figley, 1995). Esse facto, associado à falta de suporte social e falta de satisfação no trabalho, tornam o terapeuta mais vulnerável ao *burnout* (Adams et al., 2007) e possivelmente fadiga por compaixão, dado o *burnout* ser também uma das dimensões de fadiga por compaixão (Stamm, 2010).

**4.7. Objetivo 7: Compreender de que forma os conceitos medidos pelos instrumentos, *burnout* e fadiga por compaixão, podem estar relacionados.**

**4.7.1. Questão de investigação 7.1:** Será que existe alguma relação entre os instrumentos que medem o *burnout*, MBSM e CBI?

As correlações dos instrumentos são sobretudo fortes, positivas e significativas, o que corrobora ambas serem medidas de *burnout* que partilham como componente central a fadiga física e psicológica e a exaustão sentida pelo profissional (Shirom, 2003, cit. por Shirom, 2005).

Contudo, se o MBSM se refere mais aos sintomas de *burnout*, o CBI é o único instrumento que pode medir os níveis de *burnout* face à pessoa, ao trabalho e aos clientes (Shirom, 2005), atribuindo as causas de *burnout* a uma dessas áreas de vida (Kristensen et al., 2005).

Os coeficientes de correlação entre as dimensões de ambos os instrumentos revelaram-se todos positivos e significativos, variando entre moderados e fortes. A correlação mais forte

ocorre entre Fadiga Física (MBSM) e *Burnout* Pessoal (CBI), o que pode ser explicado por a definição de Fadiga Física – diminuição da energia e cansaço físico (Gomes, 2012), poder encontrar-se dentro da definição de *Burnout* Pessoal – sentimentos de exaustão física, psicológica e sentida pela própria pessoa (Kristensen et al., 2005).

**4.7.2. Questão de investigação 7.2:** Será que existe alguma relação entre o instrumento de medição de *burnout* MBSM e o instrumento de medição de fadiga por compaixão, ProQOL5?

*Burnout* e fadiga por compaixão podem estar relacionados, pois para Lago e Codo (2013) representam o mesmo conceito e para Stamm (2010), o *burnout* é uma dimensão da fadiga por compaixão, daí as dimensões BO e STS do ProQOL5 se relacionarem positiva e significativamente com as dimensões da MBSM, variando as correlações de fracas a fortes.

O coeficiente de correlação mais elevado entre o MBSM e ProQOL5 ocorre entre o MBSM total e a dimensão BO do ProQOL5, o que é esperado dado a dimensão BO do ProQOL5 ser a medida mais específica de *burnout*, que pode ser correspondente ao MBSM total, que confere um perfil e resultado total de *burnout*.

Também positivo, forte e significativo é o coeficiente de correlação entre Fadiga Física (MBSM) e a dimensão BO (ProQOL5), que vem uma vez mais corroborar a ideia subjacente de exaustão física como uma componente base do conceito de *burnout*, sugerida na definição de Fadiga Física e na dimensão BO do ProQOL5, caracterizada pela insensibilidade, desligamento e exaustão face ao ambiente de trabalho (Stamm, 2010).

Embora *burnout* e stresse traumático secundário sejam dimensões da fadiga por compaixão e representem aspetos negativos da vida profissional (Stamm, 2010), as correlações entre as dimensões da MBSM e STS (ProQOL5) são positivas e significativas, mas fracas.

As dimensões da MBSM correlacionam-se de forma negativa com a dimensão SC (ProQOL5), uma vez que a satisfação por compaixão pretende amenizar os efeitos negativos de *burnout* (sugeridos pelas dimensões da MBSM) e fadiga por compaixão, na vida do profissional (Stamm, 2002, cit. por Conrad & Kellar-Guenther, 2006).

**4.7.3. Questão de investigação 7.3:** Será que existe alguma relação entre o instrumento de medição de *burnout* CBI e o instrumento de medição de fadiga por compaixão, ProQOL5?

O coeficiente de correlação (embora moderado) mais elevado e significativo entre o CBI e ProQOL5 ocorre entre a dimensão *Burnout* relacionado com o Trabalho do CBI e a dimensão BO (ProQOL5), o que corrobora a literatura existente, de acordo com as definições das

dimensões. BO refere-se a um sentimento de exaustão e desligamento face ao trabalho (Stamm, 2010), relacionando-se com o *Burnout* relacionado com o Trabalho, pois este construto diz respeito também aos sentimentos de exaustão física e psicológica relacionados com o trabalho da pessoa, sendo que a fadiga por compaixão deriva precisamente de um trabalho que obrigue a lidar secundariamente com os problemas/dificuldades do outro (Figley, 1995), de forma extenuante.

Também positivo, moderado e significativo é o coeficiente de correlação entre a dimensão *Burnout* Pessoal (CBI) e a dimensão BO (ProQOL5), traduzindo a desesperança do profissional e sentimento de incapacidade em ajudar aqueles que a ele recorrem, por estarem a passar por um processo igualmente problemático, sentindo-se estes exaustos física e psicologicamente (Kristensen et al., 2005; Stamm, 2010).

A dimensão STS do ProQOL5 correlaciona-se de forma positiva, fraca e significativa com as dimensões de *Burnout* do CBI. Isso possivelmente ocorre porque as dimensões do CBI demonstram o *burnout* face a várias áreas de vida do indivíduo e o stresse traumático secundário refere-se a uma área em específico da vida do indivíduo, a profissional, na qual ocorre uma complicação, felizmente não muito comum, do processo de ajuda ao outro: o experienciar o problema/dificuldade da pessoa que ajuda, evitar atividades que lhe lembrem disso e dificuldade em separar a vida pessoal da vida profissional (Stamm, 2010),

A dimensão SC do ProQOL5 correlaciona-se de forma negativa, moderada e significativa com as dimensões de *Burnout* do CBI, o que também se verifica nos dados da literatura, já que a satisfação por compaixão, isto é, o profissional sentir-se bem e realizado com o trabalho que executa, vem amenizar os efeitos negativos do *burnout* e fadiga por compaixão (Stamm, 2002, cit. por Conrad & Kellar-Guenther, 2006).

## 5. CONCLUSÕES

A maioria dos psicólogos clínicos entre os 153 que a amostra comporta, possui baixos níveis de cada uma das dimensões de *burnout* consideradas pela Medida de *Burnout* de Shirom-Melamed (MBSM). Contudo, 17% tem níveis elevados de Fadiga Física, 7.2% tem níveis elevados de Fadiga Cognitiva e 1.3 % têm níveis elevados de Exaustão Emocional. Ressalve-se que este instrumento não possui um carácter de diagnóstico, que permita dizer que os psicólogos estão em processo de *burnout* ou não, mas fornece um alerta para problemas neste domínio.

Também a maioria dos psicólogos clínicos possui níveis baixos de *burnout* em todas as dimensões do instrumento *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI). Ainda assim, 23.5% apresentam níveis elevados de *Burnout* Pessoal, 27.5% apresentam níveis elevados de *Burnout* relacionado com o Trabalho e 12.4% apresentam níveis elevados de *Burnout* relacionado com o Cliente.

Nos dois instrumentos de *burnout* considerados, as variáveis idade e estado civil não se revelam preditores significativos dos níveis de *burnout* obtidos. O mesmo resultado tinha sido alcançado por Roque e Soares (2012), num estudo com psicólogos em hospitais e centros de saúde da Madeira, com o instrumento MBI. Não se revelaram também diferenças significativas entre os níveis de *burnout* e as habilitações académicas e situação profissional atual.

Em ambos os instrumentos de *burnout*, a variável género parece ser um preditor significativo dos níveis de *burnout* obtidos, sendo que as mulheres apresentam níveis mais elevados de Fadiga Física (MBSM) e de *Burnout* Pessoal (CBI). Esses resultados podem explicar-se por a mulher desempenhar mais papéis na sociedade, ser sujeita a mais fontes de stresse e com mais intensidade, exibindo mais problemas de saúde física e mental (Gomes & Cruz, 2004).

Trabalhar mais horas é também um preditor significativo da dimensão *Burnout* relacionado com o Trabalho (CBI), o que demonstra que a sobrecarga de trabalho é realmente uma causa de *burnout* em psicólogos clínicos (Araujo, 2008).

Quanto às populações atendidas pelo psicólogo clínico, trabalhar com crianças revelou-se um preditor significativo de níveis mais elevados de *Burnout* Pessoal, dado o carácter involuntário e processo moroso que implica lidar com esta população, que é também relacionar-se com a família e a escola a que pertence (Ipinza, 2010).

Face às problemáticas com que o psicólogo clínico trabalha e/ou trabalhou, encontram-se níveis mais baixos de Fadiga Física (MBSM) em quem trabalha com Perturbações de Ansiedade e trabalhar com Problemas Relacionais não se revela um preditor significativo de qualquer uma das dimensões, como acontecia no estudo de Roque e Soares (2012).

Quanto aos locais de trabalho, trabalhar em Hospitais, Clínicas e Centros de Saúde revelou-se um preditor significativo de níveis mais baixos de uma das dimensões de MBSM. Também trabalhar em IPSS e Outras Instituições revelou-se um preditor significativo de níveis mais baixos em duas dimensões do CBI. Já trabalhar em Escolas e Faculdades refletiu-se um preditor significativo de níveis mais elevados da dimensão de *Burnout* Pessoal no instrumento CBI, o que pode explicar-se pela realidade vivida pelos psicólogos inseridos no sistema educativo português. Os psicólogos que trabalham em escolas intervêm em várias modalidades, como

avaliação psicológica; prevenção; ser a ligação entre aluno-família-escola; acompanhamento de casos de Necessidades Educativas Especiais; intervenção em situações de risco, problemas de aprendizagem e de comportamento e tentar fornecer competências socioemocionais às crianças e jovens (Ordem dos Psicólogos Portugueses, s.d.). Contudo, enquanto internacionalmente é recomendada a existência de um psicólogo para 1000 alunos, nas escolas portuguesas, segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP] (s.d.), o rácio, no ano letivo de 2014/2015, foi de 1 psicólogo para cada 1645 crianças, existindo ainda um grande desfasamento no número de psicólogos em escolas privadas e públicas. Há assim a necessidade de contratação de mais psicólogos para as escolas (OPP, s.d.). Por isso, a OPP (s.d.) recomenda repensar o modo de avaliação, seleção e contratação de psicólogos em conjunto com o Ministério da Educação, para que este permita que o psicólogo fique mais anos em cada escola e faça parte dos seus quadros, o que promove a continuidade, a estabilidade e a eficácia da sua intervenção.

Relativamente ao instrumento que mede a fadiga por compaixão, Escala de Qualidade de Vida Profissional 5 (ProQOL5), a maioria dos psicólogos obtém valores médios em todas as suas dimensões, embora 24.8% tenham níveis elevados de *Burnout*, 19.6% níveis elevados de Stresse Traumático Secundário e 27.5% apresentam níveis baixos de Satisfação por Compaixão. Todavia, 23.5% apresentam níveis elevados de Satisfação por Compaixão e esse dado é motivador, uma vez que os níveis médios mais elevados obtidos pela amostra de psicólogos clínicos considerada são os de Satisfação por Compaixão, ou seja, sentir-se realizado no seu trabalho. Apenas se revelam diferenças significativas nos resultados obtidos quanto à população atendida (adolescentes) e problemáticas (problemas relacionais).

Em todos os instrumentos, a necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico revelou-se um preditor significativo dos níveis de *burnout* e fadiga por compaixão, ou seja, são os psicólogos com níveis mais elevados de *burnout* e fadiga por compaixão aqueles que sentem maior necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico. Possuir supervisão dos casos clínicos apenas é um preditor significativo no instrumento ProQOL5, sendo que os psicólogos que dela usufruem, têm níveis mais elevados de Satisfação por Compaixão. Importa referir que o ProQOL5 também não tem um carácter diagnóstico, pois a fadiga por compaixão não consta do CID-10 ou DSM-V, tendo por isso objetivos de pesquisa (Barbosa et al., 2014) e sinalização dos profissionais em risco.

Quanto aos resultados alcançados, as variáveis mais explicativas são as relativas ao contexto de trabalho, o que comprova a literatura anterior, de que se o *burnout* e a fadiga por compaixão

são condições do trabalho, então são as variáveis socioprofissionais e as características organizacionais as com maior poder preditor dos resultados obtidos (Maslach et al., 2001).

### **5.1. Implicações clínicas**

De modo a avaliar o *burnout*, há um predomínio da utilização do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) em Portugal. Isso leva a que se considere como *burnout* aquilo que é medido pelo MBI. Ainda assim, a utilização de medidas menos conhecidas como o MBSM e CBI, demonstrou ter resultados válidos, sustentados em estudos referenciados e com reflexão crítica, logo estas podem ser medidas alternativas de *burnout* a utilizar em futuros estudos sobre o tema.

Os psicólogos clínicos estão sujeitos a condições duras na sua profissão, por isso é pertinente conhecer os níveis de *burnout* e fadiga por compaixão que neles estão presentes, de modo a compreender melhor a realidade dos psicólogos clínicos portugueses, sinalizar profissionais em risco e orientar possíveis intervenções. Aliás, o presente estudo demonstrou que os elevados níveis das dimensões consideradas, quer face ao *burnout*, quer à fadiga por compaixão, estão associados à necessidade de acompanhamento terapêutico do psicólogo clínico e, em algumas dimensões, também à supervisão de casos clínicos. Relativamente aos 153 psicólogos clínicos da amostra, 58.2% dos psicólogos afirmam ter supervisão dos seus casos clínicos e 68.6% demonstram já ter sentido necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico ao longo do seu percurso profissional.

Assim, revela-se essencial fornecer oportunidades de orientação, supervisão e acompanhamento do psicólogo, estabelecendo o suporte social necessário através do fornecimento de meios técnicos para auxiliar a realização do seu trabalho. A supervisão clínica do profissional permite que este esclareça as suas dúvidas sobre os casos com que lida, bem como reflita sobre os mesmos, através da partilha e discussão de casos. É por isso uma oportunidade de aprendizagem do psicólogo. Perante estes benefícios, o psicólogo sente-se mais eficaz, seguro e satisfeito face ao seu trabalho e isto reflete-se também na qualidade de trabalho e relação exercida com os seus clientes. A supervisão pode até ser vista como uma estratégia de *coping* do psicólogo (Sanzovo & Coelho, 2007).

É também importante dar estratégias de apoio emocional ao psicólogo, sabendo comunicar, atentar e estabelecer atitudes empáticas com o profissional ou promovendo programas que aumentem a sua capacidade de gestão de fontes de stresse, resiliência, autorregulação e satisfação por compaixão. Isso é também possível através do acompanhamento terapêutico do profissional, para que este possa reconhecer os seus limites, os seus dilemas face a

determinadas histórias e problemáticas com que lida e resolva alguns dos seus conflitos internos.

É de realçar não só o papel do indivíduo, mas também o da potencial organização a que este pertence, no estabelecimento de programas de prevenção e promoção de *feedback* positivo do trabalho do profissional. Afinal, uma boa saúde mental é uma ferramenta essencial para um bom desempenho enquanto psicólogo clínico.

## **5.2. Limitações e futuras sugestões de investigação**

Uma das limitações do ponto de vista teórico é o referencial teórico subjacente ao conceito de fadiga por compaixão. Visto ainda ser um termo relativamente recente no campo da Psicologia, ainda não são bem claras as distinções existentes entre fadiga por compaixão, stressse traumático secundário, Perturbação Secundária de Stressse Traumático, traumatização vicariante e *burnout*, de acordo com os vários autores. Também é relevante uma melhor diferenciação entre os processos de *burnout* e stressse no trabalho, uma vez que podem ter aspetos e fatores desencadeadores semelhantes, o que pode tornar difícil saber qual a problemática do profissional.

Embora a questão anos de experiência do profissional também tenha sido colocada no questionário sociodemográfico, optou-se por não ser uma variável a analisar, pois alguns autores (Emery et al., 2009), mostraram que esta está intrinsecamente relacionada com a idade do profissional, variável que foi analisada enquanto preditor. Também foi questionado o grau em que os psicólogos clínicos consideravam que o stressse profissional que sentiam afetava a sua eficácia profissional. Uma análise mais completa desta questão em futuros estudos poderá contribuir para estabelecer mais e melhores intervenções que visem a eficácia e bem-estar do psicólogo clínico.

Do ponto de vista prático, este estudo segue uma metodologia quantitativa que permite chegar a conclusões gerais e generalizáveis acerca do funcionamento mental dos profissionais. Todavia, seria relevante novos estudos acerca do tema abarcarem aspetos qualitativos (nomeadamente perguntas de resposta aberta ou entrevistas) de modo a melhor poder apreender as causas de *burnout*, através de descrições mais ricas dos fatores contextuais e individuais que envolvem os processos de *burnout*, permitindo perceber porque é que algumas pessoas, sob as mesmas condições de trabalho desenvolvem a síndrome de *burnout* e outras não. Além disso, este é um estudo transversal, o que impede de tirar muitas conclusões em termos de causalidade, logo novos estudos poderiam ter um carácter longitudinal, ou seja, testar as várias

respostas dos sujeitos em vários momentos, de modo a aceder a quais são as verdadeiras causas de *burnout* e fadiga por compaixão em determinados sujeitos.

Do ponto de vista metodológico, novos estudos acerca deste tema devem contar com uma amostra maior e mais equilibrada, pelo menos em termos de género (esta apenas contava com 11 indivíduos do sexo masculino), de modo a que outras possíveis diferenças nos resultados obtidos possam ser extraídas. Também seria potencialmente importante efetuar as análises realizadas, sabendo, no total de participantes considerados, quantos efetivamente trabalhavam com mais do que uma problemática, população e em mais do que um local de trabalho, sem extrair apenas um resultado geral de quantas pessoas trabalham com cada problemática, população e local de trabalho.

Seria igualmente pertinente considerar os níveis de Satisfação por Compaixão, *Burnout* e Stresse Traumático Secundário para cada indivíduo, de modo a elaborar um perfil de resultados de fadiga por compaixão para cada profissional e compreender mais exaustivamente o modo como o indivíduo está (ou não) a passar por fadiga por compaixão e como se sente face a esse processo, o que pode até facilitar a posterior intervenção com o mesmo. Seria também interessante comparar os níveis de fadiga por compaixão com profissionais que trabalhassem em áreas mais potencialmente traumáticas (como Luto ou Cuidados Paliativos), com as restantes áreas de intervenção psicológica.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abendroth, M., & Flannery, J. (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8(6), 346–356. doi: 10.1097/00129191-200611000-00007.
- Abreu, K. L., Stoll, I., Ramos, L. S., Baumgardt, R. A., & Kristensen, C. H. (2002). Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 22(2), 22-29. doi:10.1590/S1414-98932002000200004.
- Adams, R. E., Figley, C. R., & Boscarino, J. A. (2007). The Compassion Fatigue Scale: Its Use With Social Workers Following Urban Disaster. *Research on Social Work Practice*, 10 (10), 1-13. doi: 10.1177%2F1049731507310190.
- Almeida, M. H. G. R. (2011). Stress, Burnout and Coping: Um Estudo realizado com Psicólogos Algarvios. *R. Adm FACES Journal Belo Horizonte*, 11 (2), 131-155. doi: 10.21714/faces.v11i2.1217.
- Almeida, H., Orgambêdez-Ramos, A., Monteiro, I., & Sousa, F. (2013). Mudança Organizacional. In H. Almeida, A. Orgambêdez-Ramos, I. Monteiro, & F. Sousa (Eds.), *Manual de Comportamento Organizacional: Guia de Apoio ao Estudante Universitário* (pp. 243-306). Faro: Sílabas e Desafios – Unipessoal.
- Andrade, T., Hoch, R. E. E., Vieira, K. M., & Rodrigues, C. M. C. (2012). Síndrome de *Burnout* e Suporte Social no Trabalho: A Percepção dos Profissionais de Enfermagem De Hospitais Públicos e Privados. *Revista OES*, 19 (61), 231-251. doi: 10.1590/S1984-92302012000200004.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Araujo, C. G. (2008). *A Saúde Mental está doente! A Síndrome de Burnout em psicólogos que*

*trabalham em Unidades Básicas de Saúde*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia - Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Baganha, C. A. C. (2013). *Stress Ocupacional e Adaptação ao Trabalho: Um Estudo com Tripulações de Voo* (Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia - Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde). Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga.

Baird, K. & Kracen A. C. (2006). Vicarious Traumatization and Secondary Traumatic Stress: A Research Synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19 (2), 181–188.

Barbosa, S. C., Souza, S., & Moreira, J. S. (2014). A fadiga por compaixão como ameaça à vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 14 (3), 315-323.

Barona, E. G., Del Amo, R. G., Ortiz, J. J. C., & Rico, P. G. (2014). Desgaste Profissional o Síndrome de Burnout como Patología Laboral Incapacitante. In J. M. P. Romero (Ed.), *Tratado de Psicopatología Criminal – Psicología Jurídica y Psiquiatria Forense* (Vol.2) (pp. 1049-1081). Spain, Madrid: Editorial EOS.

Benevides-Pereira, A. M. T., Moreno-Jiménez, B., Hernandez, E. G., & Gutiérrez, J. L. G. (2002). La evaluación específica del síndrome de Burnout en psicólogos: el “inventario de Burnout de psicólogos”. *Clinica y Salud*, 13 (3), 257-283.

Benevides-Pereira, A. M. T., Porto-Martins, P., & Machado, P. G. B. (2010, Fevereiro-Março). *Síndrome de Burnout en psicólogos clínicos*. 11º Congresso Virtual de Psiquiatria – Interpsquis.

Boiças, P. A. C. (2015). *Fadiga por Compaixão em Voluntários na área da Saúde: Relações entre a Empatia, Resiliência e as Estratégias de Coping* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.

- Braga, R. (2013). A Relação Terapêutica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar*, 29, 146-147.
- Carvalho, P. R. C. (2011). *Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: tradução e adaptação cultural da escala "Professional Quality of Life 5"* (Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Carvalho & Sá (2011). Escala de Qualidade de Vida Profissional: Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão (tradução e adaptação da ProQOL5). Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.14/8918>.
- Conrad, D. & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 30, 1071-1080. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.03.009.
- Costa, B., Lopes, F., Neves, M., & Pereira, P. A. (2008). Os Níveis de Stress de dos Alunos de Licenciatura, da UCP-Viseu. *Gestão e Desenvolvimento*, 15-16, 43-68.
- Croucher, R. (s.d.). *Stress and Burnout in Ministry*. Retirado de [http://www.churchlink.com.au/forum/r\\_croucher/stress\\_burnout.html](http://www.churchlink.com.au/forum/r_croucher/stress_burnout.html).
- Cruz, B. (2014). *Burnout e Fadiga por Compaixão em Enfermeiros Portugueses*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde - Subárea de Especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas da Saúde). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Custódio, S., Pereira, A. M. S., & Seco, G. M. B. (2006, Novembro). *Stresse, Suporte Social, Optimismo e Saúde em Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico*. Apresentação Oral no VI Simpósio de Investigação em Psicologia (Área Científica – Psicologia da Saúde), Universidade de Évora, Portugal.
- D'Souza, F., Egan, S. J., & Rees, C. S. (2011). The Relationship Between Perfeccionism, Stress

and Burnout in Clinical Psychologists. *Behaviour Change*, 28 (1), 17-28. doi: 10.1375/behc.28.1.17.

Dias, S., Queirós, C., & Carlotto, M. S. (2010). Síndrome de *burnout* e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*, 32, 4-21.

Emery, S., Wade, T. D., & McLean, S. (2009). Association among therapist beliefs, personal resources and burnout in clinical psychologists. *Behaviour Change*, 26 (2), 83-96. doi: 10.1375/behc.26.2.83.

European Agency for Safety and Health at Work (2009). *European Risk Observatory Report: OSH in figures: stress at work — facts and figures*. Retirado de [https://osha.europa.eu/en/node/6862/file\\_view#executive\\_summary](https://osha.europa.eu/en/node/6862/file_view#executive_summary).

Falcone, E. M. O., Ferreira, M. C., Luz, R. C. M., Fernandes, C. S., Faria, C. A., D'Augustin, J. F., & Sardinha, A., Pinho, V. D. (2008). Inventário de Empatia (I.E.): Desenvolvimento e Adaptação de uma Medida Brasileira. *Avaliação Psicológica*, 7(8), 321-334.

Ferreira, P. L. (2005). *Estatística Descritiva e Inferencial – Breves Notas*. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Retirado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9961/1/AP200501.pdf>.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3ª Ed.). London: Sage. Retirado de <http://www.soc.univ.kiev.ua/sites/default/files/library/eloadpen/andy-field-discovering-statistics-using-spss-third-edition-20091.pdf>.

Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion Fatigue* (pp. 1–20). New York: Brunner/Mazel. Retirado de [https://www.researchgate.net/publication/245720535\\_Compassion\\_fatigue\\_as\\_secondary\\_traumatic\\_stress\\_disorder\\_An\\_overview](https://www.researchgate.net/publication/245720535_Compassion_fatigue_as_secondary_traumatic_stress_disorder_An_overview).

- Figley, C. R. (2002). Compassion Fatigue: Psychotherapist's Chronical Lack of Self Care. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (11), 1433- 1441. doi: 10.1002/jclp.10090.
- Figley, C. R. (2014). *A Generic Model of Compassion Fatigue Resilience*. Retirado de <http://figley.blogspot.pt/2014/04/compassion-fatigue-resilience-model.html>.
- Filho, D. B. F. & Júnior, J. A. (2009a). Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação Pearson ( $r$ )\*. *Revista Política Hoje*, 18(1), 117-146.
- Filho, D. B. F. & Júnior, J. A. (2010b). Visão além do alcance: uma introdução à análise factorial. *Opinião Pública*, 16(1), 160-185.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5), 992-1003. doi: 10.1037/0022-3514.50.5.992.
- Fonte, C. M. S. (2011). *Adaptação e Validação para Português do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)* (Dissertação de Mestrado em Gestão da Economia e Saúde). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Frasquilho, A. M. (2005). Medicina, Médicos e Pessoas. Compreender o stresse para prevenir o burnout. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 433-444.
- Furnham, A. (2005). Stress at Work. In A. Furnham (Ed.), *The Psychology of Behaviour At Work: The Individual in the Organization* (2ª Ed.) (pp. 354-393). New York: Psychology Press.
- Goldstein, D. & Kopin, I. J. (2007). Evolution of concepts of stress. *Stress*, 10 (2), 109-120. doi: 10.1080/10253890701288935.
- Gomes, A. R. (2012). *Medida de "Burnout" de Shirom-Melamed (MBSM)*. Relatório técnico

não publicado. Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga.

- Gomes, A. R. & Cruz, J. F. (2004). A Experiência de Stress e “Burnout” em Psicólogos Portugueses: Um Estudo sobre Diferenças de Género. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 193-212.
- Gouveia, V.V., Guerra, V. M., Santos, W. S., Rivera, G. A., & Singelis, T. M. (2007). Escala de Contágio Emocional: adaptação ao contexto Brasileiro. *Psico*, 38 (1), 45-54.
- Hart, P. M., & Cooper, C.L. (2001). Occupational Stress: Toward a More Integrated Framework. In N. Anderson, D. S. Ones, H. K. Sinangil, & C. Viswesvaran (Eds.), *Handbook of Industrial, Work and Organizational Psychology* (Vol. 2) (pp. 99-114). London: Sage Publications. Retirado de [http://maorhan.com/wp-content/uploads/2014/11/Handbook\\_of\\_Industrial\\_Work\\_and\\_Organizational\\_Psychology\\_Vol\\_2\\_2005.pdf](http://maorhan.com/wp-content/uploads/2014/11/Handbook_of_Industrial_Work_and_Organizational_Psychology_Vol_2_2005.pdf).
- Hatfield, E., Cacioppo, J., & Rapson, R. (1993). Emotional contagion. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 96-99.
- Hobfoll, S. E. & Shirom, A. (2000). Conservation of Resources Theory: Applications to stress and management in workplace. In R.T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of organization behavior* (2ª Ed.) (pp. 57-81). New York, New York: Marcel Dekker. Retirado de [http://www.shirom.org/arie/publications/StressAndStrain/Stress\\_and\\_Burnout\\_in\\_the\\_Workplace\\_Conservation\\_of\\_Resources\\_chapter\\_Nov\\_2000.pdf](http://www.shirom.org/arie/publications/StressAndStrain/Stress_and_Burnout_in_the_Workplace_Conservation_of_Resources_chapter_Nov_2000.pdf).
- Huggard, P.K. & Huggard, E.J. (2008). When the Caring Gets Tough: Compassion fatigue and veterinary care. *VetScript*, May, 14-16.
- Ipinza, D. W. (2010). *Percépcion del Burnout y Autocuidado en Psicólogos Clínicos Infantojuveniles que trabajan em Salud Pública en Santiago de Chile* (Dissertação para obtenção do título de Psicóloga). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Chile.

- Kleber, R. J., & van der Velden (2003). Acute Stress at Work. In M. Schabracq, C. Cooper, & D. van Maanen (Eds.), *The Handbook of Work and Health Psychology* (2<sup>a</sup> Ed.) (pp. 368-382). Chichester:Jon Wiley & Sons, Ltd.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19 (3), 192-207.
- Lago, K. & Codo, W. (2013). Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estudos de Psicologia*, 18 (2), 223-231.
- Laureano, R. M. S. (2011). Teste de Hipóteses com o SPSS: O meu Manual de Consulta Rápida. Lisboa: Edições Sílabo.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). In R. S. Lazarus & S. Folkman (Eds.), *Stress, Appraisal and Coping* (pp. 1-21). New York: Springer Publishing Company.
- Lima, C. F. & Oliveira, L.G. (s.d.). *A Perturbação de Ansiedade Generalizada*. Trabalho de Psicopatologia Geral e Especial no âmbito da Licenciatura em Psicologia. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto. Retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0018.PDF>.
- Luthans, F. (1985). Stress: Causes and Coping Strategies. In F. Luthans (Ed.), *Organizational Behavior* (4<sup>a</sup> Ed.) (pp.128-151). Singapore: McGraw-Hill Book Company.
- Mäkikangas, A & Kinnunen, U. (2016). The person-oriented approach to burnout: A systematic review. *Burnout Research*, 3, 11-23. doi: 10.1016/j.burn.2015.12.002.
- Manuelito, C. S. L. (2016). *Fadiga por Compaixão, Satisfação no Trabalho, Stress, Ansiedade e Depressão em Profissionais de Cuidados Pré-Hospitalares/Emergência* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.

- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em Profissionais de Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29 (1), 24-30.
- Maslach, C. (2005). Entendendo o burnout. In A. M. Rossi, P. L. Perrewé, & S. L. Sauter (Eds.), *Stress e qualidade de vida no trabalho: Perspetivas atuais da saúde ocupacional* (pp. 41-55). São Paulo: Atlas.
- Maslach, C. & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New Perspectives. *Applied & Preventive Psychology*, 7, 63-74. doi: 10.1016/S0962-1849(98)80022-X.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (1997). *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What To Do About It*. San Francisco: Jossey-Bass – A Wiley Company. Retirado de <http://bookzz.org/book/540250/d01e25>.
- Maslach, C., Leiter, M. P., & Schaufeli, W. (2009). Measuring Burnout. In S. Cartwright & C. L. Cooper. (Eds.), *The Oxford Handbook of Organizational Well-Being* (pp. 86-108). United States, New York: Oxford University Press Inc.
- Maslach, C. & Schaufeli, W.B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, C., & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 1-16). Washington DC: Taylor and Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Melamed, S., Kushnir, T., & Shirom, A. (1992). Burnout and risk factors for cardiovascular disease. *Behavioral Medicine*, 18, 53-61.

- Melo, B. T., Gomes, A. R., & Cruz, J. F. A. (1999). Desenvolvimento e Adaptação de um Instrumento de Avaliação Psicológica do *Burnout* para os Profissionais de Psicologia. In A. P. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. VI) (pp. 596-603). Braga: APPORT – Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Milfont, T. L., Denny, S., Ameratunga, S., Robinson, E., & Merry, S. (2008). Burnout and wellbeing: Testing the Copenhagen Burnout Inventory in New Zealand teachers. *Social Indicators Research*, 89(1), 169-177. doi: 10.1007/s11205-007-9229-9.
- Missio, F. & Jacobi, L. F. (2007). Variáveis dummy: especificações de modelo com parâmetros variáveis. *Ciência e Natura, USFM*, 29 (1), 111-135.
- Myers, D. G. (1998). Stress and Health. In D. G. Myers (Ed.), *Psychology* (5ª Ed.) (pp. 515-547). New York, Worth Publishers.
- Newstrom, J. W. (2008). Estresse e Aconselhamento. In J. W. Newstrom (Ed.), *Comportamento Organizacional: O Comportamento Humano no Trabalho* (pp. 349-370). São Paulo: McGraw Hills Interamericana do Brasil.
- Nitzsche, M. (2015). *(In)Civilidade no Trabalho: Escalas de medida e efeitos no burnout e engagement* (Dissertação de Mestrado em Psicologia - Especialidade de Psicologia Clínica e de Aconselhamento). Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- O'Driscoll, M. P., Brough, P. A., & Kalliath, T. J. (2009). Stress and Coping.. In S. Cartwright, S. & C. L. Cooper (Eds.), *The Oxford Handbook of Organizational Well-Being* (pp. 236-260). United States, New York: Oxford University Press Inc.
- Oliveira, M. M. C. M. Q. (2008). *BURNOUT E EMOÇÕES: Estudo exploratório em médicos de um Hospital do Porto* (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (s.d.). Visão da OPP para o Futuro dos Psicólogos no

Sistema Público de Educação. Retirado de [https://www.ordemos psicologos.pt/ficheiros/documentos/visao\\_opp\\_educacao.pdf](https://www.ordemos psicologos.pt/ficheiros/documentos/visao_opp_educacao.pdf).

Organização Mundial de Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10*. Retirado de <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/Z73>.

Otero, B. G. I., Grajeda, G. G., Canto, V. B., Venegas, J. M., & Luque, C. M. (2013). Burnout en psicólogos de la salud: características laborales relacionadas. *Psicología y Salud*, 23, 217-226.

Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual: A step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 12)*. Australia: Allen & Unwin.

Pérez, A. M. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112, 1-40.

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). Alpha de Cronbach para Análise da Consistência Interna. In M. Robalo (Ed.), *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS (5ª Ed.)* (pp. 527-528). Lisboa: Edições Sílabo. Retirado de <http://analise-estatistica.pt/2013/09/alpha-de-cronbach-para-a-analise-da-consistencia-interna.html>.

Pocinho, M. & Capelo, M. R. (2009). Vulnerabilidade ao stress, estratégias de  *coping*  e autoeficácia em professores portugueses. *Educação e Pesquisa*, 35 (2), 351-367. doi: 10.1590/S1517-97022009000200009.

Portnoy, D. (2011). Burnout and Compassion Fatigue: Watch for the Signs. *Journal of the Catholic Health Association of United States: Health Progress*, 47-50.

Preto, I. (2011). *Emoções & Comportamentos: O Impacto dos Recursos Laborais e Pessoais na Gestão do Stress Ocupacional*. (Dissertação de Mestrado - Especialização em Gestão de Recursos Humanos). ISCTE: Instituto Universitário de Lisboa, Portugal.

- Roazzi, A., Carvalho A. D., & Guimarães, P.V. (2000). *Análise da estrutura de similaridade da síndrome de burnout: Validação da escala Maslach Burnout Inventory em professores*. Trabalho apresentado no V Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica: Teoria e prática & VIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e contextos, Belo Horizonte, MG. doi: 10.13140/RG.2.1.4856.4884.
- Rogers, C. R. (1961). *Tornar-se pessoa* (2ª Ed.). Lisboa: Moraes Editores.
- Roque, L. & Soares, L. (2012). *Burnout numa amostra de psicólogos da região autónoma da Madeira*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (1), 2-14.
- Sabo, B. M. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1). doi: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man01.
- Santacana, M. F. (1993). Características de la evaluación psicológica infantil. In M. F. Santacana (Ed.), *Evaluación Psicológica Infantil* (pp. 23-48). Barcelona: Editorial Barcanova.
- Santos, N. N., Freitas, L., Branco, S., Gonçalves, L., Franco, G., & Beja, M. J. (2012, Julho). *O burnout nos psicólogos da educação especial*. Comunicação apresentada no II Seminário Internacional “Contributos da Psicologia em Contextos Educativos”, Universidade do Minho, Braga. doi: 10.13140/2.1.2056.8006.
- Sanzovo, C.E. & Coelho, M. E. C. (2007). Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. *Estudos de Psicologia*, 24 (2), 227-238.
- Schabracq, M., Cooper, C., Travers, C., & van Maanen, D. (2001). What is stress?. In M. Schabracq, C. Cooper, & D. van Maanen (Eds.), *Occupational Health Psychology: The Challenge of Workplace Stress* (pp. 10-38). UK, Leicester: BPS Books (The British Psychological Society).
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (1996). Professional Burnout. In M. J. Schabracq, J. A

- M. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of Work and Health Psychology* (pp. 311-346). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Schaufeli, W. B. . & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study & practice: a critical analysis*. London: Taylor and Francis.
- Schaufeli, W. B. & Taris, T. W. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress, 19* (3), 256-262. doi: 10.1080/02678370500385913.
- Selye, H. (1950). Stress and the General Adaptation Syndrome. *British Medical Journal, 1383-1392*.
- Silva, J. M. F. (2016). *Burnout em Cuidadores Formais* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Shirom, A. (2005). Reflections on study of burnout. *Work & Stress, 19* (3), 263-270.
- Shirom, A. & Ezrachi, Y. (2003). On the discriminant validity of burnout, depression, and anxiety: A re-examination of the burnout measure. *Anxiety, Stress and Coping, 16*, 83-99.
- Shirom, A & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two Burnout measures in two groups of professionals. *International Journey of Stress Management, 13* (2), 176-200.
- Shirom, A. Melamed, S., Toker, S., Berliner, S. & Shapira, I. (2005). Burnout, mental and physical health: A review of the evidence and a proposed explanatory model. *International Review of Industrial and Organizational Psychology, 20*, 269-309.
- Solomon, J. (2014). *Nurses' Coping Strategies with Compassion Fatigue: A literatura review* (Bachelor's Thesis). Jyväskylä Ammattikorkeakoulu, Jamk University of Applied Sciences.

- Sousa, I. F., Mendonça, H., Zanini, D. A. & Nazareno, E. (2009). Estresse Ocupacional, Coping e Burnout. *Revista Estudos*, 36 (1/2), 57-74.
- Sousa, L. M. C. (2011). *Síndrome de Burnout em Profissionais de Saúde*. (Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Stamm, B.H. (2009). Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL). Retirado de [www.proqol.org](http://www.proqol.org).
- Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual (2ª Ed.)*. Pocatello. Retirado de [http://proqol.org/uploads/ProQOL\\_Concise\\_2ndEd\\_12\\_2010.pdf](http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12_2010.pdf).
- Tamayo, M. R. (2008). *Burnout: Implicações das Fontes Organizacionais de Desajuste Indivíduo-Trabalho em Profissionais de Enfermagem*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (3), 474-482. doi: 10.1590/S0102-79722009000300019
- Vaz, M. J. F. (2013). *Síndrome de Burnout em Prestadores de Cuidados de Saúde em Lares de Terceira Idade* (Dissertação de Mestrado em Medicina). Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Vicente, C. S. R. (2013). *A Compreensão do Fenómeno de Burnout nos Prestadores de Cuidados a Idosos Doentes Crónicos*. (Dissertação de Doutoramento em Psicologia - Psicologia Clínica). Universidade de Évora, Évora.
- Viveros, G. R. O. & Herrera, M. E. O. (2009). El síndrome de burnout en psicólogos y su relación con la sintomatología asociada al estrés. *Psicología y Salud*, 19 (2), 207-214.
- Yaegashi, S. F. R. & Benevides-Pereira, A. M. T. (2011, Julho). *O Estresse e a Síndrome de*

*Burnout no Trabalho de Docentes: Algumas Reflexões.* Apresentação no X CONPE – Congresso Nacional de Psicologia Escolar e Educacional, Universidade Estadual de Maringá, Brasil.

Yu, H., Jiang, A., & Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing*, 57, 28-38. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012.

## ANEXOS

### ANEXO A. Consentimento Informado



### Consentimento Informado



Caro participante, o meu nome é Ana Nadine Canada Amaro e sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia (vertente de Psicologia Clínica – Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa) na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Estou a realizar um projeto de investigação para a minha Dissertação de Mestrado sob orientação da Prof. Dra. Luísa Bizarro. Com esta investigação, pretende-se compreender de que modo os Psicólogos Clínicos Portugueses são afetados por *Burnout* e Fadiga por Compaixão na sua prática profissional, avaliando a influência de determinadas variáveis sociodemográficas. Quer igualmente averiguar acerca das diferenças entre os níveis de *Burnout* e Fadiga por Compaixão segundo a população-alvo do trabalho e contexto profissional desses psicólogos.

Para poder participar, terá de já ter concluído o curso de Psicologia e possuir experiência profissional, independentemente de estar a exercer atualmente ou não.

Ser-lhe-á pedido o preenchimento de quatro questionários. A sua participação durará cerca de 30 minutos e é voluntária, ou seja, poderá interrompê-la a qualquer momento, sendo um direito seu e sem prejuízos. Relembro, contudo, a importância para o tratamento de dados de responder a todas as questões.

Não existem riscos conhecidos ou antecipáveis para a sua saúde ou bem-estar com a sua participação no estudo. As informações recolhidas são anónimas, uma vez que não serão registados nomes ou outros elementos identificativos e confidenciais, pois os dados serão apenas conhecimento da investigadora e utilizados na presente investigação.

Caso esteja interessado(a) em esclarecer dúvidas, receber informações adicionais ou um resumo dos resultados em linguagem não técnica, após a conclusão do estudo, pode

contactar a investigadora através do *e-mail* [nadine.amaro@hotmail.com](mailto:nadine.amaro@hotmail.com) ou a sua orientadora pelo *e-mail* [imbizarro@psicologia.ulisboa.pt](mailto:imbizarro@psicologia.ulisboa.pt). Após a entrega da dissertação, esta ficará disponível *online* no Repositório da Universidade de Lisboa ([repositorio.ul.pt](http://repositorio.ul.pt)).

## ANEXO B. Questionário Sociodemográfico



UNIVERSIDADE  
DE LISBOA



Faculdade de Psicologia  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

### Questionário Sociodemográfico

Este é um questionário voluntário, anónimo e confidencial.

Nenhuma resposta é considerada certa ou errada.

Coloque, por favor, um X na(s) alternativa(s) correspondente(s). **Lembre-se, pode escolher mais do que uma alternativa.**

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** F  M

**Estado civil:**

Solteiro(a)

Casado(a)

A viver em união de facto

Divorciado(a)

Viúvo(a)

**Habilitações académicas (nível mais alto completado):**

Licenciatura Pré-Bolonha

Mestrado

Especialização \_\_\_\_\_

Doutoramento  \_\_\_\_\_

**Anos de experiência profissional:** \_\_\_\_\_

**V. S. F. F.**

**População-alvo com que trabalha e/ou trabalhou:**Crianças Adolescentes Adultos Idosos **Contexto de trabalho (atual e passado):**Prática privada Hospitais, Clínicas e Centros de Saúde Prisões e Centros de Reeducação Empresas Escolas e Faculdades Docência e Investigação IPSS e Outras Instituições Juntas de Freguesia e Câmaras Municipais Outros  Quais? \_\_\_\_\_**Situação profissional atual:**Trabalhador a tempo parcial Trabalhador a tempo inteiro Desempregado(a) Reformado(a) **Problemáticas com que trabalha e/ou trabalhou:**Perturbações de Humor Perturbações de Ansiedade Perturbações Disruptivas do Comportamento e Défice de Atenção Consumo de Substâncias Problemas Relacionais

Perturbações de Personalidade

Dificuldades de Aprendizagem

Outras  Quais? \_\_\_\_\_

**Número de horas de trabalho por semana:** \_\_\_\_\_

**Tem supervisão dos seus casos clínicos?** Sim  Não

**Já sentiu necessidade de recorrer a acompanhamento terapêutico?** Sim   Não

**Em que medida considera que os seus níveis de *stress* profissional afetam a sua eficácia profissional?**

Nunca/quase nunca

Raramente

Às vezes

Frequentemente

Sempre

**Obrigada pela colaboração,**

**Nadine Amaro**

## ANEXO C. Autorização da utilização da MBSM



Nadine Amaro

seg 12-10-2015, 00:41

jcruz@psi.uminho.pt; rgomes@psi.uminho.pt



Responder | v

Bom dia,

O meu nome é Ana Nadine Amaro e sou estudante do último ano do Mestrado Integrado em Psicologia - Psicologia Clínica, na vertente de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Vou por isso realizar este ano a minha dissertação subjacente ao tema geral "Burnout nos Psicólogos Portugueses" e sob orientação da Professora Dra. Luísa Bizarro (<http://www.psicologia.ulisboa.pt/docentesmodule/docente/id/57/>).

Após pesquisas, encontrei o *Inventário de Burnout de Maslach* (MBI), traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa por Cruz e Melo em 1996 e usado por Gomes (1998) no desenvolvimento de metodologias para os profissionais de Psicologia.

Tenho interesse em utilizar este instrumento na metodologia da minha dissertação e por isso venho deste modo requerer autorização para a sua utilização, ou seja, o acesso ao questionário, as suas normas e procedimentos de cotação e interpretação.

No entanto, não consegui encontrar online o endereço electrónico de Bárbara Teixeira e Melo que contribuiu também para esta escala, por isso agradeço se me pudessem transmitir, para que este pedido lhe seja extensível.

Fico ainda disponível para qualquer esclarecimento de dúvidas acerca dos meus propósitos.

Desde já obrigada pela atenção prestada,

**Nadine Amaro**



António Rui Silva Gomes

seg 12-10-2015, 07:05

Você



Responder | v

Olá

Neste momento, não estamos a usar o instrumento nas nossas investigações. Estamos a usar a Medida de "Burnout" de Shirom-Melamed (esta posso fornecer).

Quanto à MBI, existe uma empresa que comercializa os seus direitos [www.mindgarden.com](http://www.mindgarden.com) OU <http://www.mindgarden.com/titles.htm>

Em tempos, esta empresa questionou-nos se não nos importariamos de fornecer aos autores portugueses a nossa versão traduzida do instrumento. Não nos opusemos a essa situação, por isso eles têm em seu poder essa tradução. Por isso, pode entrar em contacto com a empresa e pedir a versão portuguesa, ao comprar as licenças em causa. Repare que este pagamento é efetuado à empresa, nós não temos qualquer ganho ou relação com esta empresa, além de termos fornecido a nossa tradução.

Neste sentido, não tenho mais nenhum contacto com esta empresa nem com os autores do instrumento. Ou seja, terá de ser sempre a partir da empresa que deverá obter o instrumento em causa.

Entretanto, temos vindo a trabalhar numa outra versão de avaliação do "burnout" (Medida de "Burnout" de Shirom-Melamed), que poderemos facultar sem este tipo de condicionantes (ver no nosso site abaixo). Mas este instrumento tem uma lógica diferente do anterior e não tem a difusão da MBI. Se quiser informações sobre a versão original pode consultar a página do próprio autor <http://www.shirom.org/arie/index.html>. Da nossa parte, a tradução está pronta e estamos a usá-la nos nossos estudos, podendo ser consultada no nosso site, em instrumentos de avaliação ([www.ardh-gi.com](http://www.ardh-gi.com)).

Bom trabalho.

Rui



Nadine Amaro

seg 09-11-2015, 11:55

rgomes@psluminho.pt



Responder | v

Bom dia,

Eu e a minha orientadora realmente decidimos utilizar a sua tradução da Medida de Burnout de Shirom-Melamed, por ser a escala que melhor se ajustava aos meus objectivos de investigação.

Neste momento, a minha dissertação está na fase de decisão de aceitação pelo Conselho Pedagógico e Científico da Faculdade.

Uma vez que vamos aproveitar também para fazer o estudo psicométrico dos instrumentos com a população em causa, psicólogos, dado não ter encontrado online, gostaria de lhe pedir se me seria possível enviar o estudo da tradução e adaptação desta medida, para ter alguns dados com os quais me sustentar.

Desde já muito obrigada pela atenção prestada,

*Nadine Amaro*



António Rui Silva Gomes

seg 09-11-2015, 13:34

Você

Ola,

Os únicos dados disponíveis para já estão nesta tese de mestrado que deve procurar no repositório da UM (ou na biblioteca)

**Cátia Alexandra Cordeiro Baganha**

## ANEXO D. Guião de preenchimento da MBSM

## SMBM / MBSM

## Como se sente no seu trabalho?

Abaixo vai encontrar um conjunto de afirmações que descrevem diferentes sentimentos que pode ter relativamente ao seu trabalho.

Por favor, indique quantas vezes nos últimos 30 dias (1 mês) se sentiu assim no seu trabalho. Se nunca ou quase nunca teve esse sentimento, assinale "1" (um) no espaço reservado depois da afirmação. Caso contrário, se experienciou esse sentimento sempre ou quase sempre assinale "7" (sete) no espaço reservado depois da afirmação.

	1 Nunca ou quase nunca	2 Muito poucas vezes	3 Poucas vezes	4 Por vezes	5 Algumas vezes	6 Muitas vezes	7 Sempre ou quase sempre
1. Sinto-me cansado(a)	1	2	3	4	5	6	7
2. Ao acordar, sinto-me sem energia para ir trabalhar	1	2	3	4	5	6	7
3. Sinto-me fisicamente esgotado(a)	1	2	3	4	5	6	7
4. Sinto-me fatigado(a) de trabalhar	1	2	3	4	5	6	7
5. Sinto-me como se estivesse sem "bateria"	1	2	3	4	5	6	7
6. Sinto-me sem forças	1	2	3	4	5	6	7
7. Sinto lentidão na minha capacidade de pensar	1	2	3	4	5	6	7
8. Tenho dificuldades em concentrar-me	1	2	3	4	5	6	7
9. Sinto que não consigo pensar com clareza	1	2	3	4	5	6	7
10. Sinto que não consigo concentrar-me no que penso	1	2	3	4	5	6	7
11. Tenho dificuldades em pensar sobre coisas complexas/difíceis	1	2	3	4	5	6	7
12. Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros (ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
13. Sinto-me incapaz de ter uma boa relação com os outros (ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
14. Sinto-me incapaz de ser simpático(a) com os outros (ex: colegas de trabalho, clientes, etc.)	1	2	3	4	5	6	7

## ANEXO E. Autorização da utilização do CBI



Nadine Amaro

qua 21-10-2015, 10:54

cesaltinofonte@gmail.com; cesaltinofonte@iol.pt



Responder | v

Bom dia,

O meu nome é Ana Nadine Amaro e sou estudante do último ano do Mestrado Integrado em Psicologia - Psicologia Clínica, na vertente de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Vou por isso realizar este ano a minha dissertação subjacente ao tema geral "Burnout nos Psicólogos Portugueses" e sob orientação da Professora Dra. Luísa Bizarro (<http://www.psicologia.ulisboa.pt/docentesmodule/docente/id/57/>).

Após pesquisas, encontrei o *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa por si.

Tenho interesse em utilizar este instrumento na metodologia da minha dissertação e por isso venho deste modo requerer autorização para a sua utilização, ou seja, o acesso ao questionário, as suas normas e procedimentos de cotação e interpretação.

Fico ainda disponível para qualquer esclarecimento de dúvidas acerca dos meus propósitos.

Desde já obrigada pela atenção prestada,  
Nadine Amaro

## Re: Pedido de autorização de utilização do CBI - Dissertação FPUL



Cesaltino Fonte

qua 21-10-2015, 14:18

Você

Documentos



CBI - PT.pdf

35 KB



Transferir Guardar no OneDrive - Pessoal

Boa tarde

Dr.ª Nadine Amaro

Muito obrigado pelo seu interesse no questionário CBI - PT.  
Informo que pode aplicar a escala na sua dissertação.

Bom trabalho.

## ANEXO F. Guião de preenchimento do CBI

### Questionário de Copenhagen Burnout Inventory – PT (CBI - PT)

As perguntas do questionário de Copenhagen Burnout Inventory - PT (CBI - PT) não devem ser impressas no questionário pela mesma ordem como a apresentada neste documento. As questões podem ser misturadas com os restantes temas, para evitar padrões de respostas estereotipadas.

#### *Burnout pessoal*

Avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pela pessoa.

<b>Burnout pessoal</b>	<b>Sempre</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>As vezes</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca/quase nunca</b>
1. Com que frequência se sente cansado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Com que frequência se sente fatigado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Com que frequência se sente frágil e susceptível a ficar doente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pontuação:** Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

**Considera-se como um elevado nível de *burnout* aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.**

### Burnout relacionado com o trabalho

Analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho;

Burnout relacionado com o trabalho	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
4. Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca/quase nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre
7. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nas primeiras três questões:**

**Pontuação:** Muito – 100; Bastante – 75; Assim, assim – 50; Pouco – 25; Muito pouco – 0.

**Nas últimas quatro questões:**

**Pontuação:** Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

**Na última questão os scores são invertidos.**

**Pontuação:** Nunca/quase nunca – 100; Raramente – 75; Às vezes – 50; Frequentemente – 25; Sempre – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

### Burnout relacionado com o Cliente

Avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes.

Burnout relacionado com os clientes	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. Acha difícil trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acha frustrante trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trabalhar com clientes deixa-o/a sem energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
5. Está cansado de trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Nas primeiras quatro questões:

**Pontuação:** Muito – 100; Bastante – 75; Assim, assim – 50; Pouco – 25; Muito pouco – 0.

#### Nas últimas duas questões:

**Pontuação:** Sempre – 100; Frequentemente – 75; Às vezes – 50; Raramente – 25; Nunca/quase nunca – 0.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens.

Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

**Nota:** o termo cliente pode ser adaptado ao contexto do estudo. Por exemplo, num questionário destinado a enfermeiros o termo "cliente" o termo mais apropriado será utente ou doente; num questionário destinado a professores o termo a empregar será alunos ou estudantes.



## ANEXO H. Autorização de questionários na APTCC

FPUL - Pedido de autorização de estudo



Nadine Amaro  
qua 27-01, 15:39  
aptcc@cognitivas.org



Responder | ▾

Documentos



Autorização APTCC - Na...  
676 KB

Transferir Guardar no OneDrive - Pessoal

Bom dia,

O meu nome é Ana Nadine Amaro e sou estudante do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Em anexo envio o pedido de autorização do meu estudo de dissertação sujeito ao tema "Burnout e Fadiga por Compaixão em Psicólogos Clínicos Portugueses", de modo a permitirem que aplique questionários aos membros e formandos da APTCC.

Fico a aguardar a vossa resposta.

Desde já obrigada,  
*Nadine Amaro*

RE: Tese Burnout - Questionários Online e APTCC



Luísa Bizarro  
qui 11-02, 21:49  
Você



Responder | ▾

Boa noite Nadine

Na APTCC há que esperar pela pela autorização da Profª Isabel Sá que é a Presidente da APTCC. Eu falo com ela, depois digo-lhe alguma coisa.

Luísa Bizarro